



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2012*

---

CE150/FR (Esp.)  
22 de junio del 2012  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión .....</b>	<b>6</b>
 <b>Asuntos relativos al Reglamento</b>	
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	7
Representación del Comité Ejecutivo en la 28. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
Orden del día provisional de la 28. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
 <b>Asuntos relativos al Comité</b>	
Informe de la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.....	9
Premio OPS en Administración (2012).....	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	10
Informe anual de la Oficina de Ética (2011).....	11
Nombramiento de un miembro al Comité de Auditoría de la OPS.....	12
Informe del Comité de Auditoría de la OPS .....	12
Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo.....	13
 <b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas .....	14
Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS.....	16
Proyecto de evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011/Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS .....	18
Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles .....	21
Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez.....	22
Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud .....	23
Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones.....	24

## CONTENIDO (cont.)

Página

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

Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres.....	26
Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud .....	27
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) ...	28

### Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	30
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011 .....	30
Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010.....	34
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación .....	35
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS.....	38
Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	38

### Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP .....	40
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP .....	41
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS .....	42

### Asuntos de información general

Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.....	43
Actualización sobre la reforma de la OMS .....	44
Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso .....	47
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS.....	48
Informes de progreso sobre asuntos técnicos:	
A. Determinantes sociales de la salud .....	48
B. Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género .....	49
C. Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas .....	50

## CONTENIDO (cont.)

Página

### Asuntos de información general (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos técnicos: (cont.)

D. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015.....	52
E. Plan estratégico de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período .....	53
F. Situación actual del dengue .....	53
G. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	54
H. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 .....	56
I. Situación de los Centros Panamericanos .....	57
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS .....	58
<b>Otros asuntos</b> .....	59
<b>Clausura de la sesión</b> .....	59

### Resoluciones y decisiones

#### Resoluciones

CE150.R1	Recaudación de las contribuciones señaladas .....	59
CE150.R2	Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de Funciones al Comité Ejecutivo .....	60
CE150.R3	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) .....	61
CE150.R4	Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez.. ..	63
CE150.R5	Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones .....	66
CE150.R6	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS .....	70
CE150.R7	Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud.....	71
CE150.R8	Fondo Maestro de Inversiones de Capital .....	73

**CONTENIDO** (cont.)

*Página*

**Resoluciones** (cont.)

CE150.R9	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS .....	75
CE150.R10	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres .....	76
CE150.R11	Uso del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010 .....	78
CE150.R12	Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS .....	80
CE150.R13	Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles .....	83
CE150.R14	Premio OPS en Administración (2012).....	84
CE150.R15	Orden del día provisional de la 28. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 64. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	85
CE150.R16	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	86
CE150.R17	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud.....	87

**Decisiones**

CE150(D1)	Adopción del orden del día .....	91
CE150(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en la 28. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	91
CE150(D3)	Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas .....	91

**Anexos**

- Anexo A. Programa
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. La 150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 18 al 22 de junio del 2012. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Perú, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela (República Bolivariana de). También asistieron en calidad de observadores, delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Cuba, Dominica, España, Francia, Guatemala, México, Nicaragua, Puerto Rico y Uruguay. Además, estuvieron representados un organismo de las Naciones Unidas, tres organizaciones intergubernamentales y cinco organizaciones no gubernamentales. En representación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) asistió la señora Cecilia Rose-Oduyemi, Directora de Relaciones Externas y Órganos Deliberantes.

2. La doctora Miriam Morales (República Bolivariana de Venezuela, Presidenta del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los asistentes. Señaló que la OPS, la organización internacional de salud pública más antigua del mundo, estaba conmemorando su 110.<sup>o</sup> aniversario y subrayó la importancia de la función que había desempeñado la Organización a favor del progreso de la salud pública, tanto a nivel regional como mundial.

