

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

CE154/FR
20 de junio del 2014
Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<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 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	8
Asuntos relativos al Comité	
Informe de la octava sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.....	9
Premio OPS en Administración (2014)	10
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	10
Informe anual de la Oficina de Ética (2013).....	12
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	
Informe final preliminar del Plan Estratégico 2008-2013 de la OPS y la evaluación de fin de bienio del programa y presupuesto 2012-2013.....	17
Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS modificado (Proyecto)	20
Estrategia para la cobertura universal de salud.....	21
Plan de acción para el acceso universal a sangre segura	25
Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación.....	28
Plan de acción sobre salud mental	30
Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia	31
Plan de acción sobre la salud en todas las políticas	34
Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales	37
Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria	39
Estrategia sobre legislación relacionada con la salud	41
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	45
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013.....	46

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

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación	51
Financiamiento del Seguro de Enfermedad tras la Separación del Servicio de la OPS.....	52
Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo	54
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS.....	56
Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	57
Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP.....	57

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	59
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	60
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	60

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS.....	61
Evaluación de la ejecución del Presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud: 2012-2013.....	64
Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda para el desarrollo después del 2015	65
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS.....	68
Sistematización de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud	69
Informes de progreso sobre asuntos técnicos:	
A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático.....	71
B. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.....	71
C. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.....	72
D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	72
E. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	74
F. Plan de acción de hospitales seguros.....	74
G. Situación de los centros panamericanos	75

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

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

- A. Sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud75
- B. Organizaciones subregionales76

Clausura de la sesión77**Resoluciones y decisiones****Resoluciones**

- CE154.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas77
- CE154.R2 Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia78
- CE154.R3 Nombramiento de un miembro para integrar el comité de auditoría de la OPS80
- CE154.R4 Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo.....81
- CE154.R5 Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación82
- CE154.R6 Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana.....86
- CE154.R7 Uso del saldo resultante de la terminación de proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial.....87
- CE154.R8 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS88
- CE154.R9 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales.....89
- CE154.R10 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....91
- CE154.R11 Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria.....92
- CE154.R12 Plan de acción sobre salud mental.....95
- CE154.R13 Premio OPS en Administración (2014).....97
- CE154.R14 Plan de acción sobre la salud en todas las políticas98
- CE154.R15 Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado101
- CE154.R16 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura103
- CE154.R17 Estrategia para la cobertura universal de salud106
- CE154.R18 Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas110

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)

Decisiones

CE154 (D1)	Adopción del orden del día	110
CE154 (D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	111

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El Comité Ejecutivo celebró su 154.^a sesión en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., del 16 al 20 de junio del 2014. En esta sesión estuvieron presentes los delegados de los siguientes nueve miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica y Paraguay. Asistieron en calidad de observadores los representantes de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Argentina, Barbados, Colombia, Francia, México, Perú, España, Estados Unidos de América y Venezuela (República Bolivariana de). Además, estuvieron representados un organismo de las Naciones Unidas, una organización intergubernamental y ocho organizaciones no gubernamentales.

2. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Brasil, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Observó con pesar el fallecimiento reciente del doctor Ciro de Quadros, líder en el campo de la inmunización que había estado a la vanguardia de las actividades regionales para erradicar la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación. En vez del tradicional minuto de silencio, pidió al Comité que diera un aplauso, lo cual parecía ser un homenaje más apropiado para la vida y el trabajo del doctor de Quadros, verdadero héroe de la salud pública.

3. El Comité se puso de pie para un dar un aplauso sostenido en memoria del doctor Ciro de Quadros.

4. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), sumando su bienvenida a los participantes, informó que, a pesar de haber afrontado grandes dificultades financieras, la Oficina había hecho avances concretos en varios asuntos de política, técnicos y administrativos desde la sesión de junio del 2013 del Comité. Por otro lado, la Organización en su totalidad había logrado mantener un nivel de desempeño excepcional, como quedaba demostrado en la evaluación de los resultados alcanzados en el marco del Plan Estratégico 2008-2013, que mostraba que se habían alcanzado más de 90% de las metas establecidas para el período. Destacó algunas de las actividades que la Oficina había llevado a cabo para promover las actividades regionales destinadas a lograr la cobertura universal de salud, garantizar el acceso a las vacunas, ayudar a los países a responder a los desastres y apoyar a los Estados Miembros que afrontaban nuevos retos en esferas tales como el control del tabaco y la reglamentación de la comercialización de alimentos. También puso de relieve las medidas tomadas para dar seguimiento al progreso de la Oficina con la puesta en práctica de las recomendaciones de auditoría, la implementación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) y la movilización de recursos.

5. La doctora Etienne señaló que el Comité abordaría varios temas importantes acerca de los cuales la Sexagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud, concluida poco antes, había adoptado decisiones y resoluciones que tenían repercusiones importantes para los Estados Miembros y la Oficina, entre ellos la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 y el marco para la colaboración de la OMS con agentes no estatales.

6. El Comité también consideraría varios asuntos importantes relativos a la política de los programas, entre ellos las estrategias para la cobertura universal de salud y sobre legislación relacionada con la salud, así como los planes de acción sobre salud mental, la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, y discapacidades y rehabilitación. La doctora Etienne preveía que habría un debate fructífero sobre todos esos asuntos. Recalcó que la Oficina valoraba la orientación recibida de los Estados Miembros y esperaba que siguieran participando activamente en la gobernanza de la Organización.

Asuntos relativos al Reglamento

Establecimiento de la Mesa Directiva

7. Los siguientes Estados Miembros elegidos para constituir la mesa directiva en la 153.^a sesión del Comité siguieron desempeñando sus cargos respectivos durante la 154.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Brasil	(Dr. Jarbas Barbosa da Silva)
<i>Vicepresidencia:</i>	Canadá	(Sr. Robert Shearer)
<i>Relatoría:</i>	Chile	(Dra. Raquel Child)

8. 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 CE154/1, Rev. 2, y CE154/WP/1)

9. El Comité adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CE154/1, Rev. 2, sin ningún cambio. Asimismo, el Comité adoptó un programa de reuniones (CE154/WP/1) (decisión CE154[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE154/2)

10. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Brasil y Canadá, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 53.º Consejo Directivo, 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Los delegados de Costa Rica y Paraguay fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE154[D2]).

Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE154/3, Rev. 1 y Rev. 2)

11. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, contenido en el documento CE154/3, Rev. 1, observando que la Oficina pasaría la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS, la consulta regional sobre la colaboración de la OMS con los agentes no estatales, la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 y la implementación del Reglamento Sanitario Internacional de la sección de “Asuntos de información general” a la sección de “Asuntos relativos a la política de los programas”, de acuerdo con la recomendación del Comité Ejecutivo (véanse los párrafos 256 a 269, 277 a 290 y 311 a 317). La Oficina propuso suprimir del orden del día los puntos 5.3, “Financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS”, y 8.6, “Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS”, y que se informara sobre estos dos temas en el Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo. El Comité podría considerar la posibilidad de tratar otros temas de la misma manera.

12. En las deliberaciones subsiguientes se expresó preocupación acerca del gran número de puntos de fondo en el orden del día y se subrayó la necesidad de asignarles prioridad. Algunos delegados opinaron que no habría suficiente tiempo para abordar tantos temas con el grado de comprensión y atención que requerían y varios recordaron que, debido al orden del día extraordinariamente largo, en la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud, concluida poco antes, no había habido tiempo para tratar varios asuntos importantes a pesar de la prolongación del horario de trabajo. Otros eran del parecer de que todos los asuntos relativos a la política de los programas revestían gran importancia y debían tratarse, aunque eso significara trabajar desde la mañana temprano hasta tarde por la noche. Se solicitó a la Oficina que efectuara los arreglos necesarios para que hubiera servicios de interpretación durante más horas. También se le pidió que se cerciorara de que los puntos que requerían la aprobación de una resolución u otra intervención del Consejo Directivo se programaran para los tres primeros días de la semana, cuando era más probable que los ministros de salud estuvieran presentes.

13. Se solicitó a la Oficina que incluyera como punto de fondo del orden del día un informe sobre el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas, tal como se había propuesto en una reunión informal de orientación sobre el Fondo. Se expresó apoyo a la inclusión del punto relativo a la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 en los asuntos relativos a la política de los programas, pero algunos delegados advirtieron que sería mejor no aprobar una resolución sobre el tema porque ya se había aprobado una resolución de alcance mundial en la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud¹ y una resolución regional podría sembrar confusión. Otros delegados consideraron que era importante plantear una posición regional clara sobre el tema en una resolución. Se solicitó que, si se proponía una resolución, se distribuyera a los Estados Miembros mucho antes del 53.º Consejo Directivo. En vista de las deliberaciones iniciadas en el Grupo de Trabajo de la

¹ Resolución WHA67.14 (2014).

OMS sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, se consideró preferible que ese punto siguiera siendo un asunto de información.

14. Se pidió una aclaración con respecto al enfoque propuesto de la consulta regional sobre la colaboración de la OMS con agentes no estatales y el procedimiento para concluir las consultas en curso con los Estados Miembros sobre las estrategias para la cobertura universal de salud, la legislación relacionada con la salud y el plan de acción sobre la salud en todas las políticas antes de la sesión del Consejo Directivo (véanse los párrafos 74 a 89, 134 a 145 y 163 a 176).

15. La señora Huerta dijo que se celebraría una reunión oficiosa justo después de la clausura de la 154.^a sesión del Comité a fin de tratar el enfoque que se adoptaría para la consulta regional sobre la colaboración de la OMS con agentes no estatales. La Oficina tenía la intención de proponer que la consulta se efectuara por medios electrónicos antes de la sesión del Consejo Directivo. Después prepararía un documento que reflejara los puntos de vista expresados durante la consulta, que constituiría la base para las deliberaciones del Consejo Directivo sobre el tema. A fin de aprovechar mejor el tiempo, la mesa redonda sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 podría tener lugar en una sesión paralela durante la semana del Consejo Directivo y el documento final de esa sesión podría tratarse en la sesión plenaria. La Oficina se cercioraría de que el debate de los temas que exigieran una decisión se programara para principios de la semana y buscaría la manera de agilizar el examen de los informes de progreso y otros asuntos de información.

16. El Comité estuvo de acuerdo en que los puntos relativos a la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 y el Reglamento Sanitario Internacional se trasladaran a los “Asuntos relativos a la política de los programas” y que a esa parte del orden del día se agregara un punto sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, que los puntos relativos a la colaboración de la OMS con agentes no estatales y la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios permanecieran en los “Asuntos de información general” y que se suprimieran los puntos 5.3 y 8.6 del orden del día, tal como había sugerido la Oficina. Esas decisiones se reflejan en el documento CE154/3, Rev. 2, y la resolución CE154.R18.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la octava sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE154/4)

17. El doctor Fenton Ferguson (Jamaica, Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA) había celebrado su octava sesión los días 19 y 20 de marzo del 2014. El Subcomité había tratado varios asuntos financieros, administrativos y programáticos importantes, entre ellos el esquema del informe final del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013, el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS, el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el proyecto de modernización del Sistema de

Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Subcomité también había tratado la reforma de la OMS y había recomendado un candidato para reemplazar a un miembro saliente del Comité de Auditoría. Observó que, como todos los asuntos tratados por el Subcomité también constaban en el orden del día del Comité Ejecutivo, informaría al respecto a medida que el Comité los abordara.

18. Los miembros del Comité Ejecutivo subrayaron la importancia del trabajo del Subcomité para la gestión de la OPS, aplaudieron su contribución a la integridad y la transparencia y recibieron con beneplácito la flexibilidad y la apertura de sus métodos de trabajo. Con relación a la consideración por el Subcomité de la admisión de nuevas organizaciones no gubernamentales (ONG) en relaciones oficiales con la OPS, se destacó que debía señalarse y abordarse cualquier posible conflicto de intereses.

19. La Directora agradeció a los miembros del Subcomité su compromiso y su atención a los detalles en la realización de su trabajo.

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

Premio OPS en Administración (2014) (documentos CE154/5 y CE154/5, Add. I)

21. El señor Diogo Alves (Brasil) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2014), integrado por representantes de Brasil, Chile y Jamaica, se había reunido el 18 de junio del 2014. Después de examinar la información sobre los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido recomendar que se otorgara el Premio OPS en Administración (2014) al doctor Miguel Ángel Lezana Fernández, de México, por sus contribuciones a la administración de los servicios de salud y la educación médica, así como su liderazgo en el campo de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información sanitaria.

22. El Comité Ejecutivo felicitó al doctor Lezana Fernández y aprobó la resolución CE154.R13, en la cual tomaba nota de la decisión del Jurado y transmitió su informe (documento CE154/5, Add. I) al 53.º Consejo Directivo.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE154/6, Rev. 1)

23. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, de conformidad con el procedimiento descrito en los principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales, el Subcomité había celebrado una reunión a puerta cerrada durante su octava sesión a fin de considerar la solicitud de tres organizaciones no gubernamentales (ONG) para entablar relaciones oficiales con la OPS y analizar la situación de tres organizaciones no gubernamentales que mantenían relaciones oficiales con la Organización. El Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo autorizara que el Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud, la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición, y la Oficina Regional de Consumers

International para América Latina y el Caribe entablaran relaciones oficiales con la OPS por un período de cuatro años y que se mantuvieran las relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), la red EMBARQ del Instituto de Recursos Mundiales para el transporte sostenible y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos, también por un período de cuatro años. Habida cuenta de ciertas inquietudes expresadas durante la reunión a puerta cerrada, el Subcomité también había recomendado que la Oficina proporcionara al Comité Ejecutivo información actualizada sobre el plan cuadrienal de trabajo colaborativo propuesto por COLABIOCLI.

24. El doctor Mauricio Pardón (Director Interino, Departamento de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) informó que el plan cuadrienal revisado de trabajo colaborativo presentado por COLABIOCLI había sido examinado y había tenido una acogida favorable en los departamentos técnicos pertinentes de la Oficina. Por consiguiente, se solicitó al Comité Ejecutivo que aceptara la recomendación del Subcomité de continuar las relaciones oficiales con la Confederación. El doctor Jean-Marc Gabastou (Asesor sobre Servicios de Laboratorio de Salud Pública, OSP) expresó la satisfacción de la Oficina con su colaboración con COLABIOCLI durante más de 20 años y dijo que el nuevo plan estaba plenamente de acuerdo con las estrategias de la Organización.

25. Los representantes de tres de las organizaciones no gubernamentales cuyas relaciones oficiales con la OPS habían sido examinadas por el Subcomité hicieron breves declaraciones sobre su colaboración con la Organización. La Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos, red centrada en la mejora de la salud y el bienestar de los hispanos en Estados Unidos de América mediante la acción comunitaria, la promoción de la causa y la investigación, esperaba con interés continuar su relación con la OPS. La Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición, que representa a profesionales y estudiantes en los campos de la anatomía patológica del habla y el lenguaje, la audiología y la ciencia del habla y la audición, esperaba con interés trabajar con la OPS en esas áreas. El Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud había estado colaborando con personal de la OPS y otros expertos internacionales en la elaboración de un marco de competencias para los directivos que trabajan en el campo de la atención de salud. El producto previsto de esa tarea era una guía mundial de competencias para la gestión de la atención de salud, que serviría de instrumento para evaluar las competencias que los directivos necesitan a fin de dirigir sus organizaciones y promover la profesión de la gestión de la atención de salud en sus propios países. La revisión efectuada por la OSP había mejorado la guía con la inclusión de las competencias de salud pública.

26. Un representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) comentó que el área del agua, el saneamiento y el medio ambiente parecía haber sido relegada a segundo plano en la acción para lograr la cobertura universal de salud. Millones de personas en las Américas todavía estaban afectadas por la falta de acceso a servicios de agua potable y saneamiento, por enfermedades transmitidas por el agua o por vectores que se crían en el agua, por la eliminación inadecuada de residuos sólidos y por la contaminación del aire. Se necesitaba información más exacta sobre la

situación relativa al agua y el saneamiento a fin de formular metas, planes y programas para satisfacer las necesidades existentes. AIDIS seguiría colaborando con los programas técnicos pertinentes de la OPS en esos temas. Invitó a los representantes de la Oficina y los Estados Miembros a participar en el 34.º Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, que tendría lugar en noviembre del 2014 en Monterrey, México.

27. La Directora agradeció a todas las organizaciones no gubernamentales que mantenían relaciones oficiales con la OPS, señalando que eran un recurso importante para mejorar la cooperación técnica de la Organización.

28. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R8, mediante la cual ratificó las recomendaciones del Subcomité.

Informe anual de la Oficina de Ética (2013) (documento CE154/7)

29. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) presentó un panorama del informe anual de la Oficina de Ética, señalando que la Oficina había respondido a 85 consultas del personal sobre asuntos de ética; había recibido 54 denuncias, 38 de ellas anónimas, acerca de actos que planteaban posibles preocupaciones de índole ética; y había recibido 34 denuncias de robo o pérdida de recursos y equipo de la OPS y de fraude o intentos de fraude por personas ajenas a la Organización, que habían representado pérdidas de \$16.041 para la OPS.² En febrero del 2013, la Oficina había publicado un folleto titulado “Cero tolerancia frente al fraude y la corrupción”, en el cual se dejaba en claro que se investigarían todos los casos presuntos de fraude y que se tomarían las medidas disciplinarias necesarias. El documento contiene información más detallada al respecto.

30. En cuanto al futuro, en el 2014 la Oficina de Ética adoptaría un nuevo programa de revelación de información, con un cuestionario para la declaración de intereses que deberían contestar algunos funcionarios. También publicaría una serie de folletos, preparados de acuerdo con lo sugerido por el Comité de Auditoría, sobre conflictos de intereses, empleo y actividades externas, regalos y atenciones sociales. La Oficina de Ética seguiría colaborando con otros miembros del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC) de la Oficina para mejorar la administración interna del sistema de justicia y considerar si sería conveniente establecer puntos focales en cada representación y centro.

31. El Comité Ejecutivo elogió los esfuerzos de la Oficina de Ética para inculcar principios éticos estrictos y una cultura de rendición de cuentas en la Organización, y recibió con beneplácito las numerosas actividades de capacitación sobre el comportamiento ético y aceptable. Una delegada sugirió que los informes futuros contuvieran más información sobre los motivos por los cuales se habían cometido robos o fraudes, así como recomendaciones para fortalecer los controles internos a fin de limitar las oportunidades para robos o pérdidas. Le complacía oír que la línea telefónica de asistencia urgente sobre

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

cuestiones de ética se usaba mucho, pero observó que el carácter anónimo quizá complicara el proceso de investigación. También preguntó acerca del grado de conciencia del personal sobre la protección contra las represalias que se confería a quienes denunciaran irregularidades. También se hicieron preguntas acerca del calendario para la actualización del Código de Principios Éticos y Conducta, el plan para elaborar una política sobre la conducta adecuada en el lugar de trabajo y los recursos humanos con que contaba la Oficina de Ética.

32. El señor MacMillan explicó que la Oficina de Ética llevaba un registro e informaba acerca de todo robo o pérdida que se le notificara, incluso si la pérdida no era económicamente significativa, y señaló que, aunque el número de casos de fraude o robo había aumentado en el 2014, el importe de las pérdidas reales había sido menor. Una gran proporción de los casos estaban relacionados con pérdidas o robos en puntos de venta de libros de texto producidos por el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). De conformidad con su acuerdo con la OPS, los puntos de venta estaban obligados a reembolsar esas sumas a la Organización.

33. Explicó que se consideraba que el anonimato era la mejor protección para las personas que denunciaban actos indebidos y observó que la Oficina había investigado los casos y había hecho preguntas complementarias a las personas que los habían notificado, manteniendo todavía su anonimato. Reconoció que quizá fuera necesario impartir capacitación especializada a los gerentes sobre la política de la Oficina acerca de la protección de las personas que denunciaban actos indebidos o cooperaban en una investigación.

34. La actualización del Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS, que existía desde el 2006, sería una tarea de gran envergadura, pero la Oficina tenía la intención de avanzar mucho en el año en curso. En cuanto a otras actividades futuras, se preveía que todas las tareas mencionadas en el informe concluyeran en el transcurso del 2014. Con respecto a los recursos humanos, la Oficina de Ética había tenido dos funcionarios desde que fue creada en el 2006, número que había aumentado a tres en el 2014 con los servicios de un profesional a corto plazo. Por consiguiente, la Oficina de Ética de la OPS era relativamente pequeña, tanto en lo que se refería a su doble mandato de asesoramiento e investigación como en comparación con otras organizaciones internacionales. En cuanto al presupuesto, se habían asignado \$133.500 en el bienio anterior; para el 2015 la cifra era de \$90.000. La Oficina reconocía las limitaciones financieras que enfrentaba la Organización y estaba tratando de hacer lo que estaba a su alcance para adaptarse, pero solicitaba el apoyo de la Administración a fin de contar con los recursos necesarios para cumplir su mandato. En ese sentido, cabía señalar que un ambiente ético era rentable.

35. La Directora recalcó la importancia del trabajo de la Oficina de Ética y expresó su acuerdo con respecto a la necesidad de seguir trabajando en la educación continua del personal. La creación de una cultura de franqueza, tolerancia y respeto y una comprensión del comportamiento que era aceptable en un ambiente de trabajo diverso era una tarea desde arriba hacia abajo. Había que impulsar al personal a que hablara abiertamente, sin

temor de represalias, y se le debía informar sobre las protecciones conferidas por la Oficina a aquellos que denunciaran actos indebidos o deshonestos.

36. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE154/8)

37. La señora Amalia Lo Faso (Presidenta, Comité de Auditoría de la OPS) resumió el contenido del informe del Comité de Auditoría, haciendo hincapié en sus nueve recomendaciones. Informó que el Comité de Auditoría había examinado el trabajo del Auditor Externo y había llegado a la conclusión de que dicho trabajo se había ejecutado totalmente de acuerdo con el mandato asignado por el Consejo Directivo y en conformidad con las normas profesionales. El Comité había examinado diversos informes del Auditor Externo y había conversado al respecto con el equipo de auditoría según había sido necesario. Al igual que el Auditor Externo, el Comité de Auditoría destacó la continuidad y los buenos informes sobre la situación financiera de la OPS, en particular los estados financieros del 2013.

38. El Comité de Auditoría también estaba satisfecho con las actividades de auditoría interna realizadas por medio de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), especialmente el buen enlace con la oficina del Auditor Externo, que evitaba la superposición de tareas. El Comité de Auditoría estaba complacido con la mejora del seguimiento y el cumplimiento de las recomendaciones de IES. Aunque apoyaba el cambio en la función de IES, que pasó de efectuar evaluaciones a actuar como punto focal para las normas y la orientación en materia de evaluación, el Comité de Auditoría consideraba que no se habían presentado evaluaciones o enseñanzas significativas al personal directivo superior en el 2013 y que era necesario trabajar más a fin de crear una cultura de la evaluación en toda la Organización. También se había progresado lentamente en la integración de la gestión de riesgos en los procesos de la Organización.

39. Con respecto al proyecto *Mais Médicos* de Brasil y Cuba, el Comité de Auditoría había observado el progreso logrado entre el primero y segundo informe que había recibido, pero veía la necesidad constante de vigilar los riesgos judiciales y elaborar un plan de contingencia en relación con todos los riesgos para la reputación. El Comité de Auditoría también consideró que los plazos muy ajustados para la puesta en marcha del Sistema de Información Gerencial de la Oficina constituían un riesgo cuyo manejo requeriría un apoyo gerencial continuo y control presupuestario. En las áreas de la ética y el fraude, el Comité de Auditoría instó a la Oficina de Ética a que concluyera cuanto antes los folletos previstos sobre conflictos de intereses y la aceptación de regalos y atenciones sociales (véase el párrafo 30).

40. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y las recomendaciones del Comité de Auditoría e instó a la Oficina a que las pusiera en práctica con prontitud. En particular, el Comité elogió la recomendación de que se hiciera un mayor esfuerzo para crear una cultura de la evaluación en la Organización. Al mismo tiempo, se pidió que se

aclarara la práctica con respecto al concurso para el nombramiento de los integrantes del Comité de Auditoría, que se abordaba en la recomendación 1. Una delegada señaló que, en otras organizaciones internacionales, los miembros de un comité de auditoría en general no participaban en la selección de miembros nuevos, como se preveía en el inciso c de la recomendación 1.

41. Se señaló que el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas había sido auditado por última vez en el 2009 y se preguntó con qué frecuencia se efectuaban esas auditorías. Una delegada preguntó qué oficina abordaba las consideraciones de ética de los proyectos. Otro delegado observó que, como un entorno de merma de recursos llevaba a una reducción constante de proyectos y programas, con el tiempo quizá no quedaría nada que auditar; en ese contexto, la Organización tenía que preguntarse si estaba gastando la cantidad correcta de recursos en evaluaciones y auditorías o si estaba gastando demasiado o muy poco.

42. El Delegado de Brasil recibió con beneplácito la atención del Comité de Auditoría y sus recomendaciones en relación con el proyecto *Mais Médicos*. No estaba seguro, sin embargo, acerca de la recomendación de que se hiciera una evaluación independiente del proyecto. Afirmó que su Gobierno haría todo lo posible para velar por la transparencia del proyecto, que era una iniciativa sumamente visible y de gran importancia nacional.

43. La señora Lo Faso dijo que, en el caso de un programa o proyecto de la importancia y la escala de *Mais Médicos*, el Comité de Auditoría consideraba que sería conveniente para todas las partes contar con una evaluación independiente en la cual participaran expertos externos que pudieran dar opiniones técnicas desapasionadas. Sin embargo, también se recibirían con beneplácito los aportes de Brasil y Cuba. Con respecto al inciso c de la recomendación 1, se consideraba como práctica óptima consultar a los miembros de un comité de auditoría acerca del nombramiento de miembros nuevos, ya que conocerían bien a los posibles candidatos. Esa era la práctica en varios organismos internacionales en cuyos comités de auditoría ella había servido. Aclaró que los miembros de un comité de auditoría no debían participar en la adopción de decisiones sino que debían limitarse a proporcionar asesoramiento.

44. La Directora explicó que, aunque en la Oficina se hacían evaluaciones de gran alcance que abarcaban diversas oficinas, entidades y programas y el Departamento de Programa y Presupuesto se cercioraba de que cada programa, plan de acción o proyecto tuviera un componente de evaluación, lo que faltaba era liderazgo en la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación para guiar la realización de evaluaciones y lograr que los resultados llevaran a una acción concreta. Se comprometió a asegurarse de que se tomaran medidas para abordar esas deficiencias.

45. La evaluación de las consecuencias éticas de los proyectos no incumbía exclusivamente a la Oficina de Ética. El Programa Regional de Bioética compartía la responsabilidad de lograr que se tuvieran en cuenta todas las consideraciones éticas de un proyecto.

46. No había ninguna disposición con respecto a la frecuencia de las auditorías del Fondo Rotatorio, pero se podía programar una auditoría para el 2015. Aseguró al Comité que consultaba regularmente con el Auditor Interno acerca de las áreas de riesgo que no habían sido objeto de auditorías externas o internas.

47. Había que ampliar el equipo de auditoría, en particular para abarcar el proyecto *Mais Médicos*. No obstante, aun con sus recursos de auditoría actuales, la Oficina era objeto de numerosas auditorías, más que la OMS. Por otro lado, mientras que la OMS tendía a efectuar auditorías documentales, los auditores de la Oficina, tanto internos como externos, viajaban para hacer auditorías in situ, con lo cual se podía afirmar que comprendían mejor los procesos que los auditores de la OMS.

48. Los Estados Miembros siguieron pidiendo a la Oficina una mayor rendición de cuentas y transparencia, y sin duda era necesario hacer auditorías periódicas de áreas de alto riesgo, pero también era necesario lograr un equilibrio adecuado: con las auditorías, los Estados Miembros querían asegurarse de que sus contribuciones estuvieran gastándose de manera correcta, pero un gasto mayor en evaluaciones significaba menos recursos para cooperación técnica.

49. El Comité agradeció al Comité de Auditoría su trabajo y tomó nota de su informe.

Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE154/9)

50. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que el mandato de uno de los miembros originales del Comité de Auditoría que había sido nombrado en el 2009 caducaría en junio del 2014 y que, por consiguiente, sería necesario que el Comité Ejecutivo nombrara un nuevo miembro durante su 154.^a sesión. El Subcomité había establecido un grupo de trabajo integrado por representantes de Dominica, El Salvador y Estados Unidos de América para examinar la documentación relativa a los tres candidatos seleccionados por la Directora de conformidad con los términos de referencia del Comité de Auditoría. Después de oír el informe del grupo de trabajo, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo nombrara al señor Nicholas Treen para integrar el Comité de Auditoría con un mandato de tres años. El Subcomité había respaldado al señor Werner Kiene para ser considerado como candidato suplente.

51. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R3, mediante la cual se nombraba al señor Nicholas Treen para integrar el Comité de Auditoría con un mandato de tres años a partir de junio del 2014.

Asuntos relativos a la política de los programas***Informe final preliminar del Plan Estratégico 2008-2013 de la OPS y la evaluación de fin de bienio del programa y presupuesto 2012-2013 (documento CE154/10)***

52. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que el Subcomité había examinado un esquema propuesto de la evaluación y el informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y la evaluación del programa y presupuesto 2012-2013 y había recibido algunos resultados preliminares de la evaluación final. El Subcomité había respaldado el formato y el método propuestos para la compilación del informe. Había sugerido también que la Oficina hiciera un análisis cualitativo de las razones por las cuales no se lograron algunos resultados, determinando en particular si estaban relacionadas con el financiamiento insuficiente, obstáculos administrativos o procesales, o dificultades encontradas en la ejecución.

53. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) presentó el informe final sobre la evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013. Explicó que el informe partía de los dos informes de progreso presentados a los Cuerpos Directivos a fines de los bienios 2008-2009 y 2010-2011 e incorporaba las recomendaciones de los Estados Miembros al respecto. Agregó que el Plan Estratégico 2008-2013 había sido el primero en ser formulado, ejecutado y evaluado de acuerdo con el marco de gestión basada en resultados de la Oficina. Su evaluación final era un componente clave de la rendición de cuentas de la Organización a los Estados Miembros. La evaluación había puesto de relieve enseñanzas importantes que contribuirían a una mayor eficacia y mensurabilidad del trabajo de la OPS.

54. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el importante progreso alcanzado con respecto a los 16 objetivos estratégicos del Plan Estratégico 2008-2013, en particular la reducción de las infecciones por el VIH, la tuberculosis y la malaria. La elaboración del informe se consideraba como una tarea importante que permitiría a la Oficina y a los Estados Miembros reflexionar y aprender de sus éxitos y fracasos. Se señaló que el informe indicaba que se necesitaban mejoras en los marcos para el seguimiento y la evaluación, de acuerdo con los principios de la transparencia y la rendición de cuentas. Como entre los factores que habían obstaculizado la consecución de los objetivos estratégicos en diversas áreas se encontraban indicadores deficientes y metas poco realistas, se instó a la Oficina a que se cerciorara de que los indicadores futuros fueran válidos, realistas y cuantificables y estuvieran relacionados con los resultados en materia de salud de todas sus actividades. Aunque se habían hecho avances significativos en la gestión basada en resultados, los delegados consideraban que había asuntos clave que todavía necesitaban atención para consolidar el enfoque en todos los niveles de la Organización; en particular, había que mejorar la documentación y la aplicación sistemática de las enseñanzas extraídas. Se solicitó información acerca de las referencias en el informe a la falta de una estrategia institucional integrada de movilización de recursos y acerca del concepto de asociados no tradicionales.

55. Se reconoció que, aunque el informe revelaba un gran progreso en la mejora de la salud, era necesario trabajar más para abordar metas clave del Plan Estratégico 2008-2013 que no se habían alcanzado plenamente, en particular la reducción de la mortalidad materna. A este respecto, se recalcó la necesidad de fortalecer los sistemas integrados de servicios de salud; mejorar las condiciones de acceso, la equidad y la solidaridad, así como los sistemas de información; y abordar las deficiencias en las zonas urbanas desfavorecidas y en las zonas rurales. Los delegados respaldaron el punto de vista expresado en el informe de que, para garantizar la detección y el manejo adecuado de las emergencias de salud pública de importancia internacional, los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina, debían aumentar sus capacidades nacionales básicas de acuerdo con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional. A fin de que los avances logrados durante el período fueran sostenibles, se consideraba esencial fortalecer los sistemas nacionales de salud para prestar servicios de salud integrados e integrales, en particular a nivel local, donde la necesidad era mayor. También se señaló que, incluso en las áreas de mayor éxito, como la reducción de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, todavía quedaba trabajo por hacer; por ejemplo, obtener precios más asequibles para las vacunas. Se pidió información sobre el impacto de los acuerdos de libre comercio en la salud y el acceso a los recursos de salud en la Región.

56. Dadas las limitaciones fiscales actuales, se destacó la necesidad de adoptar un enfoque realista para la definición de las prioridades programáticas. También se consideró importante que la Oficina examinara enfoques innovadores e integrados de la cooperación técnica a nivel de país y regional. Los delegados subrayaron la importancia de continuar las conversaciones acerca de la asignación de recursos entre las regiones de la OMS sobre la base de criterios más objetivos para la Región de las Américas. Se destacó que, aunque la Región había tenido un éxito considerable en comparación con otras, no debía castigársele por su éxito con una reducción de la asignación de la OMS. Al mismo tiempo, se señaló que los países debían esforzarse para mantener lo que habían logrado y demostrar que estaban haciendo buen uso de los recursos de la Región. Se señaló que quizá fuese útil proporcionar un informe individual a cada Estado Miembro sobre su desempeño en la obtención de los resultados previstos a nivel regional en el 2008-2013, a fin de que cada país fuera plenamente consciente de lo que había logrado y de las áreas donde era necesario progresar más.

57. El señor Walter, respondiendo a las preocupaciones relativas a la asignación de recursos y el financiamiento desigual de las áreas programáticas, dijo que las limitaciones se debían a las contribuciones que estaban destinadas a fines específicos, que daban poca flexibilidad a la Oficina para trasladar fondos a áreas prioritarias. No obstante, tal como reveló el informe, para tres de las cuatro prioridades establecidas para el 2008-2013 se había observado un aumento del financiamiento en el período a pesar de la reducción del presupuesto. La Oficina valoraba la labor realizada por los Estados Miembros en su nombre para obtener fondos que no estuvieran destinados a un fin específico.

58. La Oficina estaba formando un nuevo equipo de movilización de recursos y elaboraría una nueva estrategia institucional. Con respecto a los asociados no tradicionales,

explicó que la OPS, como la OMS, dependía de unos pocos donantes grandes y trataría de comunicarse con otros donantes que no fuesen los tradicionales. Con ese fin se daría más relieve a la Organización, en parte con una nueva estrategia de comunicaciones.

59. En aras de promover la equidad, la Organización tenía que lograr que el gran progreso que había alcanzado no beneficiara solo a ciertos segmentos de la población de la Región. Eso se abordaba explícitamente en el nuevo Plan Estratégico. El señor Walter estuvo de acuerdo con las observaciones sobre la necesidad de que no se castigara a la Región por su éxito: todavía había mucho que hacer a pesar del éxito obtenido y, por lo tanto, era esencial que se conocieran las necesidades de la Región.

60. Reconoció que todavía había que mejorar la gestión basada en resultados, lo cual supondría una mayor focalización y selectividad con respecto al trabajo a ejecutar. En cuanto a la mejora de los sistemas de evaluación, el Plan Estratégico 2014-2019 tenía menos metas e indicadores que el plan anterior, pero estas metas e indicadores eran mejores, gracias a las enseñanzas extraídas en el 2008-2013 y la labor realizada en el Grupo de Trabajo de Países (véanse los párrafos 66 a 73). Las enseñanzas se describían en el anexo A del informe. Una de ellas era que se necesitaba un enfoque equilibrado para que las metas fueran asequibles y al mismo tiempo tuvieran un alcance suficientemente grande para motivar la acción a fin de obtener los resultados necesarios. La Oficina había aplicado esas enseñanzas en la formulación del Plan Estratégico y los planes de trabajo actuales.

61. Observando que tanto la Oficina como los Estados Miembros eran responsables de los resultados y las repercusiones de todo plan estratégico, la Directora afirmó que era importante incorporar en el Plan Estratégico 2014-2019 todas las enseñanzas extraídas en períodos anteriores. El reto mayor con relación a muchos de los problemas de salud que enfrentaba la Región era la inequidad. Estaba de acuerdo en que las poblaciones vulnerables no se encontraban solamente en zonas rurales; muchas vivían en las ciudades en expansión de la Región, y la Oficina tenía la intención de colaborar con la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) a fin de localizarlas. En efecto, la cuestión de cómo abordar el acceso a la atención de salud y los determinantes sociales de la salud para las poblaciones vulnerables sería una parte importante del trabajo de la Oficina en el período actual. Las necesidades de los países prioritarios, especialmente Haití, serían un centro de interés particular y se adoptaría un enfoque interprogramático específico para atender esas necesidades.

62. La falta de éxito con la reducción de la mortalidad materna era motivo de gran preocupación. Como la mortalidad materna a menudo estaba asociada con deficiencias relacionadas con los determinantes ambientales y sociales de la salud, entre ellas la falta de acceso a servicios de salud adecuados, sería muy importante trabajar a nivel local para fortalecer los servicios de salud y crear redes integradas de servicio. También ayudarían el plan de acción para el acceso a sangre segura (véanse los párrafos 90 a 101), dado que una causa importante de mortalidad materna era las hemorragias, y el progreso de los Estados Miembros hacia la cobertura universal de salud. La mejora de los sistemas de información debía ser una prioridad a fin de que las cifras presentadas fueran exactas. Era posible que

algunas metas e indicadores del Plan Estratégico 2008-2013 no se hubieran alcanzado debido a la información inadecuada.

63. A fin de obtener recursos, la OPS debía relatar su historia eficazmente. Con ese fin, se estaba elaborando una nueva estrategia de comunicaciones, se estaba mejorando la dotación de personal de la unidad de comunicaciones y se estaban tomando medidas para abordar la falta de coordinación entre diversos departamentos que intervenían en la movilización de recursos. La Oficina también estaba trabajando en estrecha colaboración con la Fundación de la OPS (antigua Fundación Panamericana de la Salud y Educación, PAHEF) para acelerar la movilización de recursos y, por medio de los representantes de la OPS/OMS, estaba examinando maneras de movilizar recursos a nivel nacional.

64. Con respecto al impacto de los acuerdos de libre comercio en la salud en la Región, si los Estados Miembros lo deseaban se podía preparar un informe a fin de someterlo más adelante a la consideración de los Cuerpos Directivos.

65. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS modificado (Proyecto) (documento CE154/11)

66. El señor Alberto Kleiman (Brasil, Presidente del Grupo de Trabajo de Países) recordó que el Plan Estratégico 2014-2019 había sido el resultado de una amplia colaboración entre los Estados Miembros y la Oficina. Más de 1.100 profesionales de la salud de 48 países habían contribuido a su elaboración, lo cual había reforzado el principio de la responsabilidad compartida por el seguimiento y la evaluación de los resultados y el impacto del Plan. La labor realizada por el Grupo de Trabajo de Países, cuya misión era preparar un compendio de indicadores para el Plan Estratégico y recomendar un método para el seguimiento y la evaluación conjuntos del Plan, ofrecía la oportunidad de continuar las deliberaciones de alto nivel a fin de mejorar aun más la calidad y la sostenibilidad del Plan.

67. El Grupo estaba avanzando en sus labores de una manera participativa y transparente sobre la base de fichas técnicas preparadas por la Oficina. Hasta la fecha, el Grupo de Trabajo no había eliminado ningún indicador, aunque se habían sugerido algunas modificaciones. Además del compendio de indicadores, se había encomendado al Grupo de Trabajo que examinara la metodología para estratificar las prioridades programáticas en el marco del Plan Estratégico y que formulara recomendaciones en relación con mejoras. Esa tarea se había confiado a un subgrupo técnico. Aunque algunas de las líneas de base y de las metas posiblemente tuvieran que ajustarse más adelante, el señor Kleiman estaba seguro de que el Grupo de Trabajo estaría listo para presentar un conjunto de indicadores de resultados intermedios y del impacto, junto con los resultados de su examen de la metodología de estratificación de las prioridades programáticas, al 53.º Consejo Directivo.

68. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) dijo que los miembros del Grupo de Trabajo poseían los conocimientos especializados y la experiencia necesarios para refinar los indicadores del Plan Estratégico y les agradeció su

compromiso extraordinario con esa tarea. Señaló que el Grupo celebraría una reunión virtual en junio del 2014 y una última reunión presencial en julio para ultimar sus recomendaciones al Consejo Directivo.

69. El Comité Ejecutivo agradeció al Grupo de Trabajo la labor realizada y agradeció también al Gobierno de Brasil, que había ejercido la presidencia del Grupo. Como la ejecución del Plan Estratégico 2014-2019 ya había empezado, era indispensable terminar el compendio de indicadores antes del 53.º Consejo Directivo, aunque se reconoció que quizá se necesitaría más tiempo posteriormente para ultimar las líneas de base y las metas, proceso que requeriría consultas con las autoridades nacionales. Se solicitó que se presentara un informe preliminar sobre los indicadores en agosto para que los Estados Miembros que no habían participado en las consultas del Grupo de Trabajo pudieran examinarlos antes de que se presentaran al Consejo Directivo. Se recalcó la necesidad de contar con líneas de base exactas para medir el progreso y se pidió que se aclarara cómo se validarían las líneas de base y las metas.

70. Nuevamente se destacó la importancia de aplicar las enseñanzas extraídas de la evaluación del Plan Estratégico 2008-2013 (véanse los párrafos 52 a 65), así como la necesidad de priorizar los objetivos que no se habían alcanzado en el marco de dicho Plan. Era especialmente importante seguir trabajando para reducir la mortalidad materno-infantil, en particular en los lugares donde no se alcanzarían las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio correspondiente.

71. El señor Walter dijo que el compendio de los indicadores estaría listo en julio y que la Oficina luego elaboraría un informe preliminar sobre los indicadores y lo distribuiría a los Estados Miembros en agosto. También se cercioraría de que las líneas de base y las metas se validaran antes del Consejo Directivo; sin embargo, como se había indicado, la validación requeriría consultas con las autoridades nacionales y era importante no apresurar el proceso.

72. La Directora agradeció a los Estados Miembros su participación sostenida en el proceso de elaboración y refinamiento del Plan Estratégico. En su opinión, su participación ejemplar era una práctica óptima que otras regiones y la sede de la OMS harían bien en emular.

73. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R15, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el Plan Estratégico 2014-2019 modificado, incluidos los indicadores con los cambios efectuados por el Grupo de Trabajo de Países.

Estrategia para la cobertura universal de salud (documento CE154/12)

74. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) presentó este tema, así como los temas de la salud en todas las políticas y la legislación relacionada con la salud (véanse los párrafos 134 a 145 y 163 a 176), observando que los tres estaban estrechamente relacionados y que los respectivos documentos de política se complementaban. La cobertura universal de salud era una meta fundamental de los sistemas de salud, con el fin

de proteger el derecho al grado máximo de salud que se pudiera lograr y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad a lo largo de todo el ciclo de vida, sin dificultades financieras indebidas. A fin de alcanzar la cobertura universal de salud se necesitaban políticas e intervenciones intersectoriales que abordaran los determinantes sociales y ambientales de la salud. El proyecto de plan de acción sobre la salud en todas las políticas planteaba líneas claras de acción para promover la colaboración y la participación multisectorial, la rendición de cuentas y el compromiso a largo plazo de las instancias normativas nacionales para enfrentar los determinantes de la salud y las inequidades.

75. El logro de la cobertura universal de salud también requería la formulación, ejecución, revisión o reforma de leyes y reglamentos. En la estrategia propuesta sobre legislación relacionada con la salud se señalaban los objetivos y las actividades necesarias para establecer un marco jurídico a fin de proteger el derecho al grado máximo de salud que se pudiera lograr y otros derechos humanos conexos, especialmente para los grupos más vulnerables. Juntos, los enfoques propuestos en los tres documentos contribuirían a la visión y el compromiso de la Región con respecto a la eliminación de las desigualdades en el ámbito de la salud, tal como se expresaba en el Plan Estratégico 2014-2019 y en numerosas resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos en los últimos años.

76. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) recordó que la estrategia propuesta para la cobertura universal de salud se había elaborado a petición del 52.º Consejo Directivo y observó que seguía siendo un borrador que todavía era tema de consultas con los Estados Miembros. Agregó que, aunque la Región había efectuado mejoras considerables en el desarrollo económico y social durante los 30 últimos años, persistían grandes disparidades en la distribución de los ingresos. Esas disparidades se reflejaban en inequidades en el acceso a servicios de salud y en los resultados en materia de salud. Aunque había un fuerte compromiso político para atender las necesidades de salud, los Estados Miembros a menudo afrontaban retos al traducir ese compromiso en la prestación de servicios. La situación se complicaba con la aparición de perfiles demográficos y epidemiológicos nuevos, el aumento de los costos de la atención de salud y la capacidad limitada para emprender actividades intersectoriales a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.

77. Se había pedido a la Oficina que elaborara una propuesta para ayudar a los países a abordar esos retos y avanzar hacia la concreción progresiva de la cobertura universal de salud. La estrategia propuesta presentaba una visión holística de la cobertura universal que se basaba firmemente en los valores del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y la acción intersectorial a fin de abordar los determinantes de la salud y promover la salud y el bienestar. La estrategia y sus cuatro líneas estratégicas interdependientes tenían sus raíces en mandatos mundiales y regionales actuales, en particular la Agenda de Salud para las Américas, el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Conferencia Rio+20) y la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. La estrategia también estaba estrechamente vinculada a las deliberaciones sobre la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (véanse los párrafos 277 a 290).

78. Con objeto de facilitar las consultas en curso sobre la estrategia, se sugirió que el Comité formara un grupo de trabajo para colaborar con la Oficina en los últimos toques del documento. Las consultas nacionales sobre la estrategia ya se habían planificado o ya habían tenido lugar. La Oficina consolidaría todos los aportes recibidos con miras a ultimar la estrategia propuesta para presentarla al 53.º Consejo Directivo.

79. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la estrategia propuesta como una base sólida para el trabajo futuro en este campo y reconoció el nexo estrecho entre la cobertura universal de salud, la salud en todas las políticas y la legislación relacionada con la salud. Le complacía que en la estrategia y el proyecto de resolución contenidos en el documento CE154/12 se reconociera que cada país debía definir su propio camino hacia la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, jurídico e histórico. Se pensaba, sin embargo, que también debían tenerse en cuenta las prioridades nacionales de los países y los retos actuales y futuros para la salud. Se destacó que, aunque la OPS podría desempeñar una función de promoción de la causa y prestar apoyo técnico, el logro de la cobertura universal de salud era una responsabilidad de los gobiernos nacionales.

80. El Comité consideró que era necesario aclarar algunos términos y conceptos usados en el documento, comenzando por el concepto de cobertura universal de salud. Se señaló que todavía no había una idea que contara con acuerdo general de lo que significaba la cobertura universal de salud para cada país y región; se esperaba que las deliberaciones en curso sobre la estrategia ayudaran a aclarar el concepto. Al mismo tiempo, se observó que la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas contenía una definición negociada a nivel internacional que había sido respaldada por la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA67.14 y se sugirió que esa definición figurara tanto en la estrategia como en el proyecto de resolución. También se solicitó que la redacción de la estrategia y la resolución concordara con la Constitución de la OMS, que no reconocía el derecho a la salud en sí sino más bien el derecho al goce del grado máximo de salud que se pudiera lograr.

81. Se elogió el énfasis de la estrategia en la acción intersectorial para abordar los determinantes de la salud, pero se sugirió reemplazar los términos “intersectorial” e “interinstitucional” con “multisectorial” a efectos de mantener la concordancia con el texto ya negociado y adoptado en otros foros internacionales. Se señaló que abordar los determinantes de la salud implicaba algo más que la mera prestación de servicios: requería también un enfoque de salud pública y protección social. Los delegados apoyaron en general los aumentos en el gasto público en salud, los modelos de financiamiento por los contribuyentes y la eliminación de los pagos directos a fin de ampliar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, incrementando el gasto público en torno a la salud hasta por lo menos 6% del PIB, como se recomendaba en el inciso g del párrafo 2 del proyecto de resolución, no se consideraba factible para algunos países, y tampoco lo era la eliminación completa de los pagos directos en el punto de servicio que se recomendaba en el inciso h.

82. Se señaló que debían especificarse los grupos vulnerables a los cuales debía estar orientada la estrategia, que debían incluir explícitamente a las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intersexuales; los migrantes; las personas privadas de libertad; los adolescentes y los jóvenes; y los niños y las niñas. Varios delegados recalcaron que la estrategia no debía promover el acceso a un conjunto mínimo o básico de servicios de salud, lo cual implicaría una limitación o racionamiento de la cobertura, mientras que el objetivo de la cobertura universal de salud era aumentar al máximo el acceso a servicios integrales. Un delegado sugirió que se usara el texto del párrafo 10 de la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en vez de las referencias a un conjunto universal de prestaciones garantizadas. Se destacó la importancia de reglamentar los servicios de salud y el seguro de enfermedad proporcionados por el sector privado.

83. Se reconoció la necesidad de indicadores, metas y plazos para medir el progreso y el éxito con la aplicación de la estrategia, y se recalcó que se necesitaban indicadores para medir y evaluar las actividades ejecutadas con respecto a los determinantes sociales de la salud. También se consideró importante armonizar los indicadores con los indicadores de la OMS y el Banco Mundial en relación con la cobertura universal de salud. Sin embargo, se cuestionó la necesidad de un sistema de seguimiento y evaluación para medir el progreso hacia la cobertura universal de salud, tal como se exigía en el inciso c del párrafo 3 del proyecto de resolución, puesto que el Plan Estratégico 2014-2019 ya contenía un conjunto de indicadores con ese fin. Se sugirió que se consultara al Grupo de Trabajo de Países (véanse los párrafos 66 a 73) al respecto.

84. Se propusieron varias enmiendas específicas de la estrategia y el proyecto de resolución, y varios delegados dijeron que presentarían más sugerencias por escrito. Por consiguiente, el Comité decidió formar un grupo de trabajo para revisar el proyecto de resolución y posteriormente seguir colaborando con la Oficina a fin de ultimar la estrategia con objeto de presentarla al 53.º Consejo Directivo.

85. El doctor Fitzgerald dijo que las observaciones del Comité serían extremadamente útiles para pulir la estrategia. Había tres asuntos importantes que era necesario abordar. Uno era la aclaración del concepto de atención sanitaria universal. Reiteró que la Oficina había intentado presentar una visión holística de la cobertura universal de salud basada en la larga tradición de trabajo en la Región para promover los principios del derecho al grado máximo de salud que se pudiera lograr, la universalidad, la solidaridad y la equidad. La Oficina seguiría dialogando con los Estados Miembros para que todos entendieran qué significaba el concepto para los países de la Región.

86. La idea de que cada país determinara su propia manera de proceder y alcanzara la cobertura universal de salud de manera progresiva era crucial. No se esperaba, por ejemplo, que los países aumentaran el financiamiento sanitario a 6% de PIB de la noche a la mañana, sino que se esforzaran para aumentar esa cantidad gradualmente. Se había puesto la cifra de 6% como objetivo a largo plazo porque había indicios de que los países cuyo gasto estaba cerca de ese nivel, en general, se encontraban en condiciones de avanzar hacia la cobertura universal.

87. Nunca había sido intención de la Oficina promover la idea de un conjunto básico o mínimo de servicios. El objetivo era garantizar el acceso universal a servicios de salud de buena calidad que respondieran a las necesidades de la población. El problema quizá fuese la terminología usada para expresar ese concepto en los distintos idiomas de trabajo de la Organización. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para aclarar la idea.

88. La Directora, señalando que era evidente que los países de la Región estaban plenamente comprometidos con el logro de la cobertura universal de salud, afirmó que la meta fundamental era que todas las personas tuvieran acceso a todo lo que necesitaban para gozar del grado máximo de salud. Eso significaba abordar los determinantes sociales y garantizar el acceso a servicios integrados, integrales y de buena calidad, sin pagos directos. Obviamente, no todos los países podrían costear tal cobertura integral a corto plazo, y en esos casos quizá sería aconsejable definir un conjunto esencial de servicios a los cuales la población tendría acceso garantizado, en el entendido de que el país seguiría trabajando para ampliar la cobertura como parte de un proceso de consecución progresiva de la cobertura universal de salud.

89. El Comité aprobó la resolución CE154.R17, con numerosas enmiendas introducidas por el grupo de trabajo. Se acordó que continuarían las consultas antes del 53.º Consejo Directivo y que la Oficina revisaría la estrategia sobre la base de los aportes recibidos de los Estados Miembros. De ser necesario para alcanzar consenso, podría convocarse una sesión especial del Comité Ejecutivo.

Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (documento CE154/13)

90. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP), observando que el plan de acción propuesto se había elaborado en consulta con los programas nacionales de sangre de la Región, dijo que la meta del plan era promover el acceso universal a sangre segura para salvar vidas y mejorar la salud de los pacientes que necesitaban transfusiones de sangre. El plan, que abarcaría el período 2014-2019, comprendía cuatro líneas estratégicas: la integración eficaz y sostenible de los programas nacionales y los servicios de sangre en los sistemas nacionales de salud; la autosuficiencia en el suministro de sangre mediante el 100% de donación voluntaria de sangre no remunerada; el fortalecimiento de la gestión de la calidad; y la vigilancia sanitaria, la hemovigilancia, la gestión de riesgos, el monitoreo y la evaluación.

91. Se preveía que el plan contribuiría a una reducción del número de defunciones maternas, ya que las hemorragias durante el parto representaban 21% de tales defunciones en América Latina y el Caribe. También reduciría la exposición de los pacientes que recibieran transfusiones al VIH y la hepatitis B y C. Asimismo, la mayor disponibilidad, accesibilidad y seguridad de la sangre y los hemoderivados fomentarían el logro de la cobertura universal de salud.

92. El Comité agradeció a la Oficina la atención continua que prestaba al importante tema del acceso a sangre segura y elogió el proceso participativo usado para elaborar el plan de acción. Se señaló que las políticas y las decisiones relativas a la disponibilidad de

sangre y su seguridad debían tener en cuenta consideraciones éticas, los análisis de la eficiencia y los beneficios en función del costo, y el uso racional de los hemoderivados en una evaluación de las necesidades nacionales. Se consideraba que el intercambio de datos nacionales e internacionales era esencial para tomar decisiones acerca de las políticas nacionales sobre la disponibilidad de sangre y su seguridad.

93. Se preguntó la razón por la cual había transcurrido tanto tiempo entre el plan propuesto para 2014-2019 y el anterior Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones, que había abarcado el período 2006-2010.³ Se señaló que también había un desfase entre el plan de la OPS y el Plan Estratégico Mundial de la OMS para el Acceso Universal a Transfusión de Sangre Segura 2008-2015. Se subrayó la importancia de la concordancia entre los planes mundiales y regionales, así como entre el Plan de Acción para el Acceso Universal a Transfusión de Sangre Segura y el Plan Estratégico de la OPS. Se señaló que en el informe sobre las implicaciones financieras y administrativas del proyecto de resolución contenido en el documento CD154/13 no explicaba cuánto del costo previsto de \$8 millones podía incluirse en actividades ya programadas o de qué forma sufragaría la OPS el costo de la ejecución del plan.

94. Varios delegados señalaron asuntos que pensaban que no habían recibido suficiente atención en el documento. Uno era la seguridad inmunológica de la sangre, que abarcaba otras consideraciones, además del tamizaje para la detección de agentes infecciosos en la sangre para transfusiones. Otro era el uso racional de la sangre: aunque en el documento se mencionaba el uso apropiado de la sangre y los hemoderivados, el uso racional incluía el procesamiento de sangre a fin de obtener productos y componentes terapéuticos para garantizar el uso más eficaz y eficiente de la sangre donada y reducir el desperdicio de sangre. Otra cuestión importante era la necesidad de poder trazar el origen de las donaciones y los componentes sanguíneos utilizados, de manera que si ocurría un resultado adverso en un receptor, podría encontrarse la causa del problema. Un delegado opinó que las líneas estratégicas no hacían suficiente hincapié en el acceso a la sangre, a pesar del nexo directo entre un mayor acceso y la disminución de las defunciones maternas.

95. Observando que en el documento se señalaba que todos los países de América Latina tenían leyes nacionales en materia de sangre pero solo cuatro países del Caribe tenía un marco jurídico para los servicios de sangre, la Delegada de las Bahamas solicitó que en el plan se formularan sugerencias sobre la forma de abordar esa situación. También solicitó asesoramiento técnico sobre la forma de reducir al mínimo el desperdicio de sangre, que era un problema particular en el Caribe.

96. El doctor Fitzgerald explicó que en el 2011 se había hecho una evaluación del progreso realizado en el marco del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010, tarea que se había encomendado a consultores independientes, y que el proceso de consulta para elaborar el nuevo plan había empezado en el 2012. La Oficina consideraba que el nuevo plan de acción no estaba listo para ser presentado a los

³ Véanse el documento CD46/16 y la resolución CD46.R5 (2005).

Cuerpos Directivos en el 2013. Por consiguiente, el período abarcado por el nuevo plan no comenzaba hasta el 2014.

97. Los comentarios recibidos del 51.º Consejo Directivo sobre los resultados de la evaluación del plan anterior indicaban que el próximo plan de acción debía centrarse en el fortalecimiento de la integración entre los servicios de sangre y los sistemas de salud. El enfoque de sistemas de salud podría explicar por qué no se habían abordado algunos de los asuntos mencionados por los delegados. Esos asuntos y las otras sugerencias de los delegados para aumentar la utilidad del documento se tendrían en cuenta en la revisión del documento que se presentaría al Consejo Directivo.

98. La Directora estuvo de acuerdo en que los objetivos relativos al uso racional de la sangre y los hemoderivados, así como la posibilidad de determinar su origen, debían incorporarse en el documento. Era importante empezar a colaborar con un mayor número de Estados Miembros en el procesamiento de la sangre a fin de obtener hemoderivados para aprovechar más la sangre donada y reducir el gran desperdicio de sangre sin usar. Asimismo, señaló que estaba de acuerdo con la necesidad de poner de relieve el acceso a sangre segura como factor importante para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 relativo a la reducción de la mortalidad materna.

99. El Comité examinó una resolución revisada que incorporaba las enmiendas propuestas durante el debate. Algunas delegaciones se oponían a que, en el inciso *a* del párrafo 2, se instara a los Estados Miembros a promover en lugar de asegurar el acceso universal a la sangre y sus componentes: las delegaciones que preferían la palabra “asegurar” recalcan que se debía garantizar el acceso a sangre segura, en tanto que aquellas que preferían el término “promover” argumentaban que, en los lugares donde los sistemas de sangre dependían de la donación voluntaria, no se podía esperar que el gobierno garantizara el acceso. Finalmente, el Comité acordó modificar el párrafo a fin de que dijera “avanzar en el aseguramiento del acceso universal”.

100. Varios delegados se opusieron a la propuesta de suprimir la frase “a fin de evitar la comercialización y el lucro generados por la sangre” en el inciso *b(i)*, del párrafo 2, porque la venta de sangre y hemoderivados estaba prohibida por ley en sus países. La Delegada de Canadá explicó que su delegación había propuesto ese cambio porque en todas las provincias de Canadá menos una se permitía la remuneración de los donantes de plasma para la elaboración de productos farmacéuticos. El Comité estuvo de acuerdo en una fórmula conciliatoria que mantuviera la frase pero con la aclaración “excepto cuando la legislación nacional lo permita”. Asimismo, se expresó preocupación acerca de un cambio en la redacción del inciso *c* del párrafo resolutivo 2, a saber, que se desalentara la donación remunerada y familiar o de reposición “excepto en circunstancias limitadas de necesidad médica”. Como el pago de las donaciones de sangre en cualquier circunstancia estaba prohibido en algunos Estados Miembros, se cambió la redacción para que dijese “excepto cuando esté protegida por el sistema regulador nacional”.

101. El Comité aprobó la resolución CE154.R16, mediante la cual se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el Plan de acción para el acceso universal a sangre segura. Hasta aquí.

Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (documento CE154/14)

102. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) presentó el documento CE154/14 y elogió a los Estados Miembros que habían contribuido al avance de la agenda con respecto a las discapacidades y a la promoción de la atención de salud de buena calidad y de las prácticas de protección social, especialmente para personas con discapacidades graves. De los 140 millones de personas con discapacidad que vivían en las Américas, solo 3% tenían acceso a servicios de rehabilitación. Aquellas con discapacidad grave dependían en gran medida de otras personas para que les ayudaran a llevar a cabo actividades esenciales. La prevalencia de discapacidades estaba aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas, la violencia, los accidentes de todo tipo y el uso y abuso de alcohol y sustancias ilícitas, y era mayor en los países de bajos ingresos. Tal como se señalaba en el *Informe mundial sobre discapacidad*, de la OMS, las personas con discapacidades tenían peores resultados en materia de salud. Además, la discapacidad era una cuestión de derechos humanos, ya que las personas con discapacidades a menudo se enfrentaban con estigmas y discriminación.

103. Se había efectuado un proceso de consulta regional en enero y febrero del 2014, en el que habían participado Estados Miembros, expertos de centros colaboradores de la OPS/OMS, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales. El plan regional de acción propuesto se basaba en las experiencias de la Región e incorporaba muchas de las observaciones recibidas durante las consultas regionales. Concordaba con el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad,⁴ la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, las recomendaciones de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Discapacidad y el Desarrollo y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Comprendía tres líneas estratégicas para orientar las intervenciones necesarias a fin de mejorar la salud, el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con discapacidades y su familia. El plan también contribuiría al logro de las metas correspondientes a la categoría 2 del Plan Estratégico de la OPS.

104. El Comité Ejecutivo apoyó en general el plan de acción propuesto, que reflejaba la visión de la OMS de un mundo en el cual las personas con discapacidad gozaran el grado máximo de salud que se pudiera lograr. Varios delegados describieron los programas e iniciativas de su país para promover la inclusión y plena participación social de las personas con discapacidades. Algunos describieron las consultas nacionales que se habían hecho sobre el tema además de la consulta regional mencionada. Varios delegados

⁴ Véanse el documento A67/16 de la OMS y la resolución WHA67.7 (2014).

elogiaron el liderazgo de Ecuador al plantear el asunto a fin de que el Comité Ejecutivo lo considerara.

105. Los miembros del Comité recibieron con beneplácito la atención del plan a la necesidad de abordar la escasez de servicios públicos y dispositivos técnicos de ayuda para las personas discapacitadas, así como el estigma, los prejuicios y las violaciones de los derechos humanos que enfrentaban. Se consideró que el plan mostraba un camino para mejorar los sistemas de salud y profundizar el diálogo intersectorial necesario en los países. Se subrayó la necesidad de un enfoque y coordinación intersectorial, en particular con relación a la línea estratégica 1.

106. Se sugirieron varios cambios en el plan y en el proyecto de resolución adjunto al documento CE154/14 a fin de presentar el contenido con un tono más positivo, reforzar el mensaje o aclarar algunos conceptos. En particular, se recomendó que en el plan se hiciera más hincapié en las experiencias exitosas y las prácticas óptimas de los países de la Región y que se creara una red para el intercambio de experiencias en el ámbito de la discapacidad y la rehabilitación. También se sugirió que hubiera un mayor número de indicadores para posibilitar una evaluación integral de la medida en que se alcanzaran los objetivos propuestos. Se consideró especialmente importante incluir indicadores relacionados con mejores resultados en materia de salud para las personas discapacitadas.

107. Se señaló que quizá fuese aconsejable incluir en el plan de acción una lista de las posibles causas de discapacidad y destacar las que deberían ser prioritarias debido a la mayor vulnerabilidad que ocasionaban o porque las intervenciones para combatir las eran particularmente rentables. También se consideraba importante reconocer el trabajo que se estaba llevando a cabo por medio de redes y promover el trabajo de los centros colaboradores de la OPS/OMS. Varios delegados afirmaron que entregarían propuestas de cambios por escrito a la Oficina.

108. Se señaló que algunos de los datos de la línea de base eran inexactos, como en el indicador 1.1.1, que mostraba que ningún país había ejecutado planes pertinentes de discapacidad y rehabilitación. Se propuso que, en el indicador 3.2.1, se pidiera también que los datos se desglosaran por tipo de discapacidad.

109. Un delegado observó que a algunos países como el suyo, que habían firmado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pero no la habían ratificado, posiblemente les resultaría problemático ejecutar algunos aspectos del plan y sugirió que se dejara en claro que se instaba a esos países a aplicar los principios preconizados en la Convención.

110. El doctor Hennis dijo que la Oficina apreciaba profundamente el interés de los Estados Miembros en el tema, que examinaría cuidadosamente todas las sugerencias y las incorporaría en la medida de lo posible, en particular las relativas a la redacción y los indicadores.

111. La Directora afirmó que estaba de acuerdo con la importancia de que los indicadores del plan fueran válidos, en particular aquellos que se relacionaban con los resultados y los efectos en la vida de las personas que vivían con discapacidades. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para buscar indicadores más sensibles.

112. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R5, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Plan de acción sobre salud mental (documento CE154/15)

113. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) presentó el plan de acción propuesto, observando que abarcaría el sexenio 2015-2020 y actualizaría el Plan de acción sobre salud mental adoptado en el 2009 por el 49.º Consejo Directivo,⁵ armonizándolo con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 adoptado por la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud.⁶ El Plan de acción subrayaba la necesidad de un enfoque integral de la salud que reconociera el nexo entre la salud física y mental, y procuraba abordar la brecha en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, que era superior al 70% en algunos países debido a que los recursos eran insuficientes y estaban distribuidos desigualmente, problema exacerbado por el estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental.

114. Las cuatro líneas de acción principales del plan eran la formulación y ejecución de políticas, planes y leyes de salud mental; la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental; la elaboración y ejecución de programas de promoción y prevención en el ámbito de la salud mental y el uso de alcohol y otras sustancias; y el fortalecimiento de los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones en el área de la salud mental. En vista de las grandes diferencias que había en la situación de los distintos países de la Región e incluso dentro de los países, la ejecución del plan debía ser flexible y los resultados previstos y los indicadores debían adaptarse según correspondiera al contexto social y cultural de cada país.

115. Durante un proceso de consulta llevado a cabo en enero y febrero del 2014, el plan fue recibido favorablemente por los examinadores, entre quienes se contaban representantes de Estados Miembros, grupos de expertos, centros colaboradores de la OPS/OMS, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales. Muchas de las observaciones y sugerencias recibidas fueron incorporadas en el documento CE154/15.

116. El Comité Ejecutivo expresó apoyo en general a la visión y las líneas de acción del plan. Sin embargo, se señaló que algunos temas merecían más énfasis o un análisis más detallado. Uno de los temas mencionados por varios delegados fue la rehabilitación y la reintegración social, para las cuales no había ningún indicador en el plan. Se consideraba que era necesario recalcar también la prevención, el diagnóstico oportuno y la integración

⁵ Véanse el documento CD49/11 y la resolución CD49.R17 (2009).

⁶ Resolución WHA66.8 (2013).

de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud y que debía dejarse en claro que todos los aspectos del plan se aplicaban a la gama completa de problemas de salud mental, incluido el consumo de alcohol y otras sustancias. Varios delegados indicaron que presentarían otras modificaciones del texto por escrito a la Oficina.

117. Asimismo, el proyecto de resolución incluido en el documento CE154/15 recibió apoyo en general pero se propusieron algunas enmiendas. Un delegado sugirió que no se usara la palabra “ambulatorios” en el inciso *e* del párrafo 2, ya que tenía la connotación de tratamiento médico a diferencia de servicios de salud mental comunitarios. Además, se consideraba importante declarar explícitamente que los Estados Miembros tenían flexibilidad para ejecutar las actividades de una manera apropiada para su contexto nacional.

118. El doctor Hennis agradeció al Comité su apoyo al plan y aseguró a los delegados que se había tomado nota de sus sugerencias y se tendrían en cuenta en la revisión del documento.

119. El proyecto de resolución sobre este tema (que figura en el anexo A del documento CE154/15) fue modificado a fin de incorporar las observaciones formuladas en el debate del Comité o presentadas por escrito y fue aprobado como resolución CE154.R12.

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (documento CE154/16, Rev. 1)

120. La doctora Chessa Lutter (Asesora Regional sobre Alimentación y Nutrición, OSP) presentó el plan de acción, señalando que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad era mayor en las Américas que en las demás regiones de la OMS y que las tasas en niños y adolescentes estaban subiendo rápidamente. La obesidad en la niñez o la adolescencia podía tener un impacto enorme en la salud mental y física, tanto durante esos períodos como en etapas posteriores de la vida. La obesidad también reducía la productividad y ponía en peligro el desarrollo económico, y el costo del tratamiento era elevado e insostenible. El problema se estaba agravando por un ambiente obesogénico que promovía el consumo excesivo de refrigerios hipercalóricos y pobres en nutrientes, comidas rápidas y bebidas con azúcar y desincentivaba la actividad física.

121. Era hora de que la OPS tomara la delantera en el tema, unificando la acción nacional actual y futura en una respuesta regional coherente y sistemática, proporcionando apoyo político y cooperación técnica a los Estados Miembros y promoviendo políticas y programas fundamentados en la evidencia. El plan de acción quinquenal propuesto procuraba detener la epidemia de obesidad, manteniéndola en las tasas actuales. Era un plan de salud pública con un enfoque de la totalidad del ciclo de vida que se centraba en la protección, la prevención y la mejora del entorno. El plan estaba vinculado directamente al Plan de acción de la OPS para la prevención y el control de las enfermedades no

transmisibles,⁷ el Plan Estratégico 2014-2019 y la estrategia propuesta sobre la legislación relacionada con la salud (véanse los párrafos 163 a 176).

122. Al aprobar el plan, los países aceptarían la responsabilidad por la consecución de varios objetivos, como poner en práctica programas de comidas preescolares y escolares en consonancia con las directrices propuestas por la OPS, formular y aplicar estrategias educativas para apoyar las nuevas políticas de comidas escolares e incluir la actividad física diaria en las actividades escolares. La Oficina ayudaría a los países a alcanzar los objetivos por medio de la cooperación técnica para la adopción de indicadores de la obesidad y directrices regionales para el contenido de sal, azúcar y grasas en los alimentos y las bebidas; la formulación de directrices para programas de comidas preescolares y escolares y para los alimentos y las bebidas que se venden en las escuelas; el mantenimiento de una base de datos actualizada sobre tendencias nutricionales y el seguimiento de las actividades relacionadas con la aplicación de las políticas, las leyes y los programas, por ejemplo.

123. El Comité Ejecutivo reconoció la gravedad del problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia y recibió con beneplácito la atención que la OPS le estaba prestando. Se reconoció la necesidad de medidas urgentes, pero se consideraba necesario adoptar un enfoque escalonado para posibilitar su ejecución a un ritmo manejable. También se consideraba esencial adoptar un enfoque intersectorial integrado, ya que gran parte de las actividades necesarias, en particular la aprobación de medidas legislativas y normativas, estarían fuera del ámbito de competencia directa del sector de la salud. Se señaló que en las políticas y los enfoques de los Estados Miembros influiría su contexto nacional y se destacó la importancia de la flexibilidad, la adaptabilidad y el establecimiento de prioridades por los países. Se señaló la necesidad de equilibrio en el plan: entre la alimentación sana y la actividad física, así como entre las intervenciones de todo el gobierno, que se limitaban a los órganos del gobierno, y un enfoque incluyente de toda la sociedad, con la participación de varios interesados y sectores. Se observó el nexo entre este plan y el plan de acción propuesto sobre la salud en todas las políticas (véanse los párrafos 134 a 145).

124. Se recalcó que el plan debía concordar con los planes y las iniciativas mundiales y regionales conexas en el ámbito de las enfermedades no transmisibles y la nutrición de la madre, el lactante y el niño y pequeño. La concordancia de los indicadores del plan y de la medición y la notificación con los marcos mundiales y regionales existentes también se consideraba importante para reducir la carga para los Estados Miembros en cuanto a la presentación de informes. Se señaló que el plan también debía ser lo suficientemente flexible para dar cabida a las recomendaciones del grupo de trabajo ad hoc sobre ciencia y pruebas científicas de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, convocado por la Directora General de la OMS con miras a establecer un consenso mundial sobre las pruebas científicas y obtener el mejor asesoramiento posible sobre la forma de abordar la crisis de la obesidad en la niñez.

⁷ Véanse el documento CD52/7, Rev.1, y la resolución CD52.R15 (2013).

125. Se elogiaron las iniciativas de diversos países para reglamentar los avisos publicitarios y la comercialización de bebidas y alimentos de alto contenido calórico endulzados con azúcar, pero se señaló que esas iniciativas se veían socavadas en algunos casos por intereses comerciales inescrupulosos y se subrayó la necesidad de combatir esas influencias negativas. Se pusieron de relieve los problemas reglamentarios particulares que afectaban a los países insulares del Caribe que importaban gran parte de sus alimentos.

126. Se hicieron varias sugerencias para mejorar tanto el plan como el proyecto de resolución contenidos en el documento CE154/16. Se recomendó, por ejemplo, reducir el número de indicadores. También se sugirió que el plan incluyera un área estratégica de acción relacionada con la atención de salud adaptada a las necesidades específicas de los niños y los adolescentes, prestando la debida atención a la edad, el estado nutricional y la presencia de comorbilidades. Se consideraba conveniente agregar un área estratégica de acción encaminada a mejorar las aptitudes para la crianza de los hijos porque la crianza era un factor importante que influía en la adquisición de hábitos alimentarios saludables en la niñez y la adolescencia.

127. Con respecto al objetivo 2.1, se pidió una aclaración con respecto a las directrices de la OPS en relación con los programas de alimentación a nivel preescolar y escolar. Se señaló que el objetivo 2.3 sería claro si se cambiara la redacción de modo que dijera “establecer y aplicar estrategias educativas o programas de estudios compatibles con mejores políticas alimentarias en las escuelas”. Se consideró que en el indicador 2.4.1 se debía especificar que la población destinataria de la acción prevista era la de niños y adolescentes hasta el último año de la escuela secundaria o su equivalente. Con respecto al objetivo 4.1, se sugirió que se hiciera referencia a los tipos de interesados directos de múltiples sectores cuya participación sería aceptable a efectos del plan. Con relación al proyecto de resolución, se propuso expresar más claramente la necesidad de colaboración intersectorial y, con respecto al inciso *d* del párrafo 2, se señaló que no todas las tradiciones culinarias locales eran aconsejables desde el punto de vista de la salud. De igual manera, con relación al inciso *a* del párrafo 3, se observó que no todos los organismos internacionales empleaban prácticas que propiciaban los tipos de cambios culturales y de mentalidad necesarios para promover hábitos de alimentación sana.

128. Varias delegaciones dijeron que presentarían observaciones adicionales por escrito, en tanto que otras opinaron que la Oficina debía efectuar más consultas con los Estados Miembros antes del 53.º Consejo Directivo para refinar el plan, sus metas y los indicadores. El Delegado de Brasil invitó a los Estados Miembros a participar en una reunión que tendría lugar en su país del 21 al 23 de julio del 2014 a fin de tratar los preparativos para la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, a celebrarse en noviembre del 2014.

129. La doctora Lutter dijo que la Oficina esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros a fin de mejorar el plan. La acción intersectorial, como habían señalado varios delegados, era fundamental para cambiar el entorno obesogénico, y la Oficina haría más hincapié en esa cuestión en el plan. La flexibilidad y el reconocimiento de la realidad de los países también era crucial; en consecuencia, en la parte introductoria del documento se

agregaría la aclaración de que los Estados Miembros tratarían de alcanzar los objetivos del plan según correspondiera en el marco de su legislación nacional. Con objeto de aumentar la flexibilidad del plan, la Oficina también introduciría el texto acordado del Convenio Marco para el Control del Tabaco y el conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Además, ajustaría los diversos indicadores tal como lo habían sugerido los Estados Miembros y consideraría atentamente si era posible reducir su número.

130. La Comisión de la OMS para acabar con la obesidad infantil no presentaría sus resultados hasta fines del 2015. En vista de la urgencia del asunto, la Directora consideraba que era importante avanzar sin esperar las recomendaciones de la Comisión. Por consiguiente, había formado un grupo de trabajo interprogramático en julio del 2013 para formular un plan regional de acción. Su meta concordaba con el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño⁸ y el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,⁹ así como con un indicador del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Dentro del primer año siguiente a la aprobación del plan regional de acción, la Oficina convocaría a grupos de expertos técnicos para formular directrices regionales sobre programas de comidas escolares y otros asuntos, partiendo de las políticas y recomendaciones ya vigentes en algunos países de la Región.

131. Teniendo en cuenta los recursos financieros limitados de la Organización, la Oficina buscaría oportunidades para incluir el análisis del plan de acción en las reuniones regionales ya programadas sobre nutrición. Además, el grupo interprogramático que había elaborado el plan estaba disponible para responder a consultas de los Estados Miembros por videoconferencia o por teléfono.

132. La Directora dijo que era evidente que los Estados Miembros estaban preocupados por la epidemia de obesidad en la niñez observada en la Región. Había escuchado atentamente las observaciones con respecto a la necesidad de uniformidad y concordancia de los indicadores del plan con los indicadores del Plan Estratégico y también había observado la necesidad de prestar atención a indicadores de resultados más específicos. Esas observaciones se tendrían en cuenta al revisar el plan antes del Consejo Directivo.

133. El proyecto de resolución contenido en el documento CE154/16 fue modificado a fin de reflejar las observaciones y las sugerencias formuladas durante el debate y fue aprobado por el Comité como resolución CE154.R2, entendiéndose que el plan de acción se revisaría en consulta con los Estados Miembros antes del 53.º Consejo Directivo.

Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (documento CE154/17)

134. El doctor Luiz Augusto Galvao (Gerente, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) presentó los antecedentes del desarrollo y la evolución del concepto de salud

⁸ Véase la resolución WHA65.6 (2012).

⁹ Véase la resolución WHA66.10 (2013).

en todas las políticas, observando que se consideraba como una herramienta clave para la puesta en práctica de la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, adoptada en el 2011 en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Era también una de las estrategias señaladas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y promover el bienestar sostenible de la población. El enfoque de la salud en todas las políticas era esencial para encontrar un punto de convergencia entre el sector de la salud y otros sectores a fin de establecer agendas compartidas y alianzas sólidas.

135. El plan de acción propuesto se había preparado en respuesta a una recomendación surgida de consultas regionales realizadas en preparación para la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que se había centrado en la forma de poner en práctica el enfoque de salud en todas las políticas. Concordaba plenamente con el marco de acción en los países para la salud en todas las políticas que había emanado de la Octava Conferencia Mundial, para el cual, a su vez, se habían aprovechado las experiencias de varios países de la Región con la adopción de este enfoque. El plan ayudaría a generar datos probatorios relacionados con la salud en todas las políticas para la promoción de la causa en los más altos niveles, fomentar la utilización de estudios de casos regionales para ampliar su escala, formar capacidad en los países usando el curso sobre la salud en todas las políticas desarrollado por varios centros colaboradores de la OMS, refinar la metodología de evaluación del impacto en la salud, fomentar la adopción de este enfoque por medio de las redes regionales de municipios saludables y escuelas saludables, dar seguimiento al progreso de los países y fortalecer la colaboración de Sur a Sur y de Norte a Sur en la salud en todas las políticas.

136. Un reto clave para la elaboración del plan había sido definir los indicadores, ya que los países tenían diferentes experiencias con la adopción de la salud en todas las políticas y la medición de su impacto. Sobre la base de las consultas regionales, se habían establecido dos indicadores regionales como máximo para cada objetivo del plan. La idea era que los Estados Miembros seleccionaran los indicadores que mejor se adaptaran a su contexto específico.

137. En el debate subsiguiente, los miembros del Comité apoyaron el plan de acción y varios comentaron que concordaba con los enfoques intersectoriales que sus países estaban empleando para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades sanitarias y sociales. Se consideraba que el plan era un recurso útil para guiar a los países en la aplicación de un enfoque de salud en todas las políticas. Sin embargo, el plan no estaba listo para ser adoptado por el Consejo Directivo y se hicieron numerosas sugerencias para mejorarlo, entre ellas cambios para que el texto fuese menos prescriptivo y más flexible y para aclarar que cada Estado Miembro debía adaptar el plan a su propio contexto y a sus sistemas políticos y sociales.

138. Se consideró necesario aclarar algunos de los conceptos incluidos en el plan, entre ellos la definición y el alcance de la salud en todas las políticas. Se sugirió que el documento explicara con mayor detalle lo que significaba exactamente un enfoque de salud en todas las políticas y de qué forma se reflejaría en las políticas, los planes o los

programas. También se sugirió que el documento incluyera un glosario de los conceptos y términos fundamentales.

139. Se recibió con beneplácito el énfasis del plan en la importancia de la acción intersectorial, pero un delegado opinó que se centraba demasiado en la interacción entre sectores e instituciones del gobierno y destacó la necesidad de fomentar la participación constructiva de la sociedad civil en los debates de política pública y de hacer más hincapié en las estrategias para propiciar el cambio social necesario a fin de eliminar las desigualdades en el ámbito de la salud, incluida la democratización del flujo de información y el aumento de la capacidad a nivel de la comunidad. Una delegada subrayó la importancia de la diplomacia en la salud al promover la colaboración intersectorial para abordar determinantes de la salud tales como el agua y el saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, la calidad del aire y otros. Varios delegados también observaron la necesidad de fortalecer la interacción con otros sectores en las deliberaciones sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 y de incorporar un enfoque de salud en todas las políticas en dicha agenda.

140. Se consideró que en el plan se debían aclarar las funciones de la OPS, entre ellas la de facilitar el intercambio de información y la obtención y difusión de datos probatorios, prácticas óptimas y enseñanzas. Se señaló a este respecto que los datos probatorios del impacto de las políticas en la salud y los determinantes de la salud eran esenciales para señalar las áreas prioritarias que exigían intervenciones con un enfoque de salud en todas las políticas.

141. Se hicieron varias sugerencias con respecto a los objetivos y los indicadores del plan. Varios delegados propusieron que se establecieran criterios para priorizar los objetivos, que se redujera el número de indicadores a fin de reducir la carga para los países en lo que respecta a la presentación de informes y que los indicadores de desempeño para el plan de acción se limitaran a los indicadores pertinentes señalados en el Plan Estratégico 2014-2019. También se sugirió que la redacción de los objetivos y los indicadores debía ceñirse más al marco de acción en los países para la salud en todas las políticas. Varios delegados dijeron que presentarían sugerencias adicionales por escrito con respecto a los indicadores y otros aspectos del plan de acción.

142. Habida cuenta de las numerosas modificaciones propuestas tanto para el plan de acción como para el proyecto de resolución contenido en el documento CE154/17, el Comité decidió pedir al grupo de trabajo formado para revisar el proyecto de estrategia y resolución sobre la cobertura universal de salud (véase el párrafo 84) que revisara también el proyecto de plan de acción y resolución sobre la salud en todas las políticas.

143. El doctor Galvao dijo que la Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para refinar el plan de acción, en particular los indicadores, antes del 53.º Consejo Directivo y que haría todo lo posible para facilitar el seguimiento de los indicadores y la notificación por los Estados Miembros. Con respecto al alcance del enfoque de la salud en todas las políticas, aclaró que el marco para la acción intersectorial prevista lo proporcionaban la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de

la salud y la Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas, adoptada en la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Destacó que el objetivo fundamental del plan de acción sobre la salud en todas las políticas y las estrategias relativas a la cobertura universal de salud, así como la legislación relacionada con la salud era mejorar la salud y el bienestar de la población de la Región.

144. La Directora comentó que, si bien en todas las regiones se reconocía la importancia de la salud en todas las políticas, la Región de las Américas era la que había abogado por la causa de los determinantes sociales y ambientales de la salud a nivel mundial. La Región había venido promoviendo enfoques multisectoriales desde los años setenta, a pesar de que se había avanzado poco en la interacción con otros sectores de una manera que condujese a efectos notables en la salud. El enfoque de salud en todas las políticas sería un aspecto importante del trabajo que debía llevarse a cabo al abordar el tema de los determinantes en el marco del Plan Estratégico 2014-2019.

145. El Comité aprobó la resolución CE154.R14, que reflejaba numerosas enmiendas introducidas por el grupo de trabajo. Se acordó que continuaran las consultas antes del 53.º Consejo Directivo y que la Oficina revisara el plan de acción sobre la base de los aportes de los Estados Miembros.

Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales (documento CE154/18)

146. El doctor Juan Carlos Silva (Asesor Regional sobre Atención Oftalmológica y Prevención de la Ceguera, OSP) señaló que el plan de acción propuesto para 2014-2019 sometido a la consideración del Comité había surgido de un taller regional celebrado en Quito (Ecuador), en abril del 2013, en el que habían participado la mayoría de los Estados Miembros de la OPS. El plan concordaba con los objetivos del plan de acción mundial aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013¹⁰ y la iniciativa Visión 2020 de la OMS y el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera. Asimismo, promovía las metas del Plan de acción de la OPS para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables¹¹ adoptado en el 2009. En los cinco últimos años, los estudios habían revelado un aumento de la cobertura y el acceso a servicios oftálmicos y una reducción de la prevalencia de la ceguera. Sin embargo, alrededor de 26 millones de personas todavía sufrían deficiencias visuales y, de ellas, 3 millones tenían ceguera. Todos los sectores de la población, desde los lactantes prematuros hasta los adultos mayores, podían ser afectados por el grupo de enfermedades que causaban ceguera y deficiencias visuales, muchas de las cuales eran prevenibles o curables.

147. En el plan de acción 2014-2019 se subrayaba la necesidad de seguir generando información epidemiológica por medio de encuestas de la población sobre la prevalencia de enfermedades oculares específicas, la cobertura y la calidad del servicio, y las barreras al acceso. Tales estudios habían mostrado que los servicios oftálmicos públicos eran

¹⁰ Véase el documento A66/11 (2013) de la OMS.

¹¹ Véanse el documento CD49/19 y la resolución CD49.R11 (2009).

débiles en toda la Región. También había que descentralizar los servicios a fin de llevarlos a las zonas rurales y las ciudades pequeñas donde la ceguera y las deficiencias visuales eran muy prevalentes. Otros objetivos del plan propuesto incluían la prevención de la retinopatía en lactantes prematuros con la mejora de la calidad de la atención proporcionada en las unidades de cuidados intensivos neonatales, la elaboración de programas eficaces para suministrar anteojos correctivos a los escolares y el suministro de servicios de rehabilitación y capacitación a las personas con baja visión funcional.

148. El Comité expresó apoyo general al plan y el proyecto de resolución contenidos en el documento CE154/18. Sin embargo, se sugirió que en la resolución se reconociera el contexto nacional en el cual debía actuar cada Estado Miembro, ya que la responsabilidad por la prestación de servicios de salud no siempre correspondía al nivel nacional. Se instó a la OPS a que usara indicadores del Plan Estratégico 2014-2019 y el plan de acción mundial de la OMS a fin de no crear más obligaciones para los Estados Miembros con respecto a la presentación de informes. Los delegados destacaron los problemas de la cobertura inadecuada de las intervenciones quirúrgicas para catarata, la larga espera y el consiguiente retraso en el diagnóstico y el tratamiento para pacientes que necesitaban atención de especialistas, y la prevalencia elevada de baja visión funcional en los adultos a medida que van envejeciendo. Este último problema era motivo de preocupación creciente en el Caribe. Se recomendó que en el plan se especificaran las edades de los escolares a los cuales estarían dirigidos los programas escolares de salud visual y que se incluyeran estrategias para abordar la degeneración macular relacionada con la edad y aprender más acerca de la epidemiología, el seguimiento y la prevención de complicaciones oculares relacionadas con el uso de lentes de contacto. Se solicitó más información sobre la forma en que se financiaría el plan; se consideró que una parte del financiamiento disponible a nivel mundial para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales debía ponerse a disposición de la Región.

149. El doctor Silva respondió que un equipo de organizaciones internacionales estaba ayudando a financiar el plan y, por consiguiente, su financiamiento no dependería exclusivamente de fondos ordinarios de la OPS. Para aclarar la relación del plan de la OPS con el plan de acción mundial de la OMS, explicó que, en las Américas, el centro de interés era más bien controlar ciertas enfermedades (retinopatía de la prematuridad, retinopatía diabética, glaucoma), mientras que el plan de la OMS estaba más orientado al fortalecimiento de los sistemas de salud. La degeneración macular relacionada con la edad no estaba comprendida en el plan porque actualmente no había ningún tratamiento eficaz y, por lo tanto, no se prestaba a intervenciones de salud pública; sin embargo, se seguiría vigilando su prevalencia. Reconoció que la Región afrontaba retos en tres áreas importantes: el bajo número de intervenciones quirúrgicas para catarata efectuadas por los servicios oftálmicos públicos, la ineficacia de los programas que suministraban anteojos a escolares y la falta de servicios de rehabilitación y capacitación para pacientes con baja visión funcional. Las soluciones consistían, respectivamente, en ofrecer capacitación para la cirugía de catarata y vigilar los resultados de la visión, usar mejores criterios para seleccionar a los niños que iban a recibir anteojos y darles seguimiento para cerciorarse de que los usaran, e incluir la baja visión funcional como categoría de diagnóstico en la

undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) para que los pacientes con ese diagnóstico pudieran ser remitidos a los servicios apropiados.