3. La doctora Mirta Roses Periago (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]) también les dio la bienvenida a los participantes, en especial a los observadores y representantes de las misiones permanentes de los Estados Miembros ante la Organización de los Estados Americanos (OEA). Reconoció la presencia de la señora Rose-Oduyemi de la OMS, así como del doctor Michel Thieren y del doctor Luis Fernando Leanes, representantes de la OPS/OMS en Bolivia y en Perú, respectivamente, e hizo notar que periódicamente se invitaba a los representantes de la OPS/OMS a que asistieran a las sesiones del Comité para darles una visión más exacta del trabajo de los Cuerpos Directivos y permitirles prestar un mejor apoyo a las delegaciones de los Estados Miembros. Señaló que el Comité tenía un programa muy extenso ante sí, que tendría que cubrirse en cuatro días en vez de los cinco días usuales para dejar espacio al Foro de los Candidatos al puesto de Director Regional, programado para el viernes 22 de junio del 2012. Agregó que estaba segura de que el Comité culminaría su trabajo de manera eficiente y exitosa.

## **Asuntos relativos al Reglamento**

### **Establecimiento de la Mesa Directiva**

4. Los siguientes Estados Miembros elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 149.<sup>a</sup> sesión del Comité siguieron desempeñando sus cargos respectivos en la 150.<sup>a</sup> sesión:

*Presidencia:* República Bolivariana de Venezuela (Dra. Miriam Morales)

*Vicepresidencia:* Brasil (Sr. Leandro Luiz Viegas)

*Relatoría:* Granada (Dr. George Mitchell)

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

### **Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE150/1, Rev. 1 y CE150/WP/1)**

6. El Comité adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CE150/1, Rev. 1, sin cambios. Adoptó también un programa de reuniones (documento CE150/WP/1) (decisión CE150 [(D1)]).

### **Representación del Comité Ejecutivo en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE150/2)**

7. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de la República Bolivariana de Venezuela y del Brasil, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Los delegados de El Salvador y de San Vicente y las Granadinas fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE150 [D2]).

### **Orden del día provisional de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE150/3)**

8. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el orden del día provisional de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Señaló que, de conformidad con las decisiones adoptadas por el Comité durante su 149.<sup>a</sup> sesión, se había agregado un tema en relación con los métodos de trabajo de los Cuerpos Directivos de la Organización (véanse los párrafos 36 al 38 más adelante) como parte del punto sobre asuntos relativos a la Constitución. Además, de acuerdo con la sesión en curso, se había agregado un tema relativo al mantenimiento de la eliminación del sarampión, la rubéola y

el síndrome de rubéola congénita bajo el punto sobre asuntos relativos a la política de los programas (véanse los párrafos 197 a 203 más adelante). También se había agregado un punto sobre las normas básicas internacionales de seguridad para la radioprotección y seguridad de las fuentes de radiación debido a que las normas, tal como lo había señalado el Consejo Ejecutivo de la OMS en su reunión más reciente (decisión EB131[D3]), debían ser examinadas por los comités regionales. Dado que el Consejo Ejecutivo y la recién concluida 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud habían solicitado que se realicen consultas regionales sobre la reforma de la OMS y otros temas, se había decidido no celebrar un debate de mesa redonda sobre el envejecimiento saludable para disponer de más tiempo para la exposición de esos temas. El debate de mesa redonda fue eliminado del orden del día del Comité Ejecutivo.

9. Se señaló que también debería agregarse un punto sobre el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación (CEWG) (documentos A65/24 y Corr. 1), ya que en la resolución WHA65.22 de la Asamblea Mundial de la Salud se había solicitado que los comités regionales trataran el tema. El Delegado de los Estados Unidos de América expresó la esperanza de que esos debates no se centrarían demasiado en la idea de crear un instrumento internacional de carácter obligatorio para poner en práctica las recomendaciones del CEWG. Aunque su Gobierno brindaba apoyo a muchas de esas recomendaciones y reconocía que los mecanismos del mercado y las protecciones de la propiedad intelectual no bastaban para generar la inversión necesaria destinada a la investigación y el desarrollo sobre las enfermedades desatendidas que afectaban a los pobres, no respaldaba el desarrollo de un instrumento jurídico con carácter obligatorio que ordenaría una asignación anual de 0,1% del producto interno bruto de todos los Estados Parte y una contribución anual a un mecanismo compartido de financiamiento que, muy probablemente, estaría ubicado fuera de la Región de las Américas. Señaló que el cumplimiento de ese compromiso exigiría una asignación total de \$568 millones<sup>1</sup> por los países de la Región, con la exclusión del Canadá y los Estados Unidos, y una contribución combinada al mecanismo compartido de \$113 a \$283 millones. Alentó a las delegaciones a que consultaran a sus ministerios de hacienda y otras autoridades nacionales con la finalidad de determinar si estaban preparados para brindar apoyo a un compromiso de esa magnitud.