150. La Directora comentó que se necesitaba un cambio de táctica para reducir la prevalencia de las deficiencias visuales en la Región. Los países debían tratar de descentralizar los servicios preventivos y clínicos e incorporarlos en el primer nivel de atención. El costo de algunos servicios como la cirugía de catarata sería mucho menor en instalaciones comunitarias sencillas en comparación con los hospitales. La cooperación técnica entre los países permitiría intercambiar enseñanzas entre los países que habían descentralizado sus servicios. Los servicios preventivos debían utilizar los programas de salud escolar para detectar a los niños con deficiencias visuales e instarles a que usaran anteojos.

151. El proyecto de resolución contenido en el documento CE154/18 fue modificado a fin de que reflejara las sugerencias formuladas en el curso del debate del Comité y fue aprobado como resolución CE154.R9.

Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (documento CE154/19)

152. El doctor Ciro Ugarte (Director Interino, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP), al presentar el proyecto de plan de acción, señaló que, además de su gran impacto en el bienestar físico, mental y social de las poblaciones afectadas, los desastres también acentuaban las desigualdades y las inequidades, en particular en las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidades o que vivían en situaciones de vulnerabilidad. Gracias al compromiso y el arduo trabajo de los Estados Miembros en el campo de los preparativos para casos de desastre, la mayoría de los países de las Américas ahora tenían la capacidad para responder a emergencias o desastres de escala moderada usando sus propios recursos humanos y materiales. Los Estados Miembros también habían contribuido al establecimiento del Centro de Operaciones de Emergencia en la sede de la OPS. Sin embargo, cuando se producían desastres de mayor magnitud, seguía siendo necesario contar con asistencia internacional para complementar la acción de los países afectados.

153. El objetivo del plan de acción propuesto era fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para coordinar tanto la recepción como el suministro de ayuda humanitaria internacional. El plan abordaría tres áreas estratégicas, que se describían de forma pormenorizada en el documento. También contribuiría al logro de las metas I y IX del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 relativas al impacto. El seguimiento y la evaluación del plan se ceñirían al marco de gestión basada en resultados de la Organización.

154. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto y señaló que sus objetivos eran extremadamente pertinentes dada la gran vulnerabilidad de ciertos grupos y las consecuencias del cambio climático. Los delegados consideraron que las actividades previstas en el plan ayudarían a las autoridades locales a coordinar eficazmente la distribución de los suministros recibidos a fin de reducir al mínimo la duplicación y lograr que la ayuda llegara a las poblaciones afectadas; el plan también contribuiría a la

tarea esencial de fortalecer y ampliar las asociaciones estratégicas para la cooperación internacional en la prestación de ayuda humanitaria rápida y eficaz en materia de salud.

155. Los delegados recibieron con beneplácito el hecho de que el plan de acción partiera de los grandes avances realizados por la Oficina y los Estados Miembros en el desarrollo de su capacidad de prevención y respuesta a desastres y destacaron la necesidad de armonizar los nuevos procesos y mecanismos de coordinación del plan con los sistemas nacionales de manejo de emergencias y con el sistema internacional de respuesta humanitaria. Recalcando que el plan de acción era voluntario y no tendría éxito si trataba de imponer una acción obligatoria, algunos miembros del Comité advirtieron que no debía darse la impresión de que las metas enumeradas eran vinculantes para los Estados.

156. Se sugirió que el plan de acción tuviera un aspecto preventivo además de un aspecto relacionado con la respuesta. Un enfoque preventivo reduciría el impacto futuro de los desastres incluso antes de que se produjeran y tendría características tales como el fortalecimiento de los sistemas nacionales de protección civil, la ampliación de la estrategia de hospitales seguros y capacitación para los equipos de salud en la reducción, mediante el juego, del impacto mental de los desastres en los niños.

157. Varios delegados sugirieron que se cambiaran las referencias a los “equipos médicos” que se hacían en el plan y en el proyecto de resolución contenidos en el documento CE154/19, reemplazándolas con “equipos de salud”, a fin de reflejar el enfoque multidisciplinario necesario. También se propuso que tales equipos recibieran capacitación de acuerdo con las normas internacionales, incluidas las del Proyecto Esfera. Se consideraba importante indicar una fuente de fondos para los viajes de los profesionales que integraban los equipos internacionales y cerciorarse de que tuvieran cobertura de seguro médico y de vida, ya que viajarían a zonas de riesgo. También se consideró importante establecer la rendición de cuentas de tales equipos.

158. Se solicitó más información acerca del mecanismo flexible que estaba proponiéndose para el registro de equipos médicos extranjeros y del propósito de dicho registro. También se pidió más información sobre el establecimiento de la red de salud para emergencias y desastres en las Américas, en particular si ya había una idea de las funciones y responsabilidades de los miembros de la red o si eso se abordaría después de establecerla. Se sugirió que se planificara una evaluación de la red a fin de determinar las enseñanzas extraídas durante una emergencia real. También se sugirió que el plan de acción se ejecutara inicialmente en forma de proyecto piloto, con un número pequeño de Estados Miembros que estuvieran interesados, para probar y validar las acciones propuestas y las tres áreas estratégicas.

159. Se señaló que, aunque en el anexo B del documento CE154/19 decía que no se necesitaría personal adicional para ejecutar el proyecto de resolución, también se indicaba que se contrataría un coordinador de logística. Se pidió que se aclararan las funciones de esa persona. En concreto, se preguntó si un aspecto de su trabajo sería la coordinación con el trabajo de la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios. También se señaló que, tras las conversaciones sobre el tema en el 2012 durante la 28.^a

Conferencia Sanitaria Panamericana,¹² los costos estimados habían aumentado alrededor de \$30.000 al año. Se le pidió a la Oficina que explicara el aumento y que indicara cómo se movilizarían los fondos voluntarios necesarios y qué medidas se habían adoptado para hacer frente a imprevistos en caso de que no pudieran recaudarse suficientes fondos.

160. El doctor Ugarte recibió con beneplácito el apoyo y el acuerdo expresados por los Estados Miembros. Refiriéndose a las observaciones sobre los equipos de médicos extranjeros, explicó que el objetivo era que los profesionales interesados en responder a desastres se adhirieran a una norma de atención médica. Actualmente no había ninguna norma común para la atención aplicable a tales profesionales, aunque se estaba trabajando en el concepto a nivel mundial. También explicó que todo el personal movilizado por la Organización para responder a desastres estaba cubierto por un seguro de salud y contra accidentes y que la garantía de tal cobertura formaría parte del mecanismo de registro que se establecería en el marco del plan de acción.

161. La Directora subrayó la importancia del plan de acción para la Región. Con el cambio climático, cabía prever que los desastres y las emergencias iban a volverse más frecuentes y graves. Tales sucesos crearían grandes presiones para los recursos nacionales, especialmente en el caso de las islas del Caribe, algunos países centroamericanos y todos los países prioritarios. Esa era la justificación del establecimiento de asociaciones y redes de países de la Región, además de fortalecer la capacidad de la Organización para trabajar con otros organismos que proporcionaban ayuda humanitaria. Había que hacer hincapié en el fortalecimiento de la capacidad a nivel nacional y, en particular, a nivel local, ya que las personas de la localidad serían las primeras en llegar a la escena de un desastre. Observando que la OPS había enviado equipos a las Filipinas para proporcionar asistencia tras el tifón Hayan, dijo que la Organización estaba lista para brindar asistencia a nivel regional, nacional o local, dondequiera que se necesitara.

162. El proyecto de resolución contenido en el documento CE154/19 fue enmendado a fin de reflejar las observaciones y sugerencias formuladas durante las deliberaciones del Comité y fue aprobado como resolución CE154.R11.

Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CE154/20, Rev. 1)

163. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP), al presentar el documento CE154/20, Rev. 1, recordó que el derecho a la salud se había concebido y acordado en 1946 como un principio internacional fundamental de la Constitución de la OMS, que reconocía que "...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos básicos de todo ser humano...". Agregó que desde entonces, muchos países habían ratificado los tratados y los instrumentos internacionales que reconocían el derecho a la salud, consagrado también en las constituciones de 19 Estados Miembros de la OPS.

164. A lo largo de varios años, los Cuerpos Directivos de la OPS habían aprobado numerosas resoluciones que instaban a los Estados Miembros a que formularan, ejecutaran,

¹² Véanse el documento CSP28/13 y la resolución CSP28.R19 (2012).

modificaran o reformaran las leyes y los reglamentos relacionados con diversas cuestiones de salud pública. El Plan Estratégico 2014-2019 también establecía el uso de marcos legales y normativos como mecanismos clave para abordar una variedad de temas, entre otros, las enfermedades no transmisibles, los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal de salud. Aunque los Cuerpos Directivos habían establecido algunas directrices técnicas y principios generales acerca de la formulación y la reforma de las leyes nacionales en relación con los problemas de salud, no habían identificado específicamente de qué forma la Oficina Sanitaria Panamericana podría apoyar a los Estados Miembros con ese propósito y, por consiguiente, se consideraba importante presentar líneas específicas de acción en un documento técnico único con una resolución de respaldo.

165. La estrategia propuesta compilaba los diversos mandatos sobre las leyes relacionadas con la salud que se encontraban en las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos en los 10 años anteriores; examinaba las categorías de las leyes relacionadas con la salud y sus principales vínculos con las políticas de salud pública; además, se identificaban las tendencias y los retos principales observados entre el 2004 y el 2013. Una de esas tendencias había sido un número cada vez mayor de solicitudes de ayuda técnica procedentes de ministerios de salud, legislaturas, tribunales y oficinas de derechos humanos en los Estados Miembros para la formulación o la reforma de leyes, normas y reglamentos relacionados con la salud.

166. En el documento CE154/20, Rev. 1, se presentaba una propuesta de los valores, la visión, la finalidad, los objetivos y las líneas estratégicas de acción de la estrategia. Incluía seis líneas estratégicas de acción que los países podrían llevar a la práctica según fuese apropiado dentro de sus respectivos marcos jurídicos nacionales.

167. En el debate que siguió, algunos delegados apoyaron firmemente la estrategia y la resolución propuestas, que en su opinión eran pragmáticas y permitirían a los Estados Miembros, con apoyo de la Oficina, identificar los objetivos y actividades necesarios para fortalecer sus leyes de manera que aseguraran el acceso a la atención de salud sin discriminación, apoyaran la organización de servicios de salud, ejecutaran los principios establecidos de acuerdo a las políticas públicas, y fortalecerían la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores. También se consideraba que las actividades previstas de acuerdo con la estrategia ayudarían a proteger el derecho a la salud, apoyarían la adopción de un enfoque de salud en todas las políticas y contribuirían al logro de la cobertura universal de salud. Se expresó agradecimiento a la Oficina por el apoyo que ya había brindado para fortalecer la legislación relacionada con la salud en los Estados Miembros, en particular en el área de control del tabaco.

168. Otros delegados, si bien reconocían el esfuerzo dedicado a establecer un marco para la cooperación técnica en el ámbito de las leyes relacionadas con la salud, encontraban que la estrategia era quizás demasiado ambiciosa y de alcance muy amplio, con potencial para duplicar los esfuerzos de la Oficina en otras esferas. Por ejemplo, una delegada notaba una superposición considerable entre algunos objetivos de la estrategia y los del plan de acción propuesto para la salud en todas las políticas (véanse párrafos 134 a

145 anteriores). Varios delegados también consideraban que el objetivo práctico de la estrategia y las funciones de la Oficina no estaban totalmente claros, y algunos cuestionaron si la Oficina contaba actualmente con la pericia y los recursos humanos necesarios para prestar el grado y los tipos de cooperación técnica contemplados en la estrategia.

169. Se señaló que había una falta de convergencia entre la estrategia, que se centraba en las acciones que llevaría a cabo la Oficina y el proyecto de resolución que figuraba en el documento CE154/20, Rev.1, centrado principalmente en medidas que debían tomar los Estados Miembros para hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Se consideraba que esa definición de los derechos humanos iba más allá del mandato y la competencia de la Organización. Una delegada dijo que la estrategia estipulaba en forma errónea el derecho a la salud y lo fusionaba de manera inapropiada con todas las leyes atinentes a la salud pública y otras intervenciones relacionadas con la salud y que se refería indistintamente a documentos de intenciones, no vinculantes y a tratados que sí eran vinculantes para los Estados Parte.

170. Se destacó que la Oficina debía brindar asistencia técnica solo previa solicitud y de conformidad con el contexto y las necesidades de los Estados Miembros; de lo contrario, podría considerarse como una intromisión en los derechos soberanos que tienen los países de adoptar sus propias leyes y políticas y de elegir si desean o no poner en práctica las recomendaciones que emanan de la OPS y OMS. La sistematización de la información sobre las leyes relacionadas con la salud para facilitar el intercambio de experiencias y la determinación de las mejores prácticas se consideraba como otra función importante para la Oficina. Se señaló que la sistematización de los mandatos de los Cuerpos Directivos y de las resoluciones ayudaría a evitar la repetición de los debates y la generación de nuevos mandatos sobre los temas que ya se habían tratado.

171. Varios delegados subrayaron la necesidad de hacer hincapié en la formación de capacidad, especialmente a nivel local, aunque se señaló que algunos países ya tenían suficiente capacidad implantada. También se observó que la incapacidad para aprobar leyes encaminadas a la promoción y la protección de la salud, a menudo era el resultado de la resistencia política, no de falta de capacidad. Se consideraba que la Oficina debía asignar prioridad al apoyo a los Estados Miembros para permitirles cumplir con sus obligaciones legales internacionales vinculantes, y para hacer cumplir las leyes y los reglamentos pertinentes, de conformidad, por ejemplo, con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Se recomendó que se hiciera mención explícita de estos últimos en la estrategia. También se alentó a la Oficina a que ayudara a los países a utilizar las flexibilidades disponibles según el Acuerdo de Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para aumentar el acceso a los medicamentos y otros recursos de salud. También se consideraba importante la asistencia técnica con relación a los efectos sanitarios posibles de los acuerdos de libre comercio.

172. Un delegado pidió aclaración acerca de si la Oficina tenía la intención de proponer un plan de acción con indicadores para medir los resultados de la aplicación de la

estrategia e hizo hincapié en la creciente dificultad que se planteaba a los Estados Miembros para responder a las solicitudes de datos sobre las numerosas estrategias y planes de acción adoptados por los Cuerpos Directivos.

173. Habida cuenta de las inquietudes expuestas durante el debate, varias delegaciones solicitaron que se hicieran consultas acerca de la estrategia entre las reuniones de los Cuerpos Directivos y que la Oficina, teniendo en cuenta las observaciones recibidas, elaborara una estrategia revisada para su consideración por el 53.º Consejo Directivo. El Comité decidió formar un grupo de trabajo con miras a lograr el consenso sobre un proyecto de resolución que se recomendaría al Consejo Directivo y a iniciar conversaciones sobre las revisiones a la estrategia. El Salvador ofreció presidir el grupo de trabajo. Varias delegaciones indicaron que presentarían otras observaciones escritas sobre la estrategia y el proyecto de resolución.

174. La doctora Jiménez recalcó que la Oficina no tenía ninguna intención de infringir alguna vez el derecho soberano de los Estados a adoptar sus propias disposiciones y marcos legales. En efecto, la estrategia se apoyaba en la premisa de la comprensión fundamental de que las medidas tomadas por los Estados Miembros en el ámbito legal tenían que estar de acuerdo con sus marcos jurídicos respectivos y las obligaciones que ya habían contraído. Había escuchado atentamente las observaciones y las sugerencias de los Estados Miembros y esperaba con interés trabajar con ellos para llegar al consenso en una versión revisada de la estrategia que se presentaría al Consejo Directivo. La Oficina incorporaría las diversas modificaciones sugeridas, entre otras las referencias a las flexibilidades del ADPIC y otros temas de propiedad intelectual. También seguiría apoyando a los Estados Miembros que solicitaran ayuda para la formulación y la aplicación de la legislación relativa al tabaco. En respuesta a las preguntas sobre la disponibilidad de recursos humanos para aplicar la estrategia, informó que además de fusionar los diversos mandatos y las líneas de acción que tuvieran que ver con la ley relacionada con la salud, en el último año la Oficina también había consolidado bajo una sola área técnica al personal que antes se encontraba disperso en diversos departamentos. Estaba segura de que la Oficina contaba con recursos humanos suficientes para prestar cooperación técnica acerca de las leyes relacionadas con la salud cuando era solicitada por los Estados Miembros.

175. La Directora afirmó que de ninguna manera la Oficina buscaba infringir los derechos o responsabilidades de los Estados Miembros y estuvo de acuerdo en que era importante aclarar las funciones que los Estados Miembros deseaban que desempeñara la Oficina con respecto a la legislación relacionada con la salud. Observó que la Oficina había formulado la estrategia en respuesta a solicitudes de los Estados Miembros, muchos de los cuales estaban intentando resolver asuntos legales y reglamentarios serios relativos a la salud, acceso a la atención de salud, control del tabaco, y otros asuntos que afectaban la capacidad de la gente para gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

176. El Comité Ejecutivo no pudo llegar al consenso sobre un proyecto de resolución que se recomendaría al Consejo Directivo. Algunos miembros opinaron que cualquier decisión relacionada con el tema debía diferirse hasta el 2015 para dejar más tiempo para

la consulta entre los Estados Miembros; otros señalaron que el grupo de trabajo había progresado satisfactoriamente hacia el consenso y consideraban que sería posible estar de acuerdo sobre una versión revisada de la estrategia antes del 53.º Consejo Directivo. El Comité estuvo de acuerdo en último término en que el tema se mantendría en el orden del día provisional del Consejo Directivo; luego el Consejo podría tomar decisiones, según el resultado de las consultas efectuadas entre las sesiones, si seguir adelante con su consideración del tema o diferirla hasta el 2015. Si se decidía proceder, un Estado Miembro o grupo de Estados Miembros podría proponer un proyecto de resolución en ese momento.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE154/21, Rev. 1 y Add. I)

177. El señor Michael Lowen (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP), observando que el documento CE154/21, Rev. 1 y Add. I presentaba información sobre las contribuciones recaudadas al 9 de junio del 2014, informó que desde esa fecha la Oficina había recibido otros pagos por la cantidad de \$18.108 de Costa Rica y \$89.466 de Paraguay. Como resultado de la estrategia de la Oficina para aumentar la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas y el compromiso demostrado por los Estados Miembros con el trabajo de la Organización, se había recaudado el 96% de las contribuciones atrasadas, lo que dejaba un saldo pendiente de \$1,6 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.

178. Dieciocho Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus contribuciones actuales. Sin embargo, esos pagos ascendían solamente a \$26,3 millones, es decir, 24,9% de la cantidad total adeudada para el 2014. Como resultado, la Oficina se había visto obligada a utilizar el Fondo de Trabajo y otros recursos internos para financiar la ejecución de sus actividades. El saldo del Fondo de Trabajo al 31 de diciembre del 2013 había sumado \$15,9 millones. La Directora había restaurado el Fondo a su nivel autorizado de \$20 millones luego del reintegro de un préstamo que se había hecho al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, pero hasta la fecha, los desembolsos del presupuesto ordinario del 2014 sumaban \$34,7 millones. Las contribuciones señaladas recibidas habían sido insuficientes para cubrir esa cantidad y, en consecuencia, el Fondo de Trabajo ahora se había agotado completamente.

179. La Directora confirmó que la Oficina enfrentaba serias dificultades financieras resultantes de los retrasos en el pago de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Expresó su agradecimiento a los Estados Miembros que habían pagado sus contribuciones señaladas para el año e instaba a aquellos que todavía no habían efectuado pagos correspondientes al año en curso a que tomaran todas las medidas posibles para hacerlo.

180. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R1, en la que se agradecía a los Estados Miembros que habían hecho pagos para 2014 y años anteriores e instaba a otros Estados Miembros a que pagaran todas sus contribuciones pendientes cuanto antes.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013 (documento oficial 347)

Informe financiero del Director correspondiente al 2013

181. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen del Subcomité de una versión preliminar, no auditada del Informe Financiero, señaló que el Subcomité había expresado inquietud acerca de la insuficiencia en el rubro ingresos varios y los atrasos en el pago de las contribuciones señaladas y había instado a la Oficina a que continuara con sus esfuerzos para recaudar las contribuciones pendientes.

182. El señor Michael Lowen (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros OSP) presentó aspectos destacados del Informe Financiero del Director, que revelaban que la situación financiera de la Organización seguía siendo fuerte, a pesar de las dificultades creadas por el entorno económico mundial y el financiamiento de las obligaciones de largo plazo tras la separación del servicio. Los ingresos totales consolidados para el 2013 habían ascendido a \$1,14 mil millones, un aumento de 16% con respecto al 2012. El aumento se debió principalmente a mayores ingresos de los fondos de compras de la Organización, especialmente del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, así como a un aumento de las contribuciones voluntarias de la OPS para los programas de salud pública de varios años de duración.

183. El presupuesto ordinario había subido de \$137,6 millones en el 2012 a \$140,6 millones en el 2013, incluidos \$96,2 millones de las contribuciones señaladas de la OPS, \$42,5 millones de la OMS y \$1,9 millones en ingresos varios. La última cifra era de \$1,4 millones por debajo de la cifra del 2012 que fue de \$3,3 millones y muy por debajo de la cantidad presupuestada de \$6 millones. Las bajas tasas de interés a nivel mundial siguieron reduciendo los intereses devengados en la cartera de inversiones de la Organización, que sumaba aproximadamente \$620 millones. Las contribuciones señaladas todavía pendientes a fines del 2013 sumaban aproximadamente \$39 millones. Debido al déficit presupuestario bienal, el Fondo de Trabajo se había reducido en \$4,1 millones al 31 de diciembre del 2013, lo que dio lugar a un saldo de \$15,9 millones.

184. En el 2013, los gastos consolidados habían alcanzado un poco más de \$1,1 mil millones. Las actividades de compras en nombre de los Estados Miembros representaron \$581 millones de esa cantidad y los gastos por las actividades financiadas por contribuciones voluntarias nacionales sumaban \$287 millones.

Informe del auditor externo para el 2013

185. El señor Javier Medina Guijarro (Tribunal de Cuentas de España), al presentar el informe del Auditor Externo, dijo que, en su segundo año como Auditor Externo de la Organización, el Tribunal de Cuentas de España había seguido aprendiendo acerca de la OPS, sus procedimientos y el entorno en el cual funcionaba, lo que le había dado una mayor comprensión de los retos y riesgos que enfrentaba la Organización. Se había esforzado en adaptar sus recomendaciones a las necesidades de la OPS y en conseguir que representaran un verdadero valor agregado para la Organización.

186. Un equipo que constaba de 11 auditores había hecho dos visitas a la sede de la OPS y también había visitado las representaciones de la OPS/OMS en Brasil, México y Panamá, así como el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). Los miembros del equipo también habían participado en la Séptima y Octava sesiones del Comité de Auditoría de la OPS. Como resultado de ese trabajo, el Auditor Externo había preparado los documentos que comprendían el informe del Auditor Externo que figura en el *Documento Oficial 347*. Las conclusiones más significativas del trabajo del Auditor Externo se encontraban en el Informe detallado sobre la auditoría de los Estados Financieros del 2013 y en el Dictamen e Informe del Auditor Independiente presentados al Consejo Directivo. Le complacía informar que el Auditor Externo había publicado un dictamen de auditoría sin reservas acerca de los estados financieros de la Organización para el 2013.

187. El señor Miguel Ángel Sánchez del Águila (Tribunal de Cuentas de España), al destacar las cifras del examen financiero contenido en Informe detallado, señaló que la Organización había sufrido una pérdida neta de \$2,66 millones en el 2013, mientras que en el 2012 había tenido un excedente de \$8,875 millones. Aunque los ingresos totales habían aumentado en 16,4%, al pasar de \$978,5 millones en el 2012 a \$1.139,4 millones en el 2013, el gasto había aumentado de \$969,7 millones a \$1.142,1 millones. Según había observado el señor Lowen, el crecimiento de los ingresos se debió principalmente a los aumentos de los ingresos para los fondos de adquisiciones, que representaban 52% de los ingresos de la Organización y de las contribuciones voluntarias nacionales, en particular para el proyecto *Mais Médicos* en Brasil, para el que la OPS había recibido \$159,8 millones en el 2013. El activo corriente había disminuido en \$88,7 millones, y aunque la OPS tenía recursos suficientes para cumplir con sus obligaciones financieras actuales, esos activos deberían vigilarse cuidadosamente para asegurar la estabilidad financiera de la Organización.

188. Luego resumió las recomendaciones propuestas en el Informe, que incluían la formulación de un plan de contingencia para mitigar los riesgos asociados con el proyecto de *Mais Médicos*, en particular las demandas y otros problemas legales; medidas para mejorar el cumplimiento de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS), especialmente en algunas oficinas en los países; medidas para asegurar que el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) se terminara a tiempo y contar con suficientes recursos humanos y financieros para el funcionamiento del sistema; un examen de todas las cartas de acuerdo y el

establecimiento de fechas límite para su cierre, así como la formulación de una nueva política encaminada a evitar el uso indebido de esos acuerdos; además de medidas para evitar el gasto excesivo de los recursos al final de un período presupuestario, garantizar el uso más eficaz de los recursos y conseguir el mejor valor por el dinero. Con respecto a la aplicación de las recomendaciones anteriores, el Auditor Externo expresó satisfacción porque la Oficina estaba adoptando medidas para abordar los problemas mencionados, en particular en cuanto al proyecto del PMIS, que era una prueba de su compromiso para mejorar sus sistemas y procedimientos de gestión y control.

189. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el dictamen de auditoría sin reservas. Se expresó inquietud debido a que la Organización había concluido el bienio 2012-2013 con un déficit de \$2,66 millones y se instó a la Oficina a que adoptara las medidas necesarias para velar por la continuidad de las actividades y los proyectos con miras a mejorar la eficiencia de la gestión y aumentar la movilización de recursos. También se observó la disminución en el activo corriente y se solicitó a la Oficina que suministrara información sobre lo que podría esperarse en el ejercicio financiero del 2014; en particular, se pidió información acerca del monto de la insuficiencia en los ingresos varios, de la disminución en las contribuciones voluntarias y de los retrasos en la recaudación de las contribuciones señaladas que estaban repercutiendo en las actividades de la Organización. Se pidió una actualización sobre el recibo por la OPS de las contribuciones voluntarias de la OMS y se pidió a la Oficina que formulara observaciones sobre las medidas que tomarían los Estados Miembros para asegurar que la Región recibiera su proporción asignada de dichas contribuciones. Se instaba a la Oficina a que siguiera la recomendación del Auditor Externo de que se tomaran medidas en los próximos tres a cinco años para afrontar el desafío de cumplir con el pago de las prestaciones de los empleados a largo plazo, en particular del seguro de enfermedad tras la separación del servicio.

190. Se expresó preocupación acerca de los retrasos repetidos en la ejecución del proyecto del PMIS, aunque se reconoció que la situación había mejorado en el 2013. Se señaló que los cambios en el cronograma del proyecto habían dado lugar a aumentos en los costos que hicieron que el proyecto excediera su presupuesto en unos \$2,2 millones. Se instó a la Oficina a que se asegurara de que se adquiriera todo el software necesario para cumplir los futuros plazos de ejecución. También se alentó a la Oficina a que tomara todas las medidas necesarias para que el sistema de gestión de riesgos institucionales funcionara a cabalidad. Se solicitó información acerca de la manera en que la Oficina se proponía financiar la inversión necesaria para las mejoras de las computadoras y se pidió la confirmación de que el dinero ya gastado para esa finalidad se había usado con sensatez.

191. El Delegado del Brasil señaló que todas las demandas entabladas contra el proyecto *Mais Médicos* habían sido desestimadas e informó que el plan para imprevistos recomendado se había llevado a la práctica en julio del 2013. El proyecto, que había dado acceso a la atención primaria de salud a 50 millones de brasileños que antes carecían de ella, contaba con el apoyo de 80% de la población del país.

192. El señor Sánchez del Águila afirmó que las aplicaciones de software actuales de la Oficina estaban desactualizadas y no eran apropiadas para preparar y mantener los

registros financieros exigidos por las IPSAS. Por consiguiente, era esencial mejorar el software y poner en práctica el nuevo sistema de información gerencial cuanto antes.

193. El señor Lowen dijo que la reducción del activo corriente no planteaba un problema para el manejo del pasivo circulante y garantizó al Comité que la Oficina estaba vigilando la situación atentamente. También estaba vigilando estrechamente la ejecución del proyecto del PMIS. Su departamento estaba implantando el componente de nómina de sueldos y estaba dando apoyo a la puesta en práctica del componente de recursos humanos. El componente de finanzas se implementaría en el 2015.

194. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) señaló que se presentaría más información sobre el proyecto del PMIS y una propuesta a fin de que las necesidades de financiamiento para esa iniciativa y varias otras se presentaran bajo puntos separados del orden del día (véanse “Estado y Nivel Autorizado del Fondo de Trabajo”, párrafos 219 a 227 y “Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP”, párrafos 235 a 242, a continuación).

195. La Directora agregó que se presentaría más información sobre el seguro de salud tras la separación del servicio bajo otro punto del orden del día (véanse párrafos 212 a 218 más abajo). Deseaba asegurar a los Estados Miembros que la Oficina tenía el compromiso de velar por que la OPS siguiera siendo apta para sus fines y económicamente viable. La Oficina estaba también comprometida a poner en práctica las recomendaciones del Auditor Externo, el Auditor Interno y el Comité de Auditoría, y tenía un sistema implantado para llevar a cabo un seguimiento del progreso. La aplicación eficaz de muchas de esas recomendaciones dependía de la ejecución del PMIS. En ese sentido, señaló que el proceso de sustitución del personal estaba casi completo y que la Oficina estaba cumpliendo el cronograma para la ejecución presentado a los Estados Miembros en el 2013. Se había previsto que el componente de recursos humanos estuviese listo totalmente para enero del 2015 y el componente de nómina de sueldos para diciembre del 2015. Se había emitido una solicitud de ofertas para la compra del software necesario para el módulo de tesorería y el proceso de selección estaba en marcha.

196. Era cierto que los costos del proyecto del PMIS habían sido más altos que lo previsto en el presupuesto aprobado en el 2010, pero esos costos adicionales habían sido inevitables cuando el software y los sistemas tuvieron que hacerse a la medida para satisfacer las necesidades de la Organización y, en el 2010, había sido imposible predecir con exactitud cuáles serían esos costos. Observó que la Oficina había tenido éxito al negociar varios contratos por cantidades menores a las asignadas y le aseguró al Comité que estaba haciendo lo necesario para mantener el gasto total lo más cerca posible del presupuesto original de \$20,3 millones.

197. Recientemente, un consultor del Centro Internacional de Cálculos Electrónicos de las Naciones Unidas había evaluado los sistemas de computación de la Oficina y había determinado que se necesitaban mejoras importantes, no solo para la ejecución del PMIS sino para superar la insuficiencia crónica de inversiones en tecnología de la información, como resultado de la cual la OPS actualmente se encontraba clasificada en el nivel más

bajo de la escala de madurez en tecnologías de la información de Gartner Enterprise. Se había pedido al consultor que indicara lo que debía hacerse de inmediato para mantener los sistemas de computación en funcionamiento y proponer un enfoque escalonado para mejorarlos y permitir a la Oficina funcionar a cabalidad. La Oficina prepararía un informe para la próxima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y una propuesta para el financiamiento de las mejoras necesarias.

198. Con respecto a otras recomendaciones del Auditor Externo, indicó que se había contratado a otro funcionario para apoyar el proceso de gestión de riesgos institucionales y que se habían hecho cambios para mejorar la identificación, la evaluación y la mitigación de los riesgos. Con respecto a las cartas de acuerdo, muchas de las que todavía estaban abiertas eran acuerdos con Estados Miembros que se remontaban hasta 2004, y para las que todavía no se habían recibido los informes finales exigidos. La Oficina estaba analizando la forma de cerrar los acuerdos en aquellos casos en que era evidente que el informe nunca llegaría y también estaba simplificando el uso de esos acuerdos para mantener un control más estricto de los gastos. Para mitigar cualquier riesgo legal futuro asociado con el proyecto *Mais Médicos*, la Oficina estaba adoptando medidas destinadas a mejorar los controles internos, entre otras, la contratación de un funcionario responsable del cumplimiento y otro de finanzas, el fortalecimiento del componente de evaluación y de seguimiento del proyecto y designación de un director del proyecto dedicado exclusivamente a *Mais Médicos*. Señaló que todo el financiamiento del proyecto, incluidos los costos directos e indirectos, lo estaba aportando el Gobierno del Brasil.

199. En cuanto a la repercusión de la disminución de las contribuciones voluntarias y los ingresos varios, la Oficina había previsto un déficit de entre \$40 y \$50 millones, o quizás aun más, en el presupuesto bienal. Con la finalidad de reducir los costos del presupuesto ordinario, la Oficina había tomado medidas para reducir el componente de recursos humanos del presupuesto, como congelar puestos, no llenar las vacantes y reducir el número de consultores de corto plazo que se contratan. Sin embargo, la escala de las reducciones, unida a la disminución en las contribuciones voluntarias, estaba afectando seriamente la capacidad de la Oficina de prestar cooperación técnica a los mismos niveles que en el pasado. Según se observó en párrafos anteriores (véase párrafo 63), la Oficina estaba trabajando muy de cerca con la Fundación de la OPS y los representantes de la OPS/OMS para impulsar la movilización de recursos.

200. Hasta el momento, la Región de las Américas no había recibido ninguna contribución voluntaria de la OMS para el 2014 aunque, como resultado del diálogo financiero, el presupuesto de la OMS ya estaba financiado en casi 90%. Sin embargo, la Región no estaba sola. La Directora General todavía no le había asignado ningún financiamiento voluntario a ninguna de las regiones. La participación activa continua de los Estados Miembros de las Américas en los debates de asignaciones presupuestarias iba a ser importante para lograr que la Región recibiera una proporción justa del presupuesto de la OMS y que su propio presupuesto cuente con los recursos adecuados.

201. Como ya los Estados Miembros sabían, históricamente la Región había recibido solo cerca de la mitad de su asignación de las contribuciones voluntarias de la OMS y un

nivel significativamente inferior de los fondos del presupuesto ordinario de la OMS, en comparación con otras regiones. Eso se debía, en parte, a que la OPS también recibía contribuciones señaladas directamente de sus Estados Miembros, y ese hecho se tenía en cuenta al determinar la asignación de la OMS a la Región. Sin embargo, como ella había subrayado continuamente en los debates con el personal de la OMS, los Estados Miembros de las Américas también hacían aportes al presupuesto de la OMS y la Región había efectuado una contribución considerable a los logros y los resultados mundiales presentado por la OMS.

202. Con relación a las contribuciones voluntarias, era importante comprender que cuando esas contribuciones provenían de otras regiones estas se contaban como parte de la asignación de contribuciones voluntarias de la OMS. Por otro lado, las contribuciones voluntarias que se hacían directamente a la OPS no se contaban como parte de las asignaciones de la OMS; sin embargo, algunas personas en la Secretaría de la OMS opinaban que sí debían contarse.

203. Agradeció a los Estados Miembros su profundo y constante interés en la salud financiera de la Organización.

204. El Comité tomó nota de los informes.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE154/22)

205. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP), al destacar los puntos principales del informe, dijo que en los párrafos 1 a 12 se abarcaban los antecedentes del trabajo del asesor independiente de la Oficina, incluidos sus recursos; en los párrafos 13 a 37 se resumían los resultados y las recomendaciones de las auditorías temáticas y las auditorías de las representaciones en los países y los centros panamericanos efectuadas durante el año; en los párrafos 38 a 40 se describía la naturaleza evolutiva del trabajo de la Oficina, de acuerdo con desarrollos paralelos en la función de evaluación de la OMS; en los párrafos 41 a 45 se informaba sobre el estado de ejecución de las recomendaciones de la Oficina, mientras que en los párrafos 46 a 51 se presentaba la opinión general de la Oficina sobre el ambiente interno de control de la Oficina, que parecía haber mejorado gradual pero notoriamente en los últimos meses.

206. El Comité recibió con beneplácito la labor de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, expresando su agradecimiento por las evaluaciones temáticas y las propias de cada país. Al observar que la Directora y sus colegas estaban haciendo grandes esfuerzos para atender las recomendaciones que surgían de esas evaluaciones, el Comité los alentaba a concluir ese proceso rápidamente.

207. Una delegada pidió más información sobre el tema de los pasivos no financiados para los pagos por separación del servicio para el personal contratado a través de agencias de colocaciones, en particular en la Representación en Honduras. Preguntó bajo qué

arreglos se había contratado a ese personal, si se estaba usando como consultores y por qué no se habían presupuestado con antelación los pagos por separación del servicio. La misma delegada mencionó la opinión de la Oficina de Supervisión Interna de que el programa de libros de texto, PALTEX, no debía ampliarse hasta que la gerencia no hiciera una evaluación integral del programa, en particular ya que en el informe de la Oficina de Ética (véanse párrafos 29 a 36 anteriores) se mencionaba robos y pérdidas detectadas en el programa que ascendían a \$79.000.

208. El señor O'Regan dijo que el tema de los pagos por separación del servicio adeudados a empleados contratados por intermedio de agencias de colocaciones tenía que ver con el descubrimiento de que, en algunos casos, las obligaciones no acumuladas que tenían que registrarse con las IPSAS no siempre se habían incluido en los estados financieros. El caso de Honduras era uno de varios, pero entendía que la administración ya había hecho un estudio de todas las oficinas para identificar esas obligaciones, de conformidad con las IPSAS. El derecho a las prestaciones por separación del servicio se regía en gran medida por los requisitos reglamentarios y legales de los diversos países, en algunos de los cuales los empleados contratados por medio de agencias y que trabajan por períodos largos en una organización podrían adquirir derechos similares a los de los funcionarios.

209. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que el personal contratado por medio de agencias trabajaba en tareas de apoyo administrativo, no como consultores profesionales. Agregó que se habían recuperado todos los bienes robados y las pérdidas mencionadas en el contexto de PALTEX, con lo cual no había habido ningún costo real para la OPS.

210. La Directora dijo que la Oficina tomaba muy en serio las recomendaciones del Auditor Interno y de su oficina. Sostenía reuniones regulares con el Auditor para entender a cabalidad sus resultados y recomendaciones. La Oficina le había solicitado al Auditor Interno que investigara a PALTEX y se estaba efectuando una evaluación completa de las recomendaciones que surgieran. Tomaría las medidas necesarias para asegurar que el programa estaba prestando cooperación técnica a los Estados Miembros de manera eficaz y examinar si el programa debería ampliarse a partes de la Región que todavía no estaban cubiertas.

211. El Comité tomó nota del informe.

Financiamiento del Seguro de Enfermedad Tras la Separación del Servicio de la OPS (Documento CE154/23)

212. El doctor Jean Dixon (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, OSP) informó que el Subcomité había examinado varias opciones propuestas para financiar el seguro de enfermedad tras la separación del servicio para los funcionarios de la OPS y había considerado que todas las opciones eran viables, pero a su modo de ver la exigencia de un recargo en nómina de sueldos del personal no era recomendable ya que podría reducir el monto del financiamiento disponible para la

cooperación técnica. Se había expresado apoyo para un método algo más dinámico de la inversión, a condición de que no representara un riesgo para las contribuciones voluntarias o los fondos del presupuesto ordinario.

213. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) expuso una actualización sobre los logros desde la reunión del Subcomité en marzo; entre otros, consultas con la Secretaría de la OMS encaminadas a identificar opciones para abordar sistemáticamente la obligación del seguro de enfermedad tras la separación del servicio aprovechando la posibilidad de hacer inversiones junto con la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS, de alcance mundial. Durante esas consultas se habían identificado varios principios para el trabajo futuro sobre este asunto. Primero, se había acordado que la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal modificaría su metodología contable para incluir a participantes activos y jubilados de la OPS en el cálculo de la obligación definida de prestaciones para el seguro de enfermedad mundial. Segundo, la OPS seguiría informando sobre su proporción de la obligación definida de prestaciones en sus estados financieros, pero con una nota de que la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS tenía la responsabilidad legal de pagar las prestaciones del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS. Tercero, el Fondo Fiduciario del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS, cuyo financiamiento actual era de \$38,5 millones, se invertiría conjuntamente con la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS o sobre la base de principios similares para las inversiones a largo plazo, y el capital y el interés de esas inversiones se acreditarían para cubrir la obligación de prestaciones de la OPS.

214. El consultor actuarial de la OPS volvería a calcular las tasas de las contribuciones del seguro de enfermedad del personal de la OPS para que la obligación de la OPS pudiera ser financiada plenamente en el período en el cual la OMS había previsto cumplir con la obligación mundial de prestaciones —es decir, el período desde el 2014 al 2042. La Oficina estaba colaborando con el consultor actuarial y se ocuparía de formular un plan para presentarlo a los Cuerpos Directivos en el 2015.

215. En el debate que siguió, se pidió información acerca de las contribuciones al seguro de enfermedad pagadas por el personal empleado conjuntamente por la OPS y la OMS y sobre la forma en que se manejaría el seguro de enfermedad tras la separación del servicio para ese personal; acerca de si se preveía un cambio en las contribuciones del personal como resultado del plan de inversión compartida y si se había consultado con la Asociación de Personal de la OPS/OMS sobre las diversas opciones para financiar el seguro de enfermedad tras la separación del servicio. Se pidió a la Oficina que diera una indicación de la cantidad que se incluiría en el presupuesto 2016-2017 para el seguro de enfermedad tras la separación del servicio.

216. El señor Anderson explicó que el personal de todas las regiones de la OMS recibía el mismo conjunto de prestaciones y pagaba la misma tasa de base, pero los funcionarios de la OPS también pagaban una cantidad complementaria porque los costos de atención de salud en América del Norte eran más altos que en el resto del mundo. La OMS estaba proponiendo aumentar las contribuciones del seguro de enfermedad del personal en 4% por

año hasta el 2042. El estudio actuarial revelaría si era necesario hacer algún cambio, aumentar o disminuir la contribución complementaria de los funcionarios de la OPS. Ese estudio también indicaría la cantidad que debía presupuestarse para el seguro de enfermedad tras la separación del servicio en el bienio 2016-2017. Se había planificado una serie de consultas con el personal sobre los asuntos relativos al seguro de enfermedad en la que participaría tanto el personal actual como el jubilado.

217. La Directora reconoció que, si bien el seguro de enfermedad tras la separación del servicio era un pasivo a largo plazo, era necesario empezar a abordarlo de inmediato. La OPS ya había avanzado más en ese sentido en comparación con la mayor parte de las otras organizaciones. Para conseguir que la obligación pudiera satisfacerse totalmente, era importante hacer inversiones sabias y ejercer una buena gestión de los recursos. La Oficina examinaría cuidadosamente el informe actuarial y analizaría su presupuesto y otras obligaciones para determinar cuánto debería invertirse. Seguiría tratando el asunto con los Estados Miembros.

218. El Comité tomó nota del informe.

Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo (documento CE154/24, Rev. 1)

219. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado un proyecto de la Oficina para aumentar el nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20 millones a \$25 millones, y este aumento sería financiado a lo largo del tiempo con cualquier superávit del Presupuesto Ordinario bienal o con el saldo no asignado después de la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS). El aumento se había considerado necesario en razón del crecimiento en el presupuesto ordinario y del aumento consiguiente de las necesidades mensuales de dinero en efectivo, que en la actualidad promediaban \$8,1 millones. Durante el debate en el Subcomité, se había sugerido que la Oficina tal vez podría preparar un documento para el Comité Ejecutivo en el que se indicaran todos los temas que necesitan financiamiento y las diversas opciones para aportarlo.

220. Un miembro del Subcomité se había opuesto al aumento propuesto, afirmando que el Fondo de Trabajo se encontraba por debajo de su nivel autorizado actual de \$20 millones, no debido a los retrasos en la recaudación de las contribuciones señaladas sino porque se habían transferido \$4,6 millones del Fondo en el bienio 2010-2011 para compensar la repercusión de un descenso en las tasas de interés.

221. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) hizo hincapié en el gráfico que la Oficina había preparado en respuesta a la solicitud del Subcomité (documento CE54/24, Rev.1, anexo A), que resumía los requisitos de financiamiento calculados por la Oficina y sus propuestas para costearlos. También mostró una propuesta de financiamiento de un déficit proyectado en el presupuesto para el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), asunto que se trataría con más detalle bajo el punto del orden del día pertinente (véanse párrafos 235 a 242 más abajo). Juntas, las

cantidades previstas para financiar el aumento del Fondo de Trabajo y el proyecto del PMIS sumaban \$6,3 millones. Las fuentes internas que podrían usarse para atender esos requisitos de financiamiento sumaban \$14,5 millones, y si se usaban \$6,3 millones para el Fondo de Trabajo y el PMIS, habría un saldo de \$8,2 millones para los años venideros.

222. La Oficina había desplegado esfuerzos para aumentar la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas pero, dependiendo del momento en que se recibían los pagos, a menudo seguía siendo necesario utilizar el Fondo de Trabajo para cubrir déficits temporales. Señaló que el límite de \$20 millones para el Fondo de Trabajo se había aprobado 11 años antes y, desde entonces, las necesidades mensuales de efectivo de la Organización habían aumentado en 14%. En varias ocasiones en el transcurso del 2013, el Fondo se había agotado totalmente debido a la falta de pago de las contribuciones señaladas. Debido a esas situaciones era inevitable utilizar otros recursos de efectivo sin restricciones, más allá del Fondo de Trabajo. El problema era constante: el 31 de mayo del 2014, el déficit de efectivo en caja del presupuesto ordinario había ascendido a \$21 millones. Por lo tanto, había sido necesario encontrar otro \$1 millón de otras fuentes internas sin restricciones. La propuesta de la Directora para aumentar el Fondo de Trabajo a \$25 millones tenía por objeto adaptarlo a los requisitos reales de flujo de efectivo de años recientes, con la intención de no tener que acudir a otras fuentes de efectivo, cuya finalidad era la de brindar apoyo a las actividades de cooperación técnica.

223. Los miembros del Comité agradecieron a la Oficina por haber suministrado la información solicitada por el Subcomité y no formularon objeciones al aumento propuesto del Fondo de Trabajo. Sin embargo, la delegada de los Estados Unidos de América dijo que su delegación no había brindado apoyo al aumento cuando se había propuesto al Subcomité y todavía no lo apoyaba. Señaló que no todas las necesidades de financiamiento se habían incluido en el gráfico preparado, en particular para el seguro de enfermedad tras la separación del servicio, mejoras de tecnología de la información y gastos necesarios calculados mediante la evaluación planificada de todo los bienes inmuebles propiedad de la OPS (véase el Plan Maestro de Inversiones de Capital, párrafos 231 a 234 más abajo). Sugirió que el aumento propuesto debía diferirse por un año, cuando se conocerían las necesidades de financiamiento de esas tres prioridades.

224. En respuesta a esas observaciones, algunos miembros del Comité señalaron que estaba claro que la Oficina a menudo funcionaba con un déficit mensual considerable y que la no aprobación de la solicitud para aumentar el nivel autorizado del Fondo de Trabajo colocaría a la Oficina en una posición muy difícil, con lo cual se vería obligada a seguir solicitando préstamos de otras áreas para cubrir gastos —práctica que no debería permitirse que se convirtiera en rutina. Por consiguiente, no se consideraba factible aplazar el aumento.

225. El señor Anderson explicó que el gráfico de las necesidades de financiamiento incluido en el anexo A no incluía el seguro de enfermedad tras la separación del servicio porque la Oficina estaba preparando un método alternativo para este tema, conjuntamente con la OMS (véanse párrafos 212 a 218 anteriores). La Oficina esperaba presentar una propuesta sobre el tema al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en el

2015. De igual manera, la Oficina participaba en el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS y formularía propuestas a ese Fondo para financiar algunos proyectos de infraestructura, entre otros los que quizá surgirían luego de la evaluación de los bienes inmuebles propiedad de la OPS. Con respecto al financiamiento para mejoras de la tecnología de la información, tal como había mencionado la Directora (véase párrafo 197 anterior), se estaba formulando una estrategia que se presentaría a los Estados Miembros en el 2015.

226. La Directora dijo que independientemente de que hubiera o no un aumento del Fondo de Trabajo, la Oficina estaba obligada a cumplir sus compromisos todos los meses. Si la Oficina no había recibido una cantidad suficiente en contribuciones señaladas, se vería obligada a usar el Fondo de Trabajo para cubrir esos gastos. El nivel autorizado actual de \$20 millones cubriría cerca de dos meses y medio de gastos; pero, si al finalizar ese período el Fondo de Trabajo estaba totalmente agotado, la Oficina tendría que recurrir a adelantos internos para pagar sus cuentas. La Oficina seguiría instando al pago oportuno de las contribuciones señaladas, pero tenía que depender de los Estados Miembros para cumplir sus obligaciones.

227. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R4, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aumentara el nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20 millones a \$25 millones.

Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE154/25)

228. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido una actualización sobre el estado de los proyectos aprobados por el 48.º Consejo Directivo que serían financiados a partir de la Cuenta Especial y había examinado una propuesta para transferir los saldos restantes de dos proyectos finalizados, que sumaban alrededor de \$100.000, al proyecto de modernización del sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana. En respuesta a una pregunta planteada durante el debate de la propuesta, también se había informado al Subcomité que no habían ocurrido sobrecostos ni se había previsto que ocurrieran en otros proyectos, excepto en el proyecto del PMIS.

229. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) observó que de los 14 proyectos aprobados originalmente por el Consejo Directivo para su financiamiento a partir de la Cuenta Especial, seis se habían terminado para fines del 2013 y al final de abril del 2014, se había gastado el 79% de todos los fondos de la Cuenta Especial, unos \$20 millones. Puede encontrarse más información, incluido el estado de ejecución de cada proyecto, en el cuadro 2 del documento CE154/25. Dos proyectos se habían terminado en el 2013 por debajo del presupuesto, lo que dejó un saldo total de \$100.000 para asignarlos a otros proyectos. El proyecto de resolución que figura en el documento presentado al Comité Ejecutivo, que había sido examinado por el Subcomité, proponía trasladar ese saldo al proyecto 3.D para el desarrollo y la ejecución del Sistema de Información Gerencial de la OSP.

230. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R7, para aprobar la transferencia del saldo excedente de \$100.513 a la fase 2 del proyecto del PMIS.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE154/26)

231. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido un informe sobre las actividades de inversiones de capital y los proyectos terminados en el bienio 2012-2013 y los propuestos para el bienio 2014-2015. También se había informado que la Oficina tenía la intención de llevar a cabo una evaluación, financiada con una contribución de \$500.000 del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS, de todos los establecimientos propiedad de la OPS para determinar los probables gastos de mantenimiento en los próximos años.

232. Se había expresado preocupación con respecto al costo de la evaluación, dado que el saldo en el Fondo Subsidiario de Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles se encuentra levemente por debajo de \$650.000, lo que parecía insuficiente en relación con el número de proyectos propuestos para el período 2014-2015. Los delegados habían preguntado si sería posible utilizar los fondos de la OMS de una manera más rentable para que parte del dinero pudiera dedicarse a los proyectos. En la respuesta se había explicado que la contribución del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS se había asignado a la finalidad específica de llevar a cabo la evaluación, pero que la Oficina esperaba que esta podría hacerse a un costo inferior a los \$500.000.

233. El señor Bruce Leech (Director, Departamento de Operaciones de Servicios Generales, OSP) dijo que la Oficina estaba a punto de terminar un memorando de entendimiento para la evaluación de los bienes inmuebles. Todavía era muy pronto para decir si sería posible reducir el costo de la evaluación, que la Oficina esperaba haber terminado a finales del 2014 para presentar los resultados al Comité Ejecutivo en el 2015. En su opinión, la evaluación era esencial para que la Oficina pudiera formular un plan estratégico inteligente que asegurara el mantenimiento, la conservación y la seguridad de los establecimientos propiedad de la Organización.

234. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (documento CE154/27)

235. El doctor Fenton Ferguson (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que se había previsto un déficit presupuestario de \$2,2 millones para el proyecto del PMIS, incluidos los costos adicionales en relación con los requisitos de dotación de personal, los imprevistos y las solicitudes de cambios. El Subcomité había instado a la Oficina a que consiguiera que no hubiera ningún retraso más y que se evitaran los costos imprevistos y las solicitudes de cambios.

236. El señor Esteban Alzamora (Director Interno del Proyecto del PMIS, OSP) resumió los antecedentes del proyecto del PMIS desde su inicio, enfatizando el progreso logrado desde la 153.^a sesión del Comité Ejecutivo, lo que se describía con más detalle en el documento CE154/27. También examinó las fechas previstas para la finalización de las diversas fases de la ejecución del proyecto, señalando que actualmente el proyecto estaba en curso para su finalización oportuna en todas las áreas.

237. Agregó que para casi todos los proyectos del software de Planificación de Recursos Empresariales (ERP) hubo costos adicionales debido a las solicitudes de cambios. Estos fueron cambios que la Organización había identificado durante la ejecución para satisfacer requisitos no previstos pero esenciales para el diseño del software de ERP. Como resultado del costo de las solicitudes de cambio, se proponía un aumento de \$2,2 millones sobre el presupuesto original del PMIS de \$20,3 millones. La Directora había identificado fuentes internas para ese financiamiento adicional como la cantidad de \$100.000 proveniente del saldo no gastado de los proyectos aprobados de la Cuenta Especial y \$2,1 millones del saldo no asignado del superávit de la implementación de las IPSAS. El Sr. Alzamora subrayó que se había avanzado mucho ya que el presupuesto original se había aprobado en el 2010 y, actualmente, el proyecto estaba en marcha de acuerdo al cronograma.

238. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado en la ejecución del proyecto, en particular en el último año. Dada la importancia fundamental del PMIS y el valor que generaría tanto para la Oficina como para los Estados Miembros, se instaba a la Oficina a actuar con prontitud para conseguir que se cumplieran los plazos. Al mismo tiempo, se destacó la necesidad de proceder con prudencia. Varios miembros del Comité solicitaron una evaluación del nivel de credibilidad del cálculo de aumento del presupuesto, así como la información o la evidencia que sustentaba ese cálculo y pidió garantías de que la Oficina estaba segura de que esta solicitud sería la última. Se pidió una aclaratoria acerca del momento en que se había definido el cronograma del proyecto.

239. El señor Alzamora respondió que la suma de \$2,2 millones se había calculado sobre la base de las mejores prácticas de la industria, que indicaban que las solicitudes de cambio debían presupuestarse como una cantidad entre 25% y 35% del contrato de integración. Un análisis de las soluciones que estaba en curso había abarcado hasta ahora el diseño de los módulos de recursos humanos y nómina de sueldos. Cuando se terminaran las revisiones y empezaran las pruebas, quizá podría haber otras solicitudes de cambios que sería necesario ejecutar, pero hasta ahora el gasto coincidía con las normas de la industria.

240. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) agregó que su departamento había examinado el gasto generado hasta el presente por las solicitudes de cambio, que ascendía a unos \$430.000 y había calculado que se necesitaría alrededor de tres veces esa cantidad, o \$1,3 millones, para los módulos de presupuesto y de finanzas, que eran más complejos que los de recursos humanos y nómina de sueldos. Por lo tanto, el costo total de las solicitudes de cambio tenía probabilidad de sumar cerca de \$1,75 millones. El departamento había agregado un margen para no tener que volver ante el Comité para solicitar más dinero. El personal a cargo del proyecto estaba muy consciente

de la importancia de respetar el cronograma muy estrecho y consideraba esencial no atrasarse por falta de recursos.

241. La Directora señaló que la experiencia había indicado que 60% de los proyectos de ERP fracasaban. La Oficina había adoptado todas las medidas posibles para evitar el fracaso. Agregó que el cronograma del proyecto se había modificado en el 2013, ya que el cronograma preparado en el 2010-2011 no se había cumplido por diversas razones. Actualmente, el proyecto estaba al día para cumplir con el cronograma actual. Como se había indicado, el proyecto era muy ambicioso, pero debía estar terminado para el 2015, a tiempo para la preparación del presupuesto y la planificación del trabajo para el bienio 2016-2017. Consciente de ese imperativo, la Oficina estaba haciendo inversiones considerables en términos de tiempo del personal y en la calidad del personal asignado al proyecto y se comprometía a hacer todo lo que estuviera a su alcance para mantenerse dentro del aumento presupuestario que se había propuesto.

242. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R6, recomendando que el Consejo Directivo aprobara la transferencia de los fondos mencionados al proyecto del PMIS.

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE154/28)

243. El doctor Jean Dixon (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas al Reglamento y el Estatuto del Personal, incluido un aumento de la escala de sueldos para el personal de las categorías profesional y superior, con una reducción equivalente de los puntos del multiplicador del reajuste por lugar de destino; un ajuste al subsidio de educación para tres escuelas en Bruselas; y varios cambios encaminados a aclarar el Reglamento del Personal con respecto a los subsidios por nuevo destino, las primas por la terminación de servicio y los aumentos dentro del mismo grado basados en el tiempo de servicio. Se había informado al Subcomité que las repercusiones financieras de los cambios propuestos serían mínimas.

244. La señora Kate Rojkov (Gerente, Gestión de Recursos Humanos, OSP) agregó que, de conformidad con una solicitud del Subcomité de aclaración del término “implicaciones financieras mínimas”, la Oficina había agregado un anexo al documento CE154/28 (anexo E) para mostrar que la repercusión de los diversos cambios sumaría menos de \$10.000.

245. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE154.R10, para ratificar las diversas enmiendas propuestas y los ajustes de los sueldos del Director, el Director Adjunto y el Subdirector.

Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE154/29)

246. El doctor Jean Dixon (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe en el que se subrayaban las tendencias en el perfil del personal de la OSP y, luego de haber recibido la información de que la Oficina había alcanzado la paridad de género en las categorías profesional y superior, había elogiado el compromiso continuo de la Oficina con la paridad de género. Se habían formulado varias preguntas con respecto a los criterios para la prórroga de los contratos de funcionarios que se encontraban cerca de la jubilación y si se estaban llenando los puestos de los jubilados que se contrataban como consultores o funcionarios temporeros.

247. En respuesta, se había explicado que si luego de efectuar un análisis integral, se determinaba que un funcionario tenía aptitudes particulares para las cuales había una necesidad a corto plazo, podría prorrogarse el contrato de esa persona. Los contratos podrían extenderse por un máximo de un año a la vez y no más allá del 65.º cumpleaños del funcionario. Si los puestos de los funcionarios que se jubilaban se cubrían o no dependía del resultado de un análisis programático y financiero. La Directora le había informado al Subcomité que la Oficina estaba formulando una estrategia y un plan integrales de recursos humanos que le permitiría cumplir con sus compromisos, de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2019.

248. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE154/30)

249. La señora Pilar Vidal (Presidenta 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 opiniones e inquietudes con relación a la administración interna de justicia y la gestión de los recursos humanos. Empezó por invitar a los miembros del Comité a una recepción durante la que se firmaría un nuevo acuerdo que regía las relaciones entre la Asociación de Personal y la Administración, para actualizar el acuerdo vigente firmado en 1979. La Asociación de Personal deseaba expresar su satisfacción con el nuevo acuerdo y su reconocimiento de la disposición de la Directora para mantener el diálogo con la Asociación.