10. Otras delegaciones reconocieron que el informe del CEWG contenía muchas recomendaciones y propuestas valiosas, de las cuales la creación de un instrumento jurídico con carácter obligatorio era solo una, y pidieron un debate exhaustivo de todo el informe. Se subrayó la importancia de llegar a una posición regional unificada, y se sugirió que debía prepararse un plan de trabajo para guiar el proceso de consulta y análisis.

11. Se acordó que el punto se agregaría al orden del día de la Conferencia Sanitaria Panamericana bajo el apartado sobre asuntos relativos a la política de los programas. La

---

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



Directora agregó que la Oficina prepararía un plan para facilitar los debates entre los países y dentro de ellos.

12. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE150.R15, en la que se adoptaba el orden del día provisional de la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

### **Asuntos relativos al Comité**

#### **Informe de la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE150/4)**

13. La señora Ann Blackwood (Estados Unidos de América, Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su sexta sesión del 14 al 16 de marzo del 2012 y había tratado varios importantes temas financieros, administrativos y de otra índole, entre ellos la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011 y el Segundo informe provisional sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012, la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas y la formulación de una nueva Política del Presupuesto Regional por Programas para reemplazar la política adoptada en el 2004. El Subcomité también había considerado una propuesta en cuanto a los usos posibles de un excedente resultante de la adopción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) en el 2010 y había recomendado a un candidato que reemplazaría a un miembro saliente del Comité de Auditoría. Observó que todos los asuntos tratados por el Subcomité se encontraban también en el programa para la 150.ª sesión del Comité Ejecutivo y agregó que, por consiguiente, informaría sobre las observaciones y las recomendaciones del Subcomité a medida que el Comité considerara cada tema.

14. La Directora agradeció a la señora Blackwood su excelente dirección de las deliberaciones del Subcomité.

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

#### **Premio OPS en Administración (2012) (documentos CE150/5 y Add. I)**

16. El señor Peter Mamacos (Estados Unidos de América) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2012, integrado por los Estados Unidos, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela, se había reunido el 19 de junio del 2012. Después de examinar la información sobre los candidatos al premio, propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido conferir el Premio OPS en Administración 2012 al doctor Aron Nowinski, del Uruguay, por su contribución a la promoción de la salud pública y la administración de los servicios de salud, su amplia trayectoria docente en el ámbito de la salud pública, y su labor de sistematización y difusión de información

médica, su actividad como catalizador de la elaboración de los grandes lineamientos para la creación del sistema nacional integrado de salud de su país, su liderazgo en el desarrollo de la Red Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud y del Programa para la Difusión Selectiva de la Información, así como su contribución a la producción del Index Medicus Latinoamericano. Subrayó que, en opinión del Jurado todos los candidatos eran profesionales sumamente capacitados y merecedores por igual del premio.

17. La Delegada del Uruguay expresó su agradecimiento al Jurado por haber seleccionado al doctor Nowinski y extendió una felicitación al resto de los candidatos, el doctor Jorge Jiménez De La Jara, de Chile, y el doctor Francisco José Yépes Luján, de Colombia.

18. El Comité Ejecutivo extendió sus felicitaciones al doctor Nowinski y aprobó la resolución CE150.R14, que tomaba nota de la decisión del Jurado y transmitió el informe a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

**Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE150/6)**

19. La señora Ann Blackwood (Presidenta 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 sexta sesión para considerar las solicitudes de dos organizaciones no gubernamentales que aspiraban a establecer relaciones oficiales con la OPS y examinó la situación de seis organizaciones no gubernamentales que actualmente mantienen relaciones oficiales con la Organización. El Subcomité también había examinado un informe sobre los progresos realizados en el estado de las relaciones en curso entre la OPS y otras 11 organizaciones no gubernamentales.

20. El Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera a la Coalición Caribe Saludable y a la Sociedad Interamericana de Cardiología en relaciones oficiales con la OPS y que aprobara la continuación de relaciones oficiales con el Colegio Interamericano de Radiología, la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas de Medicina, la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. El Subcomité también había recomendado que la Oficina se comunicara con el Colegio Interamericano de Radiología con respecto a la necesidad de fortalecer la comunicación entre esa organización y las entidades técnicas correspondientes de la OPS.

21. Un representante de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas le expresó su agradecimiento al Subcomité por haber recomendado la renovación de las relaciones con su organización y describió varias de sus actividades recientes, en particular

la formulación de una propuesta de sistema automatizado para la concesión de licencias de patentes farmacéuticas en los países en desarrollo y en los menos adelantados, cuya finalidad era permitir que esos países aprovecharan mejor las ventajas de las flexibilidades permitidas según el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Un representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) hizo hincapié en un informe que su organización había elaborado conjuntamente con la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo acerca del manejo de residuos sólidos en las zonas urbanas de América Latina y el Caribe y reafirmó el compromiso de la AIDIS de seguir colaborando con la OPS para mejorar las condiciones del agua y el saneamiento en la Región.

22. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE150.R9 para ratificar las recomendaciones del Subcomité.

#### **Informe anual de la Oficina de Ética (2011) (documento CE150/7)**

23. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) destacó algunos de los datos presentados en el informe y le comunicó al Comité que, en el 2011, la Oficina de Ética había atendido 95 consultas del personal sobre diversos asuntos relacionados con la ética, lo que representaba un aumento del 50% con respecto al 2010. Esa oficina había investigado 37 informes de comportamientos que planteaban preocupaciones de índole ética, que es el doble del número de casos investigados en el 2010. En el 2011, se le había asignado a la Oficina de Ética la responsabilidad de investigar las acusaciones de acoso, y en el informe se resumían la naturaleza de los casos investigados, su estado actual y las medidas adoptadas. La Oficina de Ética había recibido 22 informes de fraude, intento de fraude y de robo o pérdida de propiedad o recursos de la OPS. Las pérdidas totales sufridas como resultado de esos casos habían ascendido a \$28.834. La mayoría incluía robos de computadoras portátiles o de teléfonos inteligentes. Había habido solo un caso conocido de fraude perpetrado por un funcionario.

24. Las diversas oficinas y entidades que componían el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS, coordinado por la Oficina de Ética, habían seguido examinando la administración interna del sistema de justicia. Cabe mencionar en particular, la selección en noviembre del 2011 del presidente para la Junta de Apelación de la OPS. La persona seleccionada tenía experiencia profesional en la resolución de conflictos. Se habían logrado avances en la formulación de una política revisada sobre la prevención y la resolución de los casos de acoso en el lugar de trabajo y de un proceso informal para solicitar el examen y la reconsideración de las decisiones con respecto al personal. Esas dos iniciativas se llevarían a la práctica en el 2012. El informe describía otros planes y retos futuros, entre otros el fortalecimiento de la capacidad de la Oficina de Ética para cumplir con todas las responsabilidades inherentes a su mandato.

25. El señor MacMillan finalizó su intervención agradeciendo a la Directora su apoyo incondicional a la Oficina de Ética, desde su establecimiento en el 2006.

26. En el debate que siguió, los Miembros del Comité expresaron su satisfacción con los esfuerzos realizados por la Oficina de Ética para promover la integridad y la conducta ética, además de fomentar una cultura de rendición de cuentas entre el personal. La inclusión de los temas relativos a la ética en los programas de capacitación del personal se consideraba como un paso importante para la instauración de esa cultura.