250. La Asociación de Personal siguió trabajando para apoyar y facilitar los diversos procesos de cambio y de reforma que están en marcha en la Organización, al tiempo que se abordan las inquietudes del personal y se ayuda a manejar la incertidumbre asociada con esos procesos. Como parte del proceso de planificación operativa para el bienio 2014-2015, el personal se había enfrentado con la reducción o la eliminación de numerosos puestos; la Oficina de Campo de El Paso se había cerrado totalmente y en otras oficinas se habían hecho cortes del personal. En algunos casos, esas situaciones se habían manejado

de manera ordenada y apropiada; en otros, la Asociación de Personal había tenido que intervenir para mitigar el daño a los funcionarios interesados.

251. La Asociación de Personal seguía preocupada por diversos problemas en el sistema para la administración interna de justicia y seguía creyendo que debía emprenderse un examen independiente de los diversos elementos que conforman el sistema. De especial interés era la Junta de Apelación, que todavía no había elegido a nuevos miembros ni actualizado su Reglamento Interno. El trabajo del presidente externo de la Junta no era satisfactorio, y los conflictos no se estaban resolviendo oportunamente. De acuerdo con las recomendaciones de un informe del 2010, emanado de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas sobre la ética en el sistema de las Naciones Unidas, el jefe de la Oficina de Ética debía reemplazarse periódicamente, al igual que el Mediador y los miembros de la Junta de Apelación. Esas reformas fomentarían una mayor confianza entre el personal y ayudarían a reforzar su compromiso con la Organización y su misión.

252. En el debate que siguió, los miembros del Comité le expresaron su agradecimiento al personal por su dedicación y reconocieron su función crucial para la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros. Se instó a la Directora a que siguiera dialogando con el personal y a que abordara sus inquietudes con prontitud para conseguir que éste permaneciera motivado y comprometido a llevar a cabo los mandatos aprobados por los Cuerpos Directivos.

253. La señora Vidal reafirmó el compromiso de la Asociación de Personal con la Organización y su voluntad de seguir colaborando con la Directora para mejorar el sistema interno de justicia.

254. La Directora expresó su agradecimiento por el interés de la Asociación de Personal en participar en el diálogo con la Administración y afirmó su compromiso de seguir colaborando con la Asociación para asegurar un entorno de trabajo abierto, respetuoso y ético. El personal era un recurso importante y podría suministrar información valiosa para la toma de decisiones; por lo tanto, ella seguiría consultando a la Asociación de Personal sobre todos los temas principales de interés para la Organización considerada en conjunto. Reconoció que había problemas con el sistema interno de justicia —problemas que con el tiempo podrían tener una repercusión negativa sobre el desempeño del personal— y prometió colaborar con la Asociación de Personal para abordarlos.

255. El Comité tomó nota de la intervención.

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CE154/INF/1)

256. El doctor Fenton Ferguson (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el debate que tuvo lugar en el Subcomité sobre el tema de la reforma de la OMS; observó que el Subcomité había destacado, en particular, la importancia de la reforma de la gobernanza, el diálogo sobre el financiamiento de la OMS

y la asignación estratégica de recursos de la OMS, así como la elaboración de un marco para la colaboración con agentes no estatales.

257. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó una actualización sobre las iniciativas recientes emprendidas después del informe sobre la reforma de la OMS presentado al Subcomité, que incluía un programa piloto para promover la capacidad de gestión de proyectos. La OPS también estaba elaborando un marco de gestión que se coordinaría y se alinearía con el de la OMS. El trabajo continuaba en dos áreas de interés particular para la OPS: la formulación de un marco para la colaboración con agentes no estatales y la preparación de una nueva fórmula de asignación de recursos. Con relación a esto último, señaló que México seguía representando a la Región en el grupo de trabajo responsable del desarrollo de la fórmula nueva, que se presentaría al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2015 y, si se aprueba, podría aplicarse al presupuesto 2016-2017.

258. Agregó que la OPS estaba totalmente alineada con las reformas de la OMS. Sus estrategias de comunicación y de derechos humanos eran congruentes con las de la OMS y la Organización estaba comprometida con un proceso de planificación de abajo hacia arriba, con la rendición de cuentas conjunta de los Estados Miembros y la Oficina sobre los resultados y con la alineación del financiamiento con las prioridades. Durante el 53.º Consejo Directivo se presentaría otra actualización sobre el progreso de la reforma, en particular con respecto a la asignación de recursos y la colaboración con agentes no estatales.

259. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo recalcó la importancia de las reformas en relación con la gobernanza, la asignación de recursos de la OMS y la colaboración con los agentes no estatales. Se consideraba que el proyecto de marco propuesto por la Secretaría de la OMS estaba poco claro con respecto al principal objetivo de la colaboración de la Organización con los agentes no estatales y que el documento sobre el tema¹³ parecía instar a los gobiernos a que aumentaran la colaboración con esos agentes, mientras que debería centrarse en determinar cómo la OMS identificaría y eliminaría conflictos de intereses reales o potenciales y el ejercicio de influencia indebida por entidades comerciales. Se destacó la necesidad de establecer un proceso para evaluar el costo-beneficio de colaborar con los agentes no estatales. Se recordó que la Sexagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud había decidido que los comités regionales debían abordar el asunto, y se pidió información acerca del formato propuesto para ese debate. Varios delegados subrayaron la importancia de adoptar y transmitir a la OMS una posición fuerte de la Región con respecto a este asunto y, por consiguiente, sugirieron que el tema de una consulta regional acerca de la colaboración con los agentes no estatales debía incluirse en el orden del día del 53.º Consejo Directivo como uno de los temas sustantivos.

260. Con respecto a la asignación de los recursos de la OMS, se señaló que se le había dado un nuevo nombre a la iniciativa “asignación de espacio del presupuesto estratégico” y se expresó agradecimiento a México por su participación continua en el grupo de trabajo

¹³ Documento A67/6 (2014), OMS.

sobre el tema. Se subrayó la necesidad de elaborar una metodología justa, transparente y basada en la evidencia para asignar los recursos de la OMS. En vista de su importancia para la Región, se opinó que este asunto también debía incluirse en el orden del día del Consejo Directivo como un punto sustantivo.

261. Se destacó la necesidad de acelerar la reforma de la gobernanza. Se consideraba especialmente importante acelerar el progreso con respecto a la toma de decisiones estratégicas por los Órganos Deliberantes de la OMS. Se señaló que la Sexagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud había aprobado varias resoluciones que se centraban en la toma de decisiones y el manejo de resoluciones que tenían repercusiones en los costos que excedían el presupuesto acordado y se sugirió que la OPS también debía considerar ese tema. Con miras a simplificar el trabajo de los Órganos Deliberantes y evitar duplicación de esfuerzos, se sugirió que los asuntos tratados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que no exigían ninguna acción subsiguiente quizá se considerarían también en las sesiones del Comité Ejecutivo bajo el informe del Subcomité y no como puntos del orden del día diferenciados.

262. Se recalcó la importancia de la reforma a todos los niveles de la Organización. Se señaló que si bien en el documento CE154/INF/1 se observaba la importancia de las diversas reformas de la OMS para la Región, no presentaba ningún detalle sobre la forma en que la OPS estaba poniendo en práctica las reformas ni describía su repercusión real o posible sobre los procedimientos actuales de la OPS. Se pidió a la Oficina que presentara un análisis más detallado de la aplicación de las reformas desde una perspectiva regional, con inclusión de sus opiniones acerca de la forma en que podrían acelerarse algunos elementos rezagados, como la reforma de la gobernanza. Se señaló la necesidad de capacitación del personal en los procesos y los sistemas relacionados con la reforma y de que en el examen periódico se identificara cualquier problema con respecto a esos procesos y sistemas.

263. El Delegado del Canadá observó que su Gobierno había designado a un funcionario de alto nivel, la Sra. Bersabel Ephrem, para trabajar en comisión de servicio en la Secretaría de la OMS a fin de respaldar el proceso de reforma y agregó que a ella le complacería considerar el tema junto con los Estados Miembros de la Región.

264. El Sr. Walter dijo que la Oficina procuraría que los informes futuros sobre la reforma de la OMS incluyeran más detalles sobre la repercusión de las reformas en la OPS. También se aseguraría de que los Estados Miembros tuvieran la oportunidad durante el Consejo Directivo de participar en una discusión sustantiva sobre los aspectos más fundamentales de la reforma, en particular la asignación de recursos y la interacción de la OMS con agentes no estatales.

265. La Directora estuvo de acuerdo en que sería aconsejable sostener un debate sustantivo a nivel regional sobre las reformas de la OMS. Como base para ese debate, la Oficina prepararía un documento que detallaría cómo se habían puesto en práctica en la Región las diversas reformas y analizaría sus consecuencias para la OPS. La Oficina también trataría de que asistiera el Subdirector General de la OMS responsable del proceso

de reforma, para presentar una actualización. Luego de la clausura de la presente sesión se celebraría una reunión oficiosa destinada a considerar los arreglos necesarios para la consulta regional acerca de la colaboración de la OMS con los agentes no estatales. Como una contribución al debate, se prepararía un informe sobre la experiencia de la OPS al colaborar con agentes no estatales a través del Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles.

266. Recordó que la iniciativa de asignación estratégica de recursos se había originado a instancias de la Región de las Américas y agradeció a México por su liderazgo con respecto al tema. Estuvo de acuerdo en que era importante para la OPS examinar en detalle la metodología propuesta y acordar una posición regional consolidada, que ayudaría para el debate mundial.

267. Con respecto a las reformas de gobernanza, observó que no se había logrado mayor éxito al limitar el número de puntos del orden del día de los Órganos Deliberantes de la OMS. La OPS estaba haciendo algún progreso con respecto a simplificar el trabajo de sus Cuerpos Directivos, pero podría hacerse más. Por ejemplo, aunque siempre sería importante abordar las especificidades regionales, quizá no fuese necesario para los Estados Miembros aprobar un plan regional de acción para cada estrategia adoptada a nivel mundial. Tal vez bastaría sencillamente con apoyarse en la Oficina para aplicar las estrategias mundiales prestando la atención debida a las necesidades y las prioridades regionales.

268. En su opinión, la participación activa de los Estados Miembros de la OPS en el proceso de reforma de la OMS y en los debates sobre la reforma estaba agregando un valor considerable al trabajo en marcha. Afirmó que la Oficina estaba comprometida a poner en práctica las diversas reformas de la OMS, en la medida de lo posible y según correspondiese; sin embargo, como ya la OPS había experimentado un proceso de reforma, algunas de las reformas de la OMS ya se habían introducido en la Región.

269. El Comité tomó nota del informe.

Evaluación de la ejecución del Presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud: 2012-2013 (documento CE154/INF/2)

270. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó un breve resumen de la evaluación del desempeño de la OMS para el bienio 2012-2013, señalando que el desempeño de la OPS se había incorporado en la evaluación mediante sus Resultados Previstos a Nivel Regional, aunque el informe mundial no se centraba en los datos desglosados por región. Los aspectos destacados del informe de la OMS incluían un mejoramiento en el logro de los Resultados Previstos a Nivel de toda la Organización, de 54% en el 2010-2011 a 63% en el 2012-2013. También se había observado una mejora en la armonización del financiamiento de los objetivos estratégicos, aunque todavía no se había logrado la alineación financiera total.

271. Durante la Sexagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros de la OMS habían señalado que el informe era más descriptivo que analítico y que no estaba claro en qué medida los resultados podían atribuirse a la Secretaría de la OMS. En respuesta, la Secretaría había indicado que muchos de esos temas se abordarían a través del proceso de reforma de la OMS. Además, el presupuesto por programas para 2014-2015 tenía una estructura de resultados más clara, con repercusiones, resultados intermedios y resultados inmediatos, así como indicadores más robustos y con una delimitación más clara entre el trabajo de los Estados Miembros y el de la Secretaría. Además, el portal del presupuesto de la OMS mejoraría la transparencia y permitiría el seguimiento constante del desempeño financiero y programático de la OMS.

272. Un miembro del Comité Ejecutivo dijo que la evaluación suministraba información útil acerca del desempeño de la Organización, pero seguía presentando limitaciones significativas debido a que era autoadministrada; por otro lado, según el Plan estratégico a plazo medio, los vínculos entre las actividades y los resultados no eran claros. La falta de alineación de los recursos a través de los objetivos estratégicos y la distribución desigual entre las regiones seguía obstaculizando el desempeño general, según quedaba demostrado por haberse logrado solo 63% de los Resultados Previstos a Nivel de toda la Organización. Cabía esperar que las actividades para mejorar la movilización de recursos y los esfuerzos de reforma relacionados con la asignación de recursos mejorarían la alineación.

273. El señor Walter estuvo de acuerdo en que la autoevaluación por la OMS y la OPS representaba una limitación, pero agregó que desde el bienio 2014-2015 en adelante la vigilancia de al menos una parte de la cadena de resultados la harían los Estados Miembros conjuntamente con la Organización, lo que debería mejorar la credibilidad de los informes de desempeño.

274. La Directora dijo que la distribución desigual de los recursos disponibles a través de los objetivos estratégicos realmente daba peso al alegato que la Directora General había hecho en cada oportunidad a favor de fondos más flexibles. Muchos de los fondos donados estaban designados para un fin muy específico, con lo cual resultaba muy difícil desplazarlos entre los distintos Objetivos Estratégicos y también desde la Sede a las regiones.

275. También era importante señalar que los logros eran sumamente desiguales en todas las regiones. En particular, por un período largo las regiones de África y de Asia Sudoriental no habían alcanzado algunas de sus metas.

276. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda para el desarrollo después del 2015 (documento CE154/INF/3)

277. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP), al presentar el informe dijo que, en general, la Región de las Américas estaba bien encaminada para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la

salud. Sin embargo, debido a las disparidades y las inequidades existentes entre los países y en el interior de ellos, subsistían algunos retos, en particular con respecto a tres indicadores importantes relacionados con la salud: mortalidad infantil, mortalidad materna y saneamiento básico.

278. Como parte del proceso de planificación de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015, se había propuesto un marco basado en los principios de los derechos humanos, la igualdad y la sostenibilidad, junto con cuatro dimensiones clave del desarrollo: desarrollo social incluyente, desarrollo económico incluyente, sostenibilidad ambiental y paz y seguridad. Después de la Conferencia Rio+20 sobre el Desarrollo Sostenible, la Asamblea General de las Naciones Unidas había establecido un grupo de Trabajo de Composición Abierta que estaba trabajando con empeño para formular un conjunto de objetivos de desarrollo sostenible.

279. En la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 se había propuesto como meta de salud integral “Vidas saludables y cobertura universal de salud” a todas las edades, con cuatro submetas posibles: cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; abordar la carga de las enfermedades no transmisibles, las lesiones y los trastornos mentales; lograr cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros; y abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

280. En general, ya se había aceptado que la salud era un contribuyente fundamental al desarrollo y una medida de su nivel, así como uno de sus resultados. Por lo tanto, se auguraba un buen futuro para las iniciativas que buscaban colocar a la salud en un lugar prominente de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. No obstante, estaba desapareciendo la oportunidad del sector de la salud de influir en el proceso de determinación de los objetivos del desarrollo sostenible. Por consiguiente, se instaba a los ministros de salud a que siguieran colaborando con sus colegas de los ministerios de relaciones exteriores, que empezarían a negociar la agenda para el desarrollo después del 2015, en septiembre del 2014, durante el sexagésimo noveno período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

281. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región, pero reconoció que los resultados presentados a nivel nacional eran promedios que ocultaban las disparidades y las inequidades a nivel subnacional. Se consideraba esencial que en el período después del 2015 se mantuvieran los logros obtenidos y se continuara el trabajo a fin de alcanzar las metas establecidas para todos los grupos de población.

282. La atención continua a la salud maternoinfantil, la salud reproductiva y la planificación familiar, así como al agua y el saneamiento se consideraban especialmente importantes. También se subrayó la necesidad de seguir fortaleciendo los sistemas y los servicios de salud, además de los sistemas de información sanitaria. Otras prioridades de salud que deberían abordarse en el período después del 2015 incluían la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, entre otras, los trastornos mentales y las lesiones

causadas por la violencia; atención continua a las enfermedades transmisibles, incluida la infección por el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas; y cobertura universal de salud. Con respecto a estos últimos, un delegado expresó el punto de vista de que la referencia en el párrafo 29 del documento CE154/INF/3 a “intervenciones claves” implicaba una limitación en el acceso a servicios de salud lo que iba en contra de los conceptos de cobertura universal de salud, es decir, acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, y el derecho a salud.

283. Los delegados afirmaron que la salud, según se reconocía en la resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, era una condición previa del desarrollo sostenible así como un indicador de su logro. Se informó que la experiencia a nivel nacional había mostrado que la salud también contribuía a la reducción de la pobreza y a la promoción del desarrollo sostenible; se señaló además, que el trabajo relacionado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio había contribuido a crear conciencia acerca del rendimiento tan alto que podía generar la inversión en salud.

284. El Comité estuvo de acuerdo en la necesidad de asegurar el carácter fundamental de la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015, que se contemplaba como una oportunidad de crear un nuevo paradigma basado en la equidad. Se recalcó que el establecimiento de las metas, los objetivos y los indicadores para la agenda para el desarrollo después del 2015 debía estar encabezado por el país y que el sector de la salud debía seguir desempeñando una función esencial en el proceso, mediante la promoción de enfoques integrales, multisectoriales, de salud en todas las políticas que aborden no solo las necesidades en materia de salud propiamente dichas sino también los determinante sociales, ambientales y económicos de la salud. La resolución WHA67.14, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014, se consideraba un buen marco para los esfuerzos constantes de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y la Oficina Sanitaria Panamericana, con miras a asegurar un lugar prominente para la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. A fin de reforzar esas actividades y consolidar una posición regional sobre el tema, se sugirió que la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 debía tratarse como un tema sustantivo durante el 53.º Consejo Directivo. También se sugirió que debía prepararse una hoja de ruta para guiar y coordinar las iniciativas regionales en el período anterior a las negociaciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la agenda.

285. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) elogió a los Estados Miembros por su progreso con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y prometió que la Oficina seguiría apoyando esas actividades. Los logros alcanzados eran dignos de encomio, pero al mismo tiempo había que recordar que muchas personas de la Región seguían enfermándose y muriendo de causas prevenibles y que no todos gozaban de una salud óptima. Según se había destacado en el debate, era esencial fortalecer los sistemas de información para conseguir que se registraran todos los nacimientos y las defunciones y poder medir el progreso. La Oficina siguió colaborando con los Estados Miembros para mejorar los sistemas de estadísticas vitales y sus propias bases de datos.

286. El doctor Galvão observó que los informes de progreso sobre los asuntos técnicos (véase párrafos 301 a 327 más abajo) presentaban información adicional sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y que se presentaría un informe actualizado acerca del estado de las diversas metas al 53.º Consejo Directivo, que tendría lugar unos días antes del comienzo de las negociaciones sobre la agenda para el desarrollo después del 2015. También señaló que se había distribuido a los miembros del Comité y a los observadores una colección de folletos que contenían más información sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el proceso de formulación de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

287. La Directora estuvo de acuerdo en que el reto principal que afrontaba la Región para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio eran la inequidad y la “tiranía de los promedios”, que ocultaban el hecho de que grandes sectores de la población de algunos países no alcanzarían las Metas. Por consiguiente, la Región no debía dormirse en sus laureles sino que debía seguir trabajando para conseguir que todos gozaran del grado máximo de salud que se pueda lograr.

288. La agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 se había tratado en numerosos foros a los niveles nacional, regional e internacional, y parecía que se había ganado la batalla de lograr un lugar prominente para la salud en la agenda; sin embargo, todavía no había ningún consenso claro dentro del sector de la salud con respecto a cuál debería ser la meta general para la salud. Desde el principio, la OMS había elegido la meta de la cobertura universal de salud, pero algunas personas pensaban que la meta general debía ser potenciar al máximo la salud a lo largo de todo el ciclo de vida. Era esencial agrupar esas dos corrientes de pensamiento y llegar a un consenso sobre la meta general para que el sector de la salud pudiera presentar una posición unificada en las negociaciones sobre la agenda.

289. Sin duda, el tema podría tratarse como un punto sustantivo durante el 53.º Consejo Directivo, pero entretanto era imperativo que los ministros de salud siguieran colaborando con los ministros de relaciones exteriores para destacar la importancia de la salud para el desarrollo sostenible. Por su parte, la Oficina seguiría trabajando por conducto de los representantes de la OPS/OMS y de los representantes de los Estados Miembros en la Organización de los Estados Americanos para mantener el énfasis en la salud. También procuraría organizar una reunión con los representantes permanentes de los Estados Miembros ante las Naciones Unidas en Nueva York.

290. El Comité tomó nota del informe.

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS (documento CE154/INF/4, Rev. 1)

291. El doctor Luis Gabriel Cuervo (Asesor Principal, Promoción y Desarrollo de la Investigación, OSP), al intervenir en su calidad de Secretario ex officio del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, presentó el informe del Comité, que resumía las recomendaciones formuladas por el Comité durante su 45.ª sesión en octubre del 2012.

Recordó que el Comité había venido asesorando a la OPS desde 1962 acerca de su enfoque estratégico a la producción y el uso de la investigación para la salud. La 45.^a sesión se había centrado en la ejecución de la Política de Investigación para la Salud¹⁴ de la OPS y se había organizado en torno a los seis objetivos de la Política. Las recomendaciones del Comité subrayaban la necesidad de avanzar con las evaluaciones de la aplicación de la Política dentro de la Oficina y los Estados Miembros. También subrayaban la necesidad de formular una estrategia y plan de acción para apoyar a los Estados Miembros en la ejecución de la Política de una manera uniforme y equitativa que beneficiaría a todos. Las recomendaciones figuraban en el anexo A del documento CE154/INF/4, Rev. 1.

292. El Comité había destacado la necesidad de aprovechar el progreso y los cambios considerables ocurridos en el entorno de la investigación y había instado a la Oficina a que elaborara indicadores y evaluaciones actualizados del papel de la investigación como una función esencial de salud pública. También había subrayado la importancia de fortalecer la gobernanza de la investigación y las iniciativas de traducción del conocimiento, tanto en los Estados Miembros como en la Oficina, con miras a integrar la investigación para la salud de maneras tangibles que agregarían valor al trabajo de otros dentro de la Organización.

293. El doctor Cuervo concluyó su presentación con la observación de que el enfoque holístico de la investigación para la salud, que iba más allá del enfoque más antiguo de la investigación de salud, facilitaría la participación de los sectores pertinentes de la sociedad y el gobierno para promover la salud con equidad. También brindaría una oportunidad excelente a la OPS para lograr que la investigación científica se convirtiera en un elemento esencial de la atención de salud, la prevención y las políticas para la salud y que en la asistencia técnica de la Oficina se observaran los estándares más altos de calidad, seguridad, eficiencia y eficacia.

294. La Directora estuvo de acuerdo en que la investigación para la salud era una función esencial de la salud pública. Era importante señalar las necesidades de investigación que les permitirían a los Estados Miembros abordar las brechas en el conocimiento con relación a la reforma sanitaria, el fortalecimiento de los sistemas de salud y los problemas de salud específicos. Alentó a los Estados Miembros a que tuvieran en consideración las recomendaciones del Comité y a que se comprometieran para asegurar que se llevaran a cabo las investigaciones pertinentes.

295. El Comité Ejecutivo agradeció al Comité Asesor de Investigaciones en Salud su trabajo y tomó nota del informe.

Sistematización de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE154/INF/5)

296. La señora Piedad Huerta (Asesor Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) recordó que durante la 153.^a sesión se le había pedido a la Oficina que creara una

¹⁴ Véanse el documento CD49/10 y la resolución CD49.R10 (2009).

herramienta destinada a organizar y sistematizar los mandatos de la OPS para que los Estados Miembros y otras partes interesadas pudieran vigilar más fácilmente el progreso en las resoluciones de los Cuerpos Directivos y otros compromisos internacionales de salud pública. En consecuencia, la Oficina había creado una nueva “comunidad” de Cuerpos Directivos dentro del Repositorio Institucional para el Intercambio de Información (IRIS), que era un sistema de archivo de documentos digitales con una función de búsqueda que permitía a los usuarios hacer búsquedas por tema, tipo o número del documento, fecha, autor, o serie. Se esperaba que el sistema estuviese disponible para su uso por los Estados Miembros en septiembre del 2014.

297. Además, la Directora había emprendido una evaluación del progreso en la aplicación de las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos desde 1999 hasta el 2013. Un grupo de trabajo interprogramático interno había elaborado la metodología para la evaluación, que se describió en el documento CE154/INF/5. En el 53.º Consejo Directivo se presentaría un informe sobre la evaluación.

298. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la iniciativa para sistematizar la información sobre las resoluciones de Cuerpos Directivos y otros compromisos de salud pública. Los miembros del Comité consideraron que facilitaría el seguimiento de los mandatos tanto por la Oficina como por los Estados Miembros, ayudaría a identificar las actividades necesarias o las correcciones al curso, fortalecería la gobernanza y el liderazgo de la Organización y mejoraría la eficacia de la vigilancia del progreso de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2019 y otros mandatos de los Cuerpos Directivos. La gobernanza se contemplaba como una responsabilidad conjunta de la Oficina y los Estados Miembros, y se instó a la Oficina a que trabajara en forma similar a la Secretaría de la OMS con respecto a la reforma de la gobernanza.

299. La señora Huerta dijo que la Oficina había estado siguiendo muy de cerca los debates en la OMS sobre la gobernanza y estuvo de acuerdo en que la gobernanza era un esfuerzo conjunto. La herramienta electrónica que se pondría a la disposición de los Estados Miembros les brindaría a ellos y a la Oficina una imagen clara de los mandatos actuales y de los avances que se estaban haciendo con ellos. Como parte del examen de las resoluciones de los Cuerpos Directivos, la Oficina estaba observando cuidadosamente si estaba cumpliendo los mandatos que se le habían dado de conformidad con cada resolución. El informe que se presentaría al Consejo Directivo contendría información detallada en ese sentido e identificaría los éxitos logrados, las enseñanzas extraídas y el trabajo que todavía estaba pendiente.

300. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE154/INF/6-A, B, C, D, E, F, y G)

A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático

301. Los miembros del Comité estuvieron de acuerdo en que el cambio climático representaba una amenaza para la salud humana y los sistemas de salud, que solo podía mitigarse mediante una mayor cooperación entre el sector público y las instituciones públicas y privadas. Se destacó que el sector de la salud debía desempeñar una función de liderazgo para forjar esas alianzas y asegurar que se identificaran y se abordaran las consideraciones de salud relacionadas con el cambio climático.

302. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) estuvo de acuerdo con las observaciones del Comité y señaló que en el cuadro 1 que figuraba en el documento CE154/INF/6-A se mencionaba la participación intersectorial mejorada y un sector de la salud facultado y proactivo como factores necesarios para alcanzar el éxito al aplicar la estrategia y el plan de acción. Le recordó al Comité acerca de dos próximas reuniones que aumentarían la atención a este asunto: la Conferencia de la OMS sobre la Salud y el Clima, a celebrarse en Ginebra en agosto del 2014, y la vigésima reunión de la Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, que tendría lugar en Lima (Perú), en diciembre.

303. El Comité tomó nota del informe.

B. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas

304. El Delegado del Brasil informó sobre las actividades llevadas a cabo en su país para interrumpir la transmisión del sarampión, así como para comprobar y documentar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). Afirmó que se había controlado el reciente brote de sarampión en el Brasil.

305. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Jefe, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OSP) reconoció las contribuciones de los trabajadores de salud pública en todos los países de la Región hacia el éxito de la iniciativa. El Comité Internacional de Expertos establecido para examinar los datos probatorios acerca de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas estaba a la espera de un informe final de Brasil antes de avanzar con el proceso de certificación. En su opinión, la eliminación de estas enfermedades en las Américas servía de ejemplo para el resto del mundo. En respuesta a esa observación, un delegado sugirió que los Estados Miembros de la OPS debían abogar por la eliminación mundial del sarampión, la rubéola y el SRC.

306. La Directora felicitó a los Estados Miembros por su logro, pero advirtió que la Región solo seguiría estando libre del sarampión, la rubéola y el SRC si se mantenían las tasas altas de cobertura de vacunación.

307. El Comité tomó nota del informe.

C. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

308. Dos miembros del Comité informaron sobre el progreso de sus respectivos países para lograr la reducción de la mortalidad materna establecida de conformidad con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5; uno de estos informes tenía datos que no figuraban en el informe de la Oficina. En uno de los casos, se notificaba que las unidades de maternidad habían contribuido a esa reducción. En el otro, la reducción se atribuía a la eliminación del cobro por los servicios en el sistema de salud pública, lo que había conducido a un aumento de la atención prenatal y de los nacimientos atendidos por profesionales; a la creación de hogares de maternidad y de servicios de partos, así como a la redistribución de recursos humanos capacitados hacia las zonas pobres y rurales.

309. La doctora Suzanne Serruya (Directora, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Salud Reproductiva) dijo que los datos faltantes se incluirían en la versión revisada del informe presentado al 53.º Consejo Directivo y elogió las estrategias adoptadas para combatir la mortalidad materna, que eran ejemplos de mejores prácticas. Reiteró una cuestión planteada por diversos miembros, que era importante estudiar los casos de madres y recién nacidos con alguna enfermedad grave o complicaciones del nacimiento que estuvieron a punto de morir para comprender mejor los factores que intervenían tanto en su morbilidad como su supervivencia. Actualmente la vigilancia formal de esos casos era inadecuada, pero la Oficina estaba emprendiendo una nueva iniciativa para vigilar los casos de complicaciones graves durante el parto, e instaba a todos los Estados Miembros a que participaran.

310. El Comité tomó nota del informe.

D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

311. Se solicitó información acerca de la situación del examen del Comité de Examen del RSI de las solicitudes de prórroga al 2016 de la fecha prevista para satisfacer los requisitos de capacidad básica, de acuerdo al Reglamento. Aunque había que reconocer que muchos países habían tenido dificultades para ejecutar las capacidades básicas, los delegados instaron a que la Oficina y los Estados Miembros asignaran prioridad a las actividades necesarias para cumplir el plazo del 2016 y emprender actividades de colaboración para fortalecer las capacidades básicas del RSI.

312. Varios miembros del Comité Ejecutivo propusieron que, en lugar de un informe de progreso sobre el Reglamento, debía colocarse un punto sustantivo en el orden del día del 53.º Consejo Directivo bajo el título “Avanzar hacia una posición regional acerca de la implementación del RSI”. Se opinó que era necesario un mayor debate sobre el tema por los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS considerando los acuerdos de la Reunión Regional de las Américas sobre la Ejecución del RSI, celebrada del 29 al 30 de abril del 2014 en Buenos Aires, en respuesta a una solicitud presentada por los Estados Miembros a

la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en el 52.º Consejo Directivo.¹⁵ En particular, se consideraba importante seguir el debate de la hoja de ruta para la Región que había sido redactada y aprobada por los participantes en la reunión de Buenos Aires. En la hoja de ruta se trataban los mecanismos para vigilar el cumplimiento con el RSI y, en último término, se presentaría como recomendaciones regionales a la OMS. Entre las preocupaciones se encontraban la necesidad de vigilancia integral más allá de la ejecución de las capacidades básicas, incluida la vigilancia de su mantenimiento en el período posterior al 2016.

313. Algunos de los otros temas de interés eran la certificación de los puertos de entrada, que según algunos delegados debería seguir siendo voluntaria y llevarse a cabo a petición del país, y el desarrollo de un programa mundial de seguridad sanitaria. Se sugirió que este último ayudaría a asegurar la compatibilidad entre los requisitos de diversos organismos internacionales, no solo en cuanto a las actividades sino también en cuanto a las herramientas utilizadas para evaluarlos. Con respecto a la fiebre amarilla, se señaló que todavía no se habían hecho las revisiones sugeridas anteriormente al mapeo de las zonas de riesgo en las Américas.

314. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), al felicitar a los Estados Miembros por su progreso en la ejecución de las capacidades básicas, dijo que todavía no disponía de información sobre la fecha de la reunión del Comité de Examen del RSI. Con respecto a la fiebre amarilla, explicó que el mapa de áreas de riesgo era administrado por un comité de expertos internacionales en Ginebra y prometió comunicar la información acerca de las revisiones recomendadas. Estuvo de acuerdo plenamente con la opinión de que cada país tenía el derecho soberano a tomar decisiones acerca de los asuntos voluntarios como la certificación de los puertos o la adopción de cambios recientes en las directrices para la inmunización contra la fiebre amarilla.

315. Aceptó las sugerencias acerca de los preparativos mundiales y una agenda mundial de seguridad sanitaria y destacó la importancia de conseguir que las iniciativas para ejecutar las capacidades básicas colaboraran y no compitieran entre ellas. Los ministerios de salud deberían esforzarse por incluir a otros sectores en las actividades para lograr las capacidades básicas. Asimismo, la OMS y la OPS debían mantener la participación con entidades internacionales y regionales externas al sector de la salud, como el Organismo Internacional de Energía Atómica, la Organización de Aviación Civil Internacional y el Comité interamericano sobre puertos de la Organización de los Estados Americanos, todos los cuales había estado representados en la reunión de Buenos Aires.

316. La Directora dijo que el punto del orden del día propuesto del RSI, de acuerdo con lo solicitado por el Comité, se colocaría bajo Temas de Política del Programa en el orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo (véanse párrafos 11 a 16 anteriores).

317. El Comité tomó nota del informe.

¹⁵ Decisión CD52(D5) (2013).

E. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

318. El Comité aprobó el progreso logrado hasta la fecha en la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y relacionadas con la pobreza. Se señaló que los logros descritos en el informe de progreso indicaban claramente que la meta era alcanzable.

319. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) felicitó a los Estados Miembros por todo lo que habían avanzado en la eliminación de varias de las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza. Les instó a que mantuvieran su voluntad política y sus actividades para que, con el apoyo constante de la Oficina, pudieran eliminar definitivamente esas enfermedades. Elogió el convenio de cooperación reciente entre Brasil y Venezuela encaminado a eliminar la oncocercosis entre las poblaciones yanomami de la región fronteriza e informó que las representaciones de la OPS/OMS en esos países estaban ayudando a facilitar la preparación de un plan de operación. También felicitó al Ecuador, que estaba a punto de ser certificado como país libre de la oncocercosis. Si se otorgaba la certificación, y las indicaciones iniciales eran que las perspectivas eran buenas, sería el segundo país de la Región (después de Colombia) en alcanzar esa meta.

320. La Directora se unió al aplauso y al agradecimiento para los Estados Miembros por sus extraordinarios esfuerzos en esta área. Haciendo hincapié en la nueva amenaza de enfermedades infecciosas planteada por la epidemia de fiebre chickungunya en el Caribe, dijo que se había previsto que la enfermedad pronto se propagaría a otras partes de la Región. Por consiguiente, los Estados Miembros debían empezar de inmediato a ejecutar planes de prevención, que debían incluir las mismas medidas preventivas que las utilizadas contra el dengue.

321. El Comité tomó nota del informe.

F. Plan de acción de hospitales seguros

322. Se señaló que los desastres que habían ocurrido desde la adopción del Plan de Acción sobre Hospitales Seguros en el 2010 habían destacado el progreso logrado en la reducción de riesgos de desastres, pero también habían revelado con cuánta facilidad los hospitales, centros de salud y sistemas de salud pública podrían ser sobrecargados por emergencias de salud pública y desastres. Se instó a la Oficina a que facilitara las oportunidades de intercambio de información técnica y de pericia e impartiera capacitación a los Estados Miembros para la construcción de los hospitales seguros que seguirían siendo estructuralmente sólidos y capaces de funcionar en una situación de emergencia.

323. El doctor Ciro Ugarte (Director Interino, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) dijo que esas observaciones se tendrían en cuenta en el trabajo futuro de acuerdo al Plan de acción. En la Región de las Américas se habían logrado los mayores avances con respecto a la Iniciativa

Hospitales Seguros, y la documentación sobre el tema producida por los expertos latinoamericanos se había traducido a siete idiomas y se estaba utilizando en países de todo el mundo. El trabajo ejecutado en la Región había mostrado que era posible, con niveles relativamente bajos de inversión, no solo hacer los hospitales más seguros, sino también lograr que consumieran menos energía y se adaptaran mejor al cambio climático.

324. El Comité tomó nota del informe.

G. Situación de los centros panamericanos

325. El trabajo de los diversos centros panamericanos se consideraba de gran importancia para la Región. En particular, se habían recibido con beneplácito las contribuciones del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para la inocuidad de los alimentos y para la prevención y el control de las zoonosis, así como para la eliminación de la fiebre aftosa. Se sugirió que debería implantarse una nueva estructura administrativa similar a la del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) a fin de permitir una mayor participación de los Estados Miembros en la gobernanza de PANAFTOSA y mejorar la coordinación entre los países de las actividades de eliminación de la fiebre aftosa; este mecanismo quizá adoptaría la forma de una comisión o junta directiva, con representación equitativa de las subregiones. El Gobierno del Paraguay ofreció organizar un evento internacional para analizar esta idea más a fondo y formular una propuesta.

326. La Directora recordó que, de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2019, se había asignado una prioridad muy baja a la fiebre aftosa. No obstante, la Oficina reconocía que aunque no se trataba de una enfermedad humana, la fiebre aftosa era un tema importante de salud, económico y social para varios países de la Región y había seguido su trabajo para apoyar los esfuerzos de eliminación. Sin embargo, carecía de los recursos para finalizar todo el trabajo necesario para alcanzar la meta de erradicación y, por consiguiente, le complacería trabajar con los Estados Miembros en el desarrollo de un mecanismo de gobernanza participativa. La Oficina también agradecería la oportunidad de colaborar con los ministerios de agricultura y las asociaciones de sanidad animal en los países pertinentes para garantizar financiamiento suficiente para el trabajo de PANAFTOSA.

327. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE154/INF/7-A y B)

A. Sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud

328. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la Sexagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS, al señalar que en el breve período transcurrido desde la Asamblea, la Oficina había

hecho un análisis preliminar de las implicaciones para la Región de las resoluciones aprobadas y presentaría un estudio más detallado durante el 53.º Consejo Directivo. Dirigió especial atención a la resolución sobre la estrategia y las metas mundiales para prevención, atención, y el control de la tuberculosis después del 2015 (WHA67.1), observando que se había aprobado apenas un año antes de finalizar el plazo para la ejecución de la Estrategia Regional de la OPS para Control de la Tuberculosis para 2005-2015, en cuyo momento la Oficina examinaría los resultados logrados y quizá propusiera una nueva iniciativa alineada con la estrategia mundial. Con respecto a la resolución WHA67.15 sobre el fortalecimiento de la función del sistema de salud para abordar la violencia, en particular contra las mujeres y los niños, observó que la OPS tenía una larga historia de trabajar prevenir y responder a la violencia interpersonal, incluida la violencia contra la mujer, con varios documentos y mandatos que guiaban el trabajo de la Organización en el área. En cuanto a la resolución sobre la resistencia a los antimicrobianos, la WHA67.25, los Estados Miembros quizá desearían considerar la conveniencia de aprobar una resolución regional sobre este tema en un futuro cercano.

B. Organizaciones subregionales

329. La doctora Beverley Barnett (Jefa Interina, Coordinación Subregional y de País, OSP) informó que el Consejo de Desarrollo Humano y Social de la Comunidad del Caribe (CARICOM) había tratado los temas relacionados con el programa de acción sanitaria de CARICOM; la Cooperación para la Salud en el Caribe, fase III; el Organismo de Salud Pública del Caribe; enfermedades transmisibles y no transmisibles; el VIH y el SIDA; el Reglamento Sanitario Internacional (2005); la Política Farmacéutica Regional; y gestión de calidad de los laboratorios.

330. En Centroamérica, la XXIX Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) había considerado los temas de gobernanza y acceso al agua con un enfoque de derechos humanos; las enfermedades infecciosas desatendidas; la repercusión de la drogadicción en la subregión; y reglamentación de los medicamentos y la tecnología. El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) había aprobado los indicadores para vigilar la puesta en práctica del Plan de Salud para Centroamérica y República Dominicana y había solicitado a la OPS/OMS que ayudara a formular una resolución para empezar a trabajar en una política sanitaria de SICA. COMISCA también se proponía colaborar con la OPS a fin de elaborar un modelo para el trabajo complementario entre RESSCAD y COMISCA.

331. En América del Sur, la Reunión de los Ministros de Salud de la Zona Andina (REMSAA) había considerado los indicadores básicos de vigilancia de los sistemas nacionales de salud para el acceso universal; salud intercultural; el acceso a los medicamentos; y la formulación de una política sobre discapacidad. Los Ministros de Salud del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) habían abordado la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles prioritarias para la Región: el dengue, el sarampión, la gripe, la tuberculosis y la malaria. También habían tratado las actividades de salud binacionales en el contexto de la Copa Mundial que tenía lugar en el Brasil,

especialmente con respecto a esas enfermedades. Se habían presentado perfiles de sistemas de salud para Brasil y Uruguay y, además, se abordó el tema del proyecto *Mais Médicos*. La Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), a través de sus diversos órganos de salud, había abordado la vigilancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la inclusión de salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015, la fijación de precios de los medicamentos y un Día Sudamericano para la donación de leche materna.

332. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Clausura de la sesión

333. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 154.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

334. A continuación se incluyen las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 154.^a sesión:

Resoluciones

CE154.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CE154/21, Rev. 1 y Add. I);

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

Observando que 18 Estados Miembros no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2014,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE154/21, Rev. 1 y Add. I).
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.

3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2014 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 53.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 16 de junio del 2014)

CE154.R2: Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019 (documento CE154/16, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el 53.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD
EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019 (documento CD53/__);

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

Consciente de que el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en la niñez y la adolescencia en la Región de las Américas, y de que el problema ya ha llevado a que se emprendan diversas iniciativas de control a escala local así como a escala nacional por parte de los Estados Miembros;

Reconociendo que el conocimiento científico y de salud pública acerca de los mecanismos que actúan en la epidemia actual de la obesidad y de las medidas del ámbito público requeridas para controlarla es vasto y sólido;

Consciente de que el presente plan de acción está en consonancia con los mandatos internacionales establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la *Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud* (WHA57.17 [2004]) y el *Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* (WHA65.6 [2012]), además de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS como la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez* (CSP28/10 [2012]), la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (CD48.R5 [2008]), la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015* (CD47/18 [2006]), la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* y el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documentos CSP28/9, Rev. 1 [2012] y CD52/7, Rev. 1 [2013]), así como con la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989),

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) otorguen prioridad y aboguen al nivel más alto para que se ejecute este plan de acción;
 - b) promuevan la coordinación entre los ministerios y las instituciones públicas, principalmente en los sectores de la educación, la agricultura y la ganadería, las finanzas, el comercio, el transporte y la planificación urbana, así como con las autoridades locales de las ciudades, a fin de alcanzar el consenso a nivel nacional y de combinar sinérgicamente las medidas para detener el avance de la epidemia de la obesidad en la niñez;
 - c) apoyen y dirijan iniciativas conjuntas del sector público y el privado y las organizaciones de la sociedad civil en torno a este plan de acción;
 - d) elaboren programas y planes de comunicación masiva para difundir el plan de acción y educar al público sobre los asuntos relativos a los alimentos, la alimentación saludable y el valor de las tradiciones culinarias locales congruentes con la alimentación saludable;
 - e) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas, los planes, los programas, la legislación y las intervenciones que permita determinar la repercusión de la ejecución del plan de acción;

- f) procuren que se establezcan procesos para que haya análisis y revisión externa de la ejecución del plan sobre la base de las prioridades, las necesidades y las capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) preste apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otros organismos y comités de las Naciones Unidas como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa Mundial de Alimentos y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, otros interesados directos y donantes, al igual que los sectores nacionales, a fin de trabajar conjuntamente en torno a este plan de acción, en particular las actividades a nivel subregional y de país;
 - b) promueva la ejecución y la coordinación del plan de acción para garantizar que las actividades sean transversales entre las distintas áreas programáticas de la Organización y los distintos contextos subregionales y regionales;
 - c) promueva y consolide la cooperación con los países y entre ellos, y el intercambio de experiencias y enseñanzas;
 - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el avance y las limitaciones en la ejecución de este plan de acción, así como sobre su adaptación a nuevos contextos y necesidades.

(Tercera reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R3: Nombramiento de un miembro para integrar el comité de auditoría de la OPS

LA 154.^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;

De conformidad con 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. Agradecer al señor Alain Gillette por sus años de servicio al Comité de Auditoría de la OPS.
3. Nombrar al señor Nicholas Treen para integrar el Comité de Auditoría de la OPS por un período de tres años, que comenzará en junio del 2014 y concluirá en junio del 2017.

(Tercera reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R4: Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el informe de la Directora sobre la *Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo* (documento CE154/24, Rev. 1);

Observando que en las disposiciones del artículo VII del Reglamento Financiero se estipula que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo determinarán periódicamente el monto y las finalidades del Fondo de Trabajo;

Observando con preocupación las exigencias cada vez mayores que pesan sobre el Fondo de Trabajo a medida que se amplían las actividades del presupuesto ordinario de la Organización;

Observando la necesidad de situar adecuadamente a la Organización para hacer frente a las incertidumbres de los ingresos y los ciclos presupuestarios,

RESUELVE:

Recomendar al 53.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**SITUACIÓN Y NIVEL AUTORIZADO DEL
FONDO DE TRABAJO**

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el informe de la Directora sobre la *Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo* (documento CD53/___);

Habiendo observado que la Directora ha repuesto el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado actual de US\$ 20,0 millones;¹

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en cuanto a que se aumente el nivel autorizado del Fondo de Trabajo en reconocimiento de las mayores exigencias que pesan sobre el Fondo de Trabajo a medida que se amplían las actividades del presupuesto ordinario de la Organización, así como la necesidad de asegurar que el programa se lleve a cabo de una manera eficiente y ordenada,

RESUELVE:

1. Aprobar un aumento del nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20,0 millones a \$25,0 millones.
2. Autorizar a la Directora a financiar el aumento del Fondo de Trabajo a partir de cualquier excedente del ingreso sobre el gasto que se produzca como resultado de la mayor eficiencia lograda en la ejecución del Programa y Presupuesto, comenzando en el bienio 2014-2015 en curso.

(Tercera reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R5: Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* (documento CE154/14),

RESUELVE:

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

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en la presente resolución se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DISCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* (documento CD53/___);

Reconociendo que la prevalencia de las discapacidades va en aumento debido, entre otras cosas, al envejecimiento de la población, al incremento de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, al abuso de sustancias, a las lesiones ocupacionales y a las causadas por el tránsito, así como a la violencia y las crisis humanitarias;

Reconociendo que la discapacidad es un problema de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo;

Entendiendo que las personas con discapacidad presentan los peores resultados de salud, si se comparan con la población sin discapacidad, y que afrontan estigma y obstáculos para acceder a los servicios;

Reconociendo que la rehabilitación de base comunitaria crea el entorno apropiado para ofrecer una atención de salud de calidad y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad;

Entendiendo que invertir en la habilitación y rehabilitación y en el suministro de dispositivos tecnológicos de ayuda es importante para que las personas con discapacidad lleven una vida independiente, se integren a sus familias y a su comunidad, y además, contribuye a reducir la necesidad de servicios formales de apoyo y a aliviar la carga física y psicológica de los cuidadores;

Considerando que en la resolución CD47.R1 (2006), *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*, se insta a los Estados Miembros a que formulen y adopten políticas, planes y leyes en materia de salud, habilitación y rehabilitación, de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables;

Considerando que, en mayo del 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud debatió un *Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad*, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el consenso de sus Estados Miembros, elaboró el presente plan de acción que está alineado con el proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021 y con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 aprobado por el Consejo Directivo en el 2013;

Observando que el presente plan de acción aborda los objetivos esenciales para responder a las necesidades de los países,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* y su aplicación en el contexto de las condiciones especiales de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta las responsabilidades compartidas en los estados federados:
 - a) incluyan a la discapacidad como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud para asegurar la ejecución de los planes correspondientes que conduzcan al acceso universal y equitativo de las personas con discapacidad y sus familias a los servicios y programas de salud, lo que comprende la habilitación y rehabilitación, el suministro de dispositivos tecnológicos de ayuda y otros apoyos;
 - b) fortalezcan los marcos y reglamentaciones legales en los países y su aplicación para proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y las normas internacionales aplicables;
 - c) apoyen la participación de la sociedad civil en las actividades para promover y proteger la salud de las personas con discapacidad, a fin de asegurar que estas sean consultadas a través de las organizaciones que las representan y puedan participar activamente en la formulación de políticas y leyes, así como en el establecimiento de los servicios que les incumban;
 - d) fortalezcan la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, en el marco de las redes integradas de servicios, al ampliar las acciones a la prevención de discapacidades, detección e intervención temprana, acceso a dispositivos tecnológicos y otros apoyos;
 - e) continúen los esfuerzos para hacer evolucionar el modelo hospitalario de atención a la discapacidad hacia uno de base comunitaria donde se integre el trabajo en la atención primaria de salud y se establezcan servicios de rehabilitación ambulatorios, descentralizados y cercanos a la población;
 - f) aseguren una respuesta apropiada de los servicios de salud a las particularidades de los grupos vulnerables o con necesidades especiales en situación de discapacidad;
 - g) consideren el fortalecimiento y la capacitación regular de los recursos humanos como un componente clave del mejoramiento de la respuesta de los servicios;
 - h) mejoren la producción, análisis y uso de los datos sobre discapacidad, en el marco de los sistemas nacionales de información, y apliquen herramientas válidas y

coherentes con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud;

- i) apoyen la investigación sobre temas prioritarios en el campo de la discapacidad;
- j) apliquen un abordaje multisectorial eficaz con mecanismos de coordinación entre los ministerios y las organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y otros servicios conexos;
- k) atiendan la salud de los cuidadores;
- l) promuevan el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los países.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) fortalezca la cooperación de la OPS con los Estados Miembros para promocionar y proteger la calidad de vida de las personas con discapacidad y el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
- b) apoye a los Estados Miembros en la elaboración, revisión y ejecución de planes nacionales de discapacidad y rehabilitación, así como en la actualización de las leyes;
- c) colabore en las evaluaciones de los programas y servicios de habilitación y rehabilitación de los países, en particular mediante el seguimiento de los indicadores de éxito para evaluar los avances y el impacto de las intervenciones;
- d) apoye a los Estados Miembros para fortalecer sus sistemas de información sobre salud, a fin de producir, analizar y utilizar datos de discapacidad;
- e) fomente las alianzas con organizaciones internacionales y otras instancias regionales y subregionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se necesita en el proceso de ejecución de este plan de acción;
- f) facilite la difusión de información e intercambio de experiencias y buenas prácticas, además de promover la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- g) facilite la colaboración de los Estados Miembros con entidades docentes, organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de personas con discapacidades y con aquellas que promuevan la protección y el respeto de las personas con discapacidad.

(Cuarta reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R6: Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (documento CE154/27);

Observando la necesidad de financiar adecuadamente la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP en previsión de los costos por contingencias imprevistas durante la implementación,

RESUELVE:

Recomendar al 53.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ESTADO DEL PROYECTO DE MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

EL 53.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (documento CD53/__);

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo relativa a las necesidades de financiamiento de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) en previsión de los costos por contingencias durante la implementación a fin de satisfacer los requisitos imprevistos pero esenciales para el diseño del sistema de ERP,

RESUELVE:

1. Aprobar un aumento del presupuesto autorizado para la modernización del PMIS de US\$ 20,3 millones¹ a \$22,5 millones.
2. Autorizar a la Directora a que financie el déficit previsto de \$2,2 millones en el presupuesto autorizado para la modernización del PMIS de la siguiente manera:

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

- a) saldo no utilizado de los proyectos aprobados para ser financiados a partir de la Cuenta Especial: \$100.000,
- b) fondos del saldo sin asignar del excedente de la aplicación de las IPSAS: \$2.100.000.

(Cuarta reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R7: Uso del saldo resultante de la terminación de proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial al 31 de diciembre del 2013 (documento CE154/25);

Considerando que el proyecto 1.A, “Centro de Operaciones de Emergencia y Centro de Conocimientos”, se terminó y arrojó un saldo de US\$ 91.300,¹ y que el proyecto 4.A, “Mejoras de los edificios: mejoras relativas a las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS) y otras medidas de seguridad” también se terminó y arrojó un saldo de \$9.213;

Tomando nota de que la Oficina Sanitaria Panamericana propone transferir los dos saldos anteriores al proyecto 3.D, “Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: fase 2”, lo cual representaría una asignación adicional de \$100.513 a este proyecto,

RESUELVE:

1. Reducir el financiamiento aprobado a partir de la Cuenta Especial para el proyecto 1.A, “Centro de Operaciones de Emergencia y Centro de Conocimientos”, en \$91.300, con lo cual el financiamiento total del proyecto 1.A quedó en \$2.808.700.
2. Reducir el financiamiento aprobado a partir de la Cuenta Especial para el proyecto 4.A, “Mejoras de los edificios: mejoras relativas a las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS) y otras medidas de seguridad”, en \$9.213, con lo cual el financiamiento total del proyecto 4.A quedó en \$290.787.
3. Aumentar el financiamiento para el proyecto 3.D, “Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: fase 2”, en \$100.513, con

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en esta resolución se expresan en dólares de Estados Unidos.

lo cual el financiamiento total para este proyecto 3.D a partir de la Cuenta Especial será de \$9.328.850.

(Cuarta reunión, 17 de junio del 2014)

CE154.R8: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 154.^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 CE154/6, Rev. 1);

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) la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI),
 - b) el Centro del Instituto de Recursos Mundiales para el Transporte Sostenible (EMBARQ),
 - c) la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (NAHH).
2. Aprobar la solicitud presentada por las siguientes organizaciones no gubernamentales de entablar relaciones oficiales de trabajo con la OPS por un período de cuatro años:
 - a) el Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud (ACHE),
 - b) la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición (ASHA),
 - c) la Oficina Regional de Consumers International para América Latina y el Caribe (CIROLAC).
3. Tomar nota del informe de progreso sobre 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, 18 de junio del 2014)

CE154.R9: Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EXECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* (documento CE154/18),

RESUELVE:

Recomendar al 53.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

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

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* (documento CD53/_);

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

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

Apreciando los esfuerzos emprendidos por los Estados Miembros en los últimos años para prevenir la ceguera evitable, pero consciente de la necesidad de consolidar los logros;

Recordando la resolución CD47.R1 (2006) del Consejo Directivo, *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos humanos relacionados*,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* para el 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales:
 - a) fortalezcan las iniciativas nacionales para prevenir los impedimentos visuales evitables por medio de, entre otras cosas, la mejora de la integración de la salud ocular en los planes nacionales de salud y la prestación de servicios de salud, según sea el caso;
 - b) pongan en práctica las acciones propuestas en el plan de acción 2014-2019, de acuerdo a las prioridades nacionales y el acceso universal a los servicios;
 - c) consideren las consecuencias presupuestarias relacionadas;
 - d) fomenten las alianzas entre el sector público, organizaciones no gubernamentales, sector privado, sociedad civil y comunidades en los programas y actividades que promueven la prevención de la ceguera;
 - e) promuevan la cooperación entre países en las áreas de prevención y atención de la ceguera y de la deficiencia visual;
 - f) resguarden los derechos humanos de las personas con discapacidad y actualicen sus leyes sobre discapacidad, según corresponda, y las adapten de conformidad con la normativa y los estándares internacionales aplicables.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye la ejecución del plan de acción para mantener y fortalecer la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los Estados Miembros en materia de prevención de la ceguera;
 - b) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de las medidas propuestas en el presente plan de acción, de conformidad con las prioridades nacionales y los instrumentos universales y regionales de derechos humanos aplicables a la salud y la discapacidad;

- c) apoye la ejecución del presente plan de acción, en particular en lo que se refiere a la inclusión del acceso universal y equitativo a los servicios;
- d) siga otorgando prioridad a la prevención de la ceguera evitable, y considere la posibilidad de asignar recursos para la ejecución del presente plan de acción;
- e) promueva la cooperación técnica entre países y la forja de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades destinadas a la protección de la salud ocular.

(Sexta sesión, 18 de junio del 2014)

CE154.R10: Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 154.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 CE154/28;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud en cuanto al sueldo del Director General Adjunto, de los Subdirectores Generales y de los Directores Regionales;

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

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

RESUELVE:

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2014, en cuanto al subsidio por nuevo destino, la prima por terminación del servicio, el aumento de sueldo dentro del mismo grado basado en el tiempo de servicio y la licencia por adopción.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2014, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 171.007¹ antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$133.205 (con familiares a cargo) o de \$120.527 (sin familiares a cargo).

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

3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2014, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$172.436 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$134.205 (con familiares a cargo) o de \$121.527 (sin familiares a cargo).

4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2014, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$189.744 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$146.321 (con familiares a cargo) o de \$131.682 (sin familiares a cargo).

(Séptima reunión, 19 de junio del 2014)

CE154.R11: Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* (documento CE154/19),

RESUELVE:

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

PLAN DE ACCIÓN PARA COORDINAR LA ASISTENCIA HUMANITARIA

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* (documento CD53/);

Reconociendo que los países de la Región de las Américas han aumentado su capacidad para responder con sus propios recursos humanos y materiales a emergencias y desastres, pero que, sin embargo, en eventos de mayor magnitud, sigue siendo necesaria la asistencia internacional para complementar los esfuerzos del país afectado;

Entendiendo que la asistencia humanitaria exige el establecimiento de mecanismos adecuados de coordinación nacional e internacional para asegurar que las intervenciones se lleven a cabo de acuerdo a las normas humanitarias internacionales acordadas, incluidas la atención médica y las intervenciones de salud pública, respetando la cultura y las costumbres de los países afectados;

Reconociendo que los desastres pueden acentuar las desigualdades e inequidades existentes, y que las acciones que tienden a fortalecer las capacidades de coordinación de la asistencia brindan la posibilidad de incluir aspectos como la protección de los grupos vulnerables, la equidad de género y la identificación de necesidades culturales o de grupos étnicos;

Considerando que la reforma humanitaria y la agenda transformativa de las Naciones Unidas, las resoluciones CD45.R8 (2004) y CSP28.R19 (2012) de la OPS/OMS y WHA65.20 (2012) de la OMS instan a mejorar la coordinación entre los diferentes actores que trabajan en la respuesta a emergencias con la finalidad de optimizar la respuesta y la rendición de cuentas de la cooperación internacional;

Reconociendo la función única y fundamental de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de la Ayuda Humanitaria (OCHA) en la coordinación de las actividades humanitarias internacionales, y considerando debidamente la función de las autoridades nacionales de manejo de desastres;

Reconociendo que el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, aprobados por el 52.º Consejo Directivo de la OPS, establecen que los países contarán con un mecanismo de coordinación de emergencias en el ámbito de la salud que cumpla con los requisitos mínimos para un desempeño satisfactorio;

Reconociendo la complejidad y el papel crucial del sector de la salud en el inicio de la respuesta a un desastre o emergencia, y que la coordinación de la ayuda internacional de salud podría reflejarse mejor en los mecanismos multisectoriales nacionales e internacionales;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que fortalezca al sector de la salud en los Estados Miembros y aumente su capacidad para mejorar, de forma eficaz y eficiente, la coordinación para la recepción y el envío de la ayuda humanitaria relacionada con la salud en situaciones de emergencia y desastres, con el fin de salvar el mayor número de vidas posible y proteger la salud de la población afectada,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* y apoyar su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) participen en la conformación de un grupo de consulta regional de carácter temporal;

- b) participen en la red de salud para emergencias y desastres en las Américas, y promuevan y faciliten la incorporación a ella de las acciones y esfuerzos bilaterales y multilaterales de cooperación en el sector de la salud presentes actualmente en la Región;
 - c) consideren la implementación, según sea apropiado de acuerdo con las reglas de las Naciones Unidas y en coordinación con las autoridades nacionales existentes de manejo del riesgo de desastres, de un mecanismo flexible de registro de equipos médicos internacionales y multidisciplinarios de salud y los procedimientos de respuesta inmediata en las Américas;
 - d) faciliten y cooperen en la interconexión de los sistemas logísticos relacionados con la salud en las Américas en una red para agilizar la asistencia humanitaria en el sector de la salud en la Región;
 - e) impulsen y promuevan la implantación de mecanismos de coordinación con otros sectores;
 - f) promuevan y faciliten la capacitación de sus recursos humanos para emergencias y desastres.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) respalde la coordinación y ejecución del plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria en el ámbito internacional y preste la cooperación técnica necesaria a los países;
 - b) facilite y promueva la creación de un mecanismo flexible de registro de equipos médicos internacionales y equipos de salud con enfoque multidisciplinario, y los procedimientos de respuesta inmediata en las Américas, en coordinación con la OMS y OCHA, y de acuerdo con los lineamientos de la OMS;
 - c) facilite la conformación de un grupo de consulta regional temporal con expertos de los países para revisar, armonizar, actualizar y difundir procedimientos y mecanismos de asistencia humanitaria en el ámbito de la salud en la Región;
 - d) ejerza la secretaría de dicho grupo de consulta regional;
 - e) promueva la formación de alianzas entre países, con foros de integración regional, organismos internacionales, instituciones científico-técnicas, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, para ampliar la capacidad de los Estados Miembros de responder a las emergencias de salud.

(Séptima reunión, 19 de junio del 2014)

CE154.R12: Plan de acción sobre salud mental

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción sobre salud mental* (documento CE154/15),

RESUELVE:

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

PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre salud mental* (documento CD53/__);

Reconociendo que en el mundo hay una prevalencia alta de trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y que esto contribuye de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, y que, además, existe una elevada brecha de tratamiento;

Entendiendo que no hay salud sin salud mental, concebida esta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”;¹

Considerando que, en el 2009, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*; y que, durante el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, y que también en ese mismo año, la OPS adoptó su Plan Estratégico 2014-2019, resulta conveniente y necesario actualizar y alinear nuestro plan regional de acción sobre salud mental con el Plan estratégico de la OPS y con el plan de acción integral sobre salud mental de la OMS;

Recordando los instrumentos internacionales fundamentales sobre derechos humanos, tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;

¹ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, anexo, pág. 3, (2013).

Observando que el *Plan de acción sobre salud mental* aborda las líneas de acción fundamentales para responder a las diversas necesidades de salud mental de los países,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre salud mental* y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país para responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional a que:
 - a) incluyan la salud mental y la promoción de la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, para asegurar la ejecución de planes de salud mental que tengan en consideración el déficit y la distribución desigual de recursos existente en algunos países;
 - b) fortalezcan, formulen, revisen y, si fuera necesario, reformen los marcos legales de los países y su aplicación para proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales;
 - c) apoyen la participación de la sociedad civil, y en particular de las asociaciones de usuarios y de familiares, en la planificación y ejecución de actividades para promover y proteger la salud mental de la población;
 - d) promuevan el acceso universal y equitativo a la atención integral de salud mental para toda la población y con base comunitaria, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental en el marco de las redes integradas de servicios, con particular énfasis en la reducción de la brecha de tratamiento existente;
 - e) continúen los esfuerzos para evolucionar del modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia uno de base comunitaria donde se integre el componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, y se establezcan servicios de salud mental descentralizados y cercanos a la población;
 - f) aseguren una apropiada respuesta de los servicios de salud mental a las particularidades de los grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades especiales;
 - g) aseguren la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia y desastres;
 - h) consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave para el mejoramiento de la capacidad de respuesta de los servicios y, en particular, la atención primaria, para lo cual resulta esencial la ejecución regular de programas de capacitación;
 - i) impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, con atención particular en el ciclo de vida;

así como para abordar el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales;

- j) emprendan intervenciones específicas para la prevención del suicidio que incluyan el mejoramiento de los sistemas de información y vigilancia;
- k) reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como el desarrollo de la investigación;
- l) fortalezcan las alianzas gubernamentales multisectoriales, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y otros actores sociales claves.

3. Solicitar a la Directora a que:

- a) apoye a los Estados Miembros en la elaboración, revisión, fortalecimiento y ejecución de planes nacionales de salud mental y marcos legales, que tengan como referencia este plan de acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención de los grupos en situación de vulnerabilidad y con necesidades especiales;
- b) colabore en las evaluaciones de los programas y servicios de salud mental de los países para que se emprendan las acciones apropiadas basadas en un diagnóstico de la situación existente;
- c) prepare y difunda entre los Estados Miembros un documento técnico complementario sobre recomendaciones de opciones prácticas para implementar este plan en los países, así como sobre la medición de los indicadores sugeridos;
- d) facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- e) fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otras instancias regionales y subregionales en apoyo a la respuesta integral que se necesita en el proceso de ejecución de este plan de acción.

(Octava reunión, 19 de junio del 2014)

CE154.R13: Premio OPS en Administración (2014)

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2014)* (documento CE154/5, Add. I);

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

RESUELVE:

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS en Administración (2014) por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de su país y de la Región.
2. Sobre la base de la recomendación del Jurado, conceder el Premio OPS en Administración (2014) al doctor Miguel Ángel Lezana Fernández, de México, por sus destacadas contribuciones a la salud pública ejemplificadas por su trabajo y liderazgo en el campo de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información sanitaria; por su notable trayectoria y sus contribuciones a la administración de los servicios de salud como gerente y líder, corroboradas por los cargos docentes y administrativos que ha desempeñado y por el extenso número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales; por sus sobresalientes aportes a la educación médica; por su significativa contribución a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en especial por el liderazgo demostrado en México durante la transición a la CIE-10 y el establecimiento de un centro colaborador de la OPS/OMS; y por su liderazgo en México en la preparación y respuesta a la gripe por A(H1N1)pdm09 ocurrida en el 2009, que contribuyó significativamente a la respuesta de los sistemas de salud de toda la Región.
3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2014)* (documento CE154/5, Add. I) al 53.^o Consejo Directivo.

(Octava reunión, 19 de junio del 2014)

CE154.R14: Plan de acción sobre la salud en todas las políticas

LA 154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento CE154/17),

RESUELVE:

Recomendar al 53.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento (CD53/));

Considerando la Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas como un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tiene en cuenta las implicaciones para la salud de las decisiones, busca sinergias y evita efectos perjudiciales para la salud a fin de mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud, así como el *Health in All Policies Framework for Country Action* establecido por la OMS, que plantea seis componentes clave que se deben abordar para poner en práctica el enfoque de la salud en todas las políticas;

Recordando la Declaración de Alma-Ata, con su énfasis en una estrategia de atención primaria de salud, y la *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*, con su llamado a la coordinación, la cooperación y la acción intersectorial en materia de salud entre los sectores y aspectos pertinentes del desarrollo nacional y de la comunidad, así como el llamado de la Carta de Ottawa a formular políticas públicas favorables y crear entornos propicios para la salud;

Reconociendo la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud y su llamado a elaborar y ejecutar medidas enérgicas, basadas en la evidencia y fiables de bienestar social, cuando sea posible sobre la base de los indicadores, normas y programas existentes en todo el gradiente social, que vayan más allá del crecimiento económico, y reconociendo la importante función de promoción del enfoque por parte de los ministerios de salud a este respecto;

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

Reconociendo que los beneficios de salud no han sido compartidos por igual por los países de la Región y dentro de ellos, que la inequidad sigue siendo uno de los mayores retos para la salud y el desarrollo sostenible en la Región de las Américas, y que el aumento de la migración, el envejecimiento de la población y el incremento relacionado de las enfermedades no transmisibles son las tendencias más importantes que configuran la salud en el continente americano;

Reconociendo el Plan de Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y, especialmente, su categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida),

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales, a que:
 - a) aboguen por la salud y la promoción de la equidad en materia de salud como una prioridad y tomen medidas eficaces en relación con los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la equidad en materia de salud;
 - b) adopten medidas eficaces, incluidas, cuando proceda, las relacionadas con la legislación vigente, las estructuras, los procesos y los recursos, que permitan establecer políticas públicas que tengan en cuenta y aborden sus repercusiones sobre la salud, la equidad en materia de salud y los determinantes de la salud, e implanten mecanismos para medir y llevar a cabo un seguimiento de los determinantes de la salud y las disparidades en materia de salud;
 - c) desarrollen y mantengan, cuando proceda, la capacidad y aptitudes institucionales adecuadas y sostenibles para lograr, mediante acciones en todos los sectores, mejores resultados desde la perspectiva de la salud y la equidad en materia de salud;
 - d) utilicen las herramientas pertinentes para identificar, evaluar, movilizar y fortalecer la participación y las actividades multisectoriales en pro de la salud, incluidos, según corresponda, comités interministeriales, presupuestos y contabilidad integrados y análisis de las repercusiones sobre la salud;
 - e) fortalezcan la diligencia y la rendición de cuentas debidas y aumenten la transparencia de la toma de decisiones y el compromiso;
 - f) involucren, según corresponda, a las comunidades locales y los actores de la sociedad civil en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores, incluidos mecanismos para la participación de las comunidades y la participación pública;
 - g) contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 al hacer hincapié en que las políticas de sectores diferentes del sector de la salud tienen repercusiones importantes en los resultados en materia de salud, y determinar las sinergias entre los objetivos de las políticas en el sector de la salud y en otros sectores;
 - h) impulsen la participación activa de la autoridad de salud con otros sectores.

3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye los esfuerzos nacionales para mejorar la salud y el bienestar y garantizar la equidad en materia de salud, incluidas medidas en todos los sectores relacionadas con los determinantes de la salud y los factores de riesgo de las enfermedades mediante el fortalecimiento de los conocimientos y la evidencia para promover la salud en todas las políticas;
 - b) proporcione, previa solicitud, orientación y asistencia técnica a los Estados Miembros en sus esfuerzos por aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas, incluido el desarrollo de las capacidades, las estructuras, los mecanismos y los procesos necesarios para medir y llevar a cabo un seguimiento de los determinantes de la salud y las disparidades en materia de salud;
 - c) fortalezca la función, las capacidades y los recursos de conocimientos de la OPS, a fin de proporcionar orientación y asistencia técnica encaminadas a apoyar el establecimiento de políticas en todos los sectores en los diversos niveles de gobernanza, y procurar la coherencia y la colaboración con las propias iniciativas de la OPS que requieren acciones en todos los sectores, incluso en la respuesta regional a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles;
 - d) fortalezca el intercambio de experiencias entre los países y el trabajo entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

(Novena reunión, 20 de junio del 2014)

CE154.R15: Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe de progreso sobre el *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado* (documento CE154/11);

Observando el avance logrado a fin de mejorar los componentes clave del Plan Estratégico de la OPS, de acuerdo con lo solicitado por el 52.º Consejo Directivo (resolución CD52.R8) y por el Comité Ejecutivo en su 153.ª sesión;

Reconociendo las valiosas contribuciones del Grupo de Trabajo de los Países a fin de: *i)* mejorar la definición y los criterios de medición de los indicadores con respecto al impacto y los resultados intermedios, incluida la elaboración de un compendio integral de los indicadores, *ii)* perfeccionar la metodología de estratificación de las prioridades programáticas, y *iii)* elaborar el nuevo sistema conjunto de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo la importancia de realizar consultas con los Estados Miembros a fin de validar la línea de base y las metas de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico,

RESUELVE:

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

PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019 MODIFICADO

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones propuestas de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*);

Acogiendo con agrado las mejoras a la definición y a los criterios de medición de los indicadores con respecto al impacto y los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS;

Reconociendo las valiosas contribuciones del Grupo de Trabajo de los Países a fin de: *i*) mejorar la definición y los criterios de medición de los indicadores con respecto al impacto y los resultados intermedios, incluida la elaboración de un compendio integral de los indicadores, *ii*) evaluar y hacer recomendaciones para perfeccionar la metodología de estratificación de las prioridades programáticas, y *iii*) elaborar el nuevo sistema conjunto de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo la importancia de realizar consultas con los Estados Miembros a fin de validar la línea de base y las metas de los indicadores intermedios del Plan Estratégico,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado (Documento Oficial 345)*, incluidos los indicadores revisados.
2. Agradecer al Grupo de Trabajo de los Países su compromiso y valiosas contribuciones a fin de perfeccionar los indicadores del Plan Estratégico, incluida la elaboración de un compendio integral de los indicadores y la orientación proporcionada a fin de elaborar un sistema conjunto de seguimiento y evaluación del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado*.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) continúe realizando consultas con los Estados Miembros sobre cualquier otra revisión de la línea de base y las metas de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico;

- b) incorpore los cambios que sean necesarios en el Programa y Presupuesto 2014-2015 de acuerdo con los indicadores revisados del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado*;
- c) establezca el sistema conjunto de seguimiento y evaluación a fin de presentar información con respecto a la ejecución del Plan Estratégico, en colaboración con los Estados Miembros;
- d) presente un informe sobre la situación de la ejecución del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado* al finalizar el bienio 2014-2015.

(Décima reunión, 20 de junio del 2014)

CE154.R16: Plan de acción para el acceso universal a sangre segura

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura* (documento CE154/13),

RESUELVE:

Recomendar que el 53.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ACCESO UNIVERSAL A SANGRE SEGURA

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura* (documento CD53/);

Observando la importancia de la integración eficaz y sostenible de los programas nacionales y los servicios de sangre del sistema nacional de salud, a fin de lograr autosuficiencia, seguridad, eficiencia, disponibilidad y acceso universal a la sangre y los hemocomponentes, en el momento y la forma oportunos para contribuir a salvar vidas y mejorar las condiciones de salud de todas las personas que los necesiten como en el caso de niños con anemias graves, enfermos crónicos, pacientes con hemoglobinopatías, traumatismos o cáncer, las embarazadas y los casos de cirugía mayor como los trasplantes, entre otros;

Considerando la transfusión sanguínea como una de las ocho intervenciones clave en la atención obstétrica de emergencia;

Consciente de los esfuerzos realizados por la Oficina Sanitaria Panamericana y los programas nacionales de sangre de los Estados Miembros para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de sangre a fin de mejorar el acceso a la sangre, su disponibilidad y su seguridad;

Teniendo en cuenta la evaluación conjunta de la ejecución del plan 2006-2010, realizada en el 2011 y presentada al 51.º Consejo Directivo de la OPS en el documento CD51/INF/5 y los logros y los retos determinados en la evaluación que sirven de punto de partida para la formulación del *Plan de acción para el acceso universal a la sangre segura* 2014-2019;

Reconociendo que para lograr el suministro suficiente, la calidad apropiada de la sangre y la seguridad de las transfusiones es necesario ajustar los enfoques nacionales vigentes;

Preocupado de que es necesario lograr la autosuficiencia de sangre y sus componentes sobre la base del aumento del número de donantes voluntarios en la Región de las Américas y teniendo en consideración que la sangre recolectada habitualmente se procesa para transformarse en componentes sanguíneos;

Motivado por el espíritu del panamericanismo, los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, los instrumentos vinculantes universales y regionales de derechos humanos y el reto de lograr el acceso universal a la sangre y componentes seguros,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura* y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales:
 - a) renueven su compromiso para apoyar el establecimiento de programas y servicios de sangre bien organizados, sostenibles y coordinados a nivel nacional que estén integrados en el sistema de salud con el adecuado marco legal y normativo necesario para avanzar en el aseguramiento del acceso universal a la sangre y sus componentes mediante la suficiencia, la calidad y la seguridad, y el uso apropiado de la sangre y sus componentes;
 - b) asignen los recursos necesarios para el funcionamiento y el desarrollo adecuados del sistema, como son:
 - i. recursos financieros que aseguren la viabilidad del sistema y el manejo transparente a fin de evitar la comercialización y el lucro generados por la sangre, excepto cuando la legislación nacional lo permita,

- ii. asegurar igualmente la disponibilidad de recursos humanos capacitados al brindar apoyo a actividades educativas y evitar la alta rotación de personal en los servicios;
 - c) promuevan única y exclusivamente la donación voluntaria de sangre no remunerada y repetitiva, y desalienten la donación remunerada y familiar o de reposición excepto cuando esté protegida por el sistema regulador nacional;
 - d) establezcan sistemas de gestión de calidad que aseguren el tamizaje universal de la sangre para los marcadores estipulados por la OPS/OMS en la Región, la ejecución de programas nacionales de evaluación externa del desempeño y el uso apropiado de la sangre y sus componentes a fin de promover la seguridad del paciente;
 - e) promuevan la participación intersectorial (sector público, privado, otros ministerios, sociedad civil, entre otros) para potenciar los recursos y lograr sinergias en beneficio del sistema nacional de sangre;
 - f) establezcan un marco reglamentario que fortalezca el sistema de vigilancia sanitaria a fin de asegurar la reglamentación y el control de la cadena transfusional;
 - g) aseguren los mecanismos para llevar a la práctica un sistema de hemovigilancia no punitivo, donde se notifiquen las reacciones a las transfusiones que permitan identificar intervenciones oportunas para tomar las medidas correctivas y minimizar los riesgos;
 - h) asignen y utilicen en la forma adecuada los recursos para alcanzar los objetivos del *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura*;
 - i) establezcan mecanismos que permitan monitorear y evaluar la ejecución del *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura 2014-2019*.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) coopere con los Estados Miembros en la ejecución del presente plan 2014-2019 de conformidad con sus necesidades, mediante la aplicación de un enfoque multidisciplinario, la consideración de la promoción de la salud, los derechos humanos, la equidad de género y los determinantes sociales de la salud;
 - b) promueva la ejecución de este plan de acción y garantice su transversalidad a través de las áreas programáticas de la Organización, los diferentes contextos regionales, subregionales y nacionales, y la colaboración con los países y entre ellos en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos;
 - c) continúe abogando por la movilización activa de recursos y promoviendo las alianzas para respaldar la aplicación de esta resolución;
 - d) monitoree y evalúe la ejecución de este plan de acción e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del

plan, así como las adaptaciones, si fuera necesario, a nuevos contextos y necesidades.

(*Décima reunión, 20 de junio del 2014*)

CE154.R17: Estrategia para la cobertura universal de salud

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Estrategia para la cobertura universal de salud* (documento CE154/12),

RESUELVE:

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

ESTRATEGIA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la *Estrategia para la cobertura universal de salud* presentada por la Directora (documento CD53/___);

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

Consciente de que la cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud determinados a nivel nacional (promoción, prevención, tratamiento, paliación y rehabilitación) de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población;

Reconociendo que las políticas e intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud y fomentan el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad, son un requisito esencial para avanzar hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que la cobertura universal de salud se enmarca en los valores y principios de la atención primaria de salud en el espíritu de Alma-Ata;

Observando que los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), mediante la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y su participación activa en otros espacios internacionales, como la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (2012), la resolución A/RES/67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de diciembre del 2012; y la resolución WHA67.14 (2014) de la Asamblea Mundial de la Salud, *La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015*, que plantea a la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio no cumplidos como elementos importantes para la equidad y el desarrollo humano en la agenda para el desarrollo después del 2015;

Observando los logros recientes alcanzados en el ámbito de la salud en toda la Región de las Américas, debidos en parte al desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud, y el compromiso político de los países de abordar las necesidades de salud de la población;

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, existen grandes desafíos; que la Región sigue siendo la más inequitativa del mundo; que el proceso para reducir la inequidad en salud se hace más complejo debido a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud; y que en la Región persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población, especialmente los grupos en mayor situación de vulnerabilidad;

Observando que los esfuerzos de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud en los países de la Región han generado importantes conocimientos y experiencias que facilitarán el avance continuo hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que el avance hacia la cobertura universal de salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad, y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios integrales de salud;

Considerando la importancia de lograr la cobertura universal de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y la adopción de políticas integradas e integrales para abordar los determinantes sociales de la salud, recordando además que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece como uno de sus principios básicos que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Reconociendo la importancia de priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud, teniendo como objetivo general la cobertura universal de salud, a fin de abordar las inequidades en el acceso a la salud;

Observando que en la estrategia se definen las condiciones *sine qua non* que permitirán a los países orientar sus políticas y medir el éxito y el avance hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que cada país deberá definir su propio camino hacia la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural;

Reconociendo el proceso participativo utilizado en la formulación de la estrategia, que incluyó consultas nacionales llevadas a cabo por los Estados Miembros en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana, de consultas subregionales y regionales, coordinadas por la Oficina y del grupo de trabajo de los países,

RESUELVE:

1. Adoptar la *Estrategia para la cobertura universal de salud*.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales:
 - a) establezcan mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia el objetivo de la cobertura universal de salud;
 - b) establezcan metas y objetivos nacionales, y definan su respectiva hoja de ruta para avanzar hacia la cobertura universal de salud; establezcan las prioridades nacionales para el período 2014-2019, de acuerdo con los compromisos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS y el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS (2014-2019);
 - c) definan e implementen un conjunto de acciones para fortalecer la gobernanza y rectoría del sector de la salud; ejerzan el liderazgo a fin de lograr un impacto en las políticas, planes, legislaciones, regulaciones y acciones extrasectoriales que aborden los determinantes de la salud;
 - d) avancen en proveer acceso universal a servicios de salud integrales e inclusivos, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad;
 - e) definan e implementen acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutoria del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud;
 - f) mejoren la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando oportunidades de empleo, con incentivos y condiciones laborales

atractivas, particularmente en áreas subatendidas; consoliden equipos colaborativos multiprofesionales de salud; garanticen el acceso de estos equipos a información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina); introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos en función del modelo de atención para los servicios integrales;

- g) aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud según sea apropiado tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas;
- h) avancen hacia la eliminación, o eviten significativamente, pagos directos en el momento de la prestación de servicios, sustituyéndolos planificadamente por contribuciones mancomunadas basadas en impuestos y otras fuentes de financiamiento, a fin de evitar barreras al acceso, los gastos catastróficos y el empobrecimiento de las personas al buscar la atención que necesitan;
- i) identifiquen e implementen un conjunto de acciones para mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud;
- j) implementen programas para el empoderamiento de las personas y las comunidades, incluidas actividades de promoción, prevención y educación que permitan que las personas y las comunidades conozcan mejor su estado de salud y sus derechos y responsabilidades, así como los determinantes sociales de la salud.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) use la estrategia para facilitar el liderazgo de las autoridades de salud a fin de promover la movilización de los recursos nacionales en apoyo a la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia la cobertura universal de salud;
- b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción para avanzar hacia la cobertura universal de salud;
- c) mida los avances hacia la cobertura universal de salud usando los indicadores establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019 e informe sobre los avances mediante los informes bienales de evaluación de la ejecución del Plan Estratégico;
- d) desarrolle acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia;
- e) promueva la innovación en la cooperación técnica en la transformación o fortalecimiento de los sistemas de salud hacia la cobertura universal de salud, actualizando los mecanismos de la Oficina para el apoyo de la cooperación entre países, estableciendo redes de expertos y de gestión del conocimiento, facilitando la documentación y comunicación de experiencias de los países y haciendo uso de las plataformas tecnológicas, de manera coherente con las necesidades y capacidades actuales de los países y las lecciones aprendidas;

- f) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan hacia la cobertura universal de salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

(Décima reunión, 20 de junio del 2014)

CE154.R18: Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 154.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD53/1) preparado por la Directora para el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE154/3, Rev. 2;

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD53/1) preparado por la Directora para el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Décima reunión, 20 de junio del 2014)

Decisiones

Decisión CE154 (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 CE154/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 16 de junio del 2014)

Decisión CE154 (D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.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 Brasil y Canadá, como su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Costa Rica y Paraguay fueron elegidos como representantes suplentes.

(Novena reunión, 20 de junio del 2014)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, Delegado del Brasil, y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua portuguesa.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veinte días del mes de junio del año dos mil catorce. La Secretaría depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Presidente de la 154.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Delegado del Brasil

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

Anexo A

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 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
 - 2.3 Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

 - 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**
 - 3.1 Informe de la octava sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
 - 3.2 Premio OPS en Administración (2014)
 - 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética (2013)
 - 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 Versión preliminar del informe final sobre el Plan Estratégico 2008-2013 y de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013
 - 4.2 Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS modificado (Proyecto)
 - 4.3 Estrategia para la cobertura universal de salud
-

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

- 4.4 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura
- 4.5 Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación
- 4.6 Plan de acción sobre la salud mental
- 4.7 Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia
- 4.8 Plan de acción sobre la salud en todas las políticas
- 4.9 Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales
- 4.10 Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria
- 4.11 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013
- 5.3 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.4 Financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS
- 5.5 Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo
- 5.6 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
- 5.7 Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 5.8 Estado del Proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto 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
- 7.2 Evaluación de la ejecución del presupuesto por programas de la OMS 2012-2013
- 7.3 Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda para el desarrollo después del 2015
- 7.4 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
- 7.5 Sistematización de los mandatos de la OPS
- 7.6 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático
 - B. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
 - C. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
 - D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
 - E. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
 - F. Plan de acción de hospitales seguros
 - G. Situación de los Centros Panamericanos

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

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

- A. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. Of. 347 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013

Documentos de trabajo

CE154/1, Rev. 2	Orden del día
CE154/2	Representación del Comité Ejecutivo en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE154/3, Rev. 2	Orden del día provisional del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE154/4	Informe de la octava sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
CE154/5 y Add. I	Premio OPS en Administración (2014)
CE154/6, Rev. 1	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
CE154/7	Informe anual de la Oficina de Ética (2013)
CE154/8	Informe del Comité de Auditoría de la OPS
CE154/9	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
CE154/10	Versión preliminar del informe final sobre el Plan Estratégico 2008-2013 y de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013
CE154/11	Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS modificado (Proyecto)
CE154/12	Estrategia para la cobertura universal de salud

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE154/13	Plan de acción para el acceso universal a sangre segura
CE154/14	Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación
CE154/15	Plan de acción sobre la salud mental
CE154/16, Rev. 1	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia
CE154/17	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas
CE154/18	Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales
CE154/19	Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria
CE154/20, Rev. 1	Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
CE154/21, Rev. 1 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE154/22	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE154/23	Financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OPS
CE154/24, Rev. 1	Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo
CE154/25	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE154/26	Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE154/27	Estado del Proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE154/28	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE154/29	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE154/30	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

Documentos de información

CE154/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CE154/INF/2	Evaluación de la ejecución del presupuesto por programas de la OMS 2012-2013
CE154/INF/3	Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda para el desarrollo después del 2015
CE154/INF/4, Rev. 1	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
CE154/INF/5	Sistematización de los mandatos de la OPS
CE154/INF/6	Progress Reports on Technical Matters: <ul style="list-style-type: none">A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climáticoB. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las AméricasC. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna graveD. Implementación del Reglamento Sanitario InternacionalE. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobrezaF. Plan de acción de hospitales segurosG. Situación de los Centros Panamericanos
CE154/INF/7	Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: <ul style="list-style-type: none">A. 67.^a Asamblea Mundial de la SaludB. Organizaciones subregionales

Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS / LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente: Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Brazil/Brasil)
Vice-President / Vicepresidente: Mr. Robert Shearer (Canada/Canadá)
Rapporteur / Relator: Mr. Francisco Devia (Chile)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BAHAMAS

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Hon. Dr. Perry Gomez
Minister of Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegate - Delegado

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates - Delegados

Sr. Breno Dias da Costa
Representante Interino
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

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

Sra. Laura Segall Correa
Assessora Internacional de Vigilância
em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates - Delegados

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

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

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

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

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

CHILE

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dra. Raquel Child
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates - Delegados

Excmo. Sr. Juan Pablo Lira Bianchi
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

CHILE (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

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

COSTA RICA

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dra. María Elena López
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates - Delegados

Sra. Beatriz Eugenia Serrano Pérez
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

ECUADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

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

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

ECUADOR (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Dr. José Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia de
la Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

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

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

EL SALVADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegate - Delegado

Srta. Wendy Jeannette Acevedo
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
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. César Cabral
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

ARGENTINA

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre
Asesor, Subsecretaría de Relaciones
Sanitarias e Investigación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Sr. Carlos López Sanabria
Secretario, Representante Alterno
de la República Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BARBADOS

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

COLOMBIA

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

MEXICO/MÉXICO

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

Excmo. Sr. Emilio Rabasa G.
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sra. Paola Riveros Moreno de Tagle
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

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

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

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

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

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

Ms. Susan Thollaug
Health Team Leader
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

Ms. Julianna Bentes
Attorney-Adviser
Office of Human Rights and Refugees
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Peg Marshall
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Christina Rabadan-Diehl
Director
American Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Mary Blanca Rios
Senior Advisor
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Andrea Strano
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, 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.)*

Delegate - Delegado

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

PARTICIPATING STATES / ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

M. Jean-Claude Nolla
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA *(cont.)*

M. Hugues de Chavagnac
Observateur permanent adjoint de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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
Sr. Rex García-Hidalgo

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

World Bank/Banco Mundial

Dr. Christel Vermeersch

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

**American College of Healthcare Executives/
Colegio Americano de Ejecutivos del
Cuidado de la Salud**

Ms. Cynthia Hahn

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

Dr. Lemmietta McNelly
Mrs. Lily Schuermann

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

Dr. Georges Benjamin
Mrs. Vina HuLamm
Ms. Nicole Burda

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

Ing. Jorge Triana Soto

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

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Ambassador Michel Marine
Mr. Brian Shaw

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Ms. Amalia Lo Faso

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

Sr. Javier Medina Guijarro
Sr. Alfredo Campos
Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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