27. El Comité tomó nota del informe.

#### **Nombramiento de un miembro al Comité de Auditoría de la OPS (documento CE150/8)**

28. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que se había comunicado a la sexta sesión del Subcomité que el mandato de uno de los miembros fundadores del Comité de Auditoría iba a caducar en junio del 2012 y que, por consiguiente, sería necesario que el Comité Ejecutivo, en su 150.<sup>a</sup> sesión designara a un nuevo miembro. La Directora había determinado que el miembro en cuestión, el señor Peter Maertens, estaría dispuesto a servir un segundo mandato; por lo tanto, la Directora había recomendado que fuese nombrado como miembro del Comité de Auditoría por un período de tres años, a partir de junio del 2012. El Subcomité había ratificado la recomendación de la Directora y, en consecuencia, había recomendado que el Comité Ejecutivo nombrara al señor Maertens para otro mandato.

29. El Comité aprobó la resolución CE150.R6, en la que se designa al señor Peter Maertens para otro mandato en el Comité de Auditoría durante el período que va del 1 de julio del 2012 hasta el 30 de junio del 2015.

#### **Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE150/9)**

30. El señor Peter Maertens (Presidente, Comité de Auditoría de la OPS) resumió el contenido del informe del Comité de Auditoría, que examinaba las funciones y las atribuciones del Comité y presentaba sus resultados y recomendaciones con respecto a las siguientes áreas: auditoría externa, auditoría interna, sistemas de información, control interno y estados financieros internos. El Comité había encontrado que la función externa de auditoría se estaba cumpliendo de conformidad con el convenio entre la OPS y el auditor externo actual y de acuerdo a las normas profesionales pertinentes, y no había identificado ningún motivo de preocupación. Sin embargo, había señalado que hasta el momento de efectuar su examen todavía no se había firmado un contrato con el nuevo auditor externo, el Tribunal de Cuentas de España. El Comité estaría vigilando muy de cerca la transición al nuevo auditor externo.

31. Con respecto a la auditoría interna, se habían logrado muchos avances, pero era necesario seguir trabajando en las áreas de evaluación de la repercusión y gestión de

riesgos. Asimismo, se había avanzado en la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS); no obstante, aunque el proyecto tenía una base sólida, se observaban muchas señales de alarma, en particular con relación al esfuerzo que se necesitaría para adaptar los procesos actuales de trabajo al nuevo software de planificación de recursos empresariales. El Comité de Auditoría había determinado que los controles internos y los estados financieros de la Oficina eran satisfactorios. Con relación a estos últimos, el Comité había observado la necesidad de contar con un plan para garantizar el financiamiento total del seguro de enfermedad después de la separación del servicio y había pedido que lo mantuvieran informado acerca de la situación de una demanda colectiva mencionada en los estados financieros.

32. En el debate que siguió, se pidió información acerca de la razón del retraso en la firma de un contrato con el Tribunal de Cuentas de España y sobre el costo y el estado actual del proyecto del PMIS. Fueron bien recibidas las recomendaciones del Comité de Auditoría con respecto a la necesidad de contar con una política de evaluación y un método uniforme de evaluación a nivel de toda la Organización.

33. El señor Maertens explicó que el Comité de Auditoría ejercía un nivel muy alto de supervisión y, por consiguiente, no estaba en condiciones de facilitar detalles sobre el costo del proyecto del PMIS.

34. La Directora señaló que el Comité recibiría una actualización sobre el proyecto del PMIS en otro de los puntos del orden del día (véanse los párrafos 180 a 184 más adelante). Informó que el contrato con el Tribunal de Cuentas de España se había firmado a finales de abril, y tanto la Oficina como el Auditor Externo actual estaban colaborando con el Tribunal para asegurar una transición sin problemas. Con respecto a la política de evaluación, como un paso importante hacia la normalización y la elaboración de metodologías comunes, la Oficina había presentado a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS la información sobre las evaluaciones efectuadas para su inclusión en la base de datos. Le agradeció al Comité de Auditoría por su valiosa función de supervisión.

35. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

#### **Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo (documento CE150/10)**

36. El señor Peter Mamacos (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó acerca de la consideración de este tema en el Subcomité (párrafos 110 a 113 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR<sup>2</sup>), e indicó que el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo respaldara la propuesta de simplificación del trabajo de los Cuerpos Directivos (que figuraba en el documento

---

<sup>2</sup> [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=17771&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17771&Itemid=)

CE150/10) mediante la delegación de la responsabilidad de ciertos asuntos en el Comité Ejecutivo y de que los siguientes tres puntos del orden del día se delegaran en el Comité, a partir del 2013: *a)* Plan Maestro de Inversiones de Capital, *b)* el sueldo del Director de la Oficina y *c)* las actualizaciones sobre el proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS).

37. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) señaló que se necesitaría una modificación del Estatuto del Personal de la OSP para delegar en el Comité Ejecutivo la responsabilidad de fijar el sueldo de la Directora.

38. El Comité aprobó la resolución CE150.R2, en la que recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana, a su vez, aprobara una resolución acerca de la delegación de la responsabilidad de determinar el sueldo del Director en el Comité Ejecutivo y para solicitar al Comité que los informes sobre los progresos técnicos y administrativos logrados se remitieran a la Conferencia o al Consejo Directivo, solo cuando se considerara necesario. El Comité también aprobó una resolución para recomendar que la Conferencia aprobara las modificaciones introducidas al Estatuto del Personal (véanse los párrafos 148 a 152 más adelante).

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

### **Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (documento CE150/11)**

39. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración), informó acerca de la consideración en el Subcomité de una versión anterior del documento sobre este tema (véanse los párrafos 7 a 14 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR); dijo que el Subcomité había examinado y respaldado el procedimiento propuesto para la evaluación y las atribuciones propuestas para el grupo de trabajo de Estados Miembros, encargado de llevar a cabo la evaluación. Se había acordado que el Gobierno de Argentina dirigiría el proceso.

40. La señora Andrea Polach (Argentina), después de examinar los objetivos y las esferas de acción de la Agenda de Salud para las Américas, así como los componentes de la evaluación (resumidos en el documento CE150/11), describió el progreso logrado en la parte del proceso de evaluación dirigida por el país, desde la sesión del Subcomité celebrada en marzo. El grupo de trabajo, que comprendía a representantes de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Guyana, Panamá, San Vicente y las Granadinas y Venezuela, había celebrado una reunión en Argentina en abril y había aprobado un plan de trabajo, una metodología e instrumentos para la evaluación. Las encuestas, las entrevistas y la revisión de los documentos tendrían lugar desde el 22 de mayo hasta el 29 de junio en los países y entre organizaciones de integración subregional y organismos internacionales. La información recabada se compilaría y se analizaría alrededor del 6 de julio y la primera versión del informe de evaluación estaría lista a más

tardar el 20 de julio. El grupo de trabajo celebraría otra reunión a finales de julio para examinar el proyecto de informe que se iba a presentar a los Estados Miembros y recibiría comentarios entre el 3 y el 24 de agosto. Una vez finalizado el informe, se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre.

41. El 25 de mayo se habían enviado los cuestionarios de la encuestas a todos los Estados Miembros. Subrayó que era importante que todos los Estados Miembros contestaran las encuestas y las devolvieran a más tardar el 29 de junio, la fecha límite, ya que la información recabada con las encuestas sería la base principal para la evaluación.

42. El Comité Ejecutivo también destacó la importancia de que todos los Estados Miembros contestaran la encuesta y expresó su gratitud a la Argentina y a los demás integrantes del grupo de trabajo por la labor realizada hasta el momento. Se señaló que el arduo trabajo del grupo y su enfoque de colaboración habían permitido llegar rápidamente a un acuerdo acerca de las atribuciones y la metodología para la evaluación. Se sugirió que el procedimiento de evaluación y la metodología debía sistematizarse para poder aplicarlos en las evaluaciones futuras. También se sugirió que se asignara más tiempo a las próximas evaluaciones. Se indicó que no se habían establecido metas ni puntos de referencia en ocho de las áreas del Programa de acción y que el proceso de evaluación de mitad de período brindaría una oportunidad única de determinar puntos de referencia que fortalecerían la evaluación final. Algunos delegados observaron que varias de las preguntas de la encuesta se habían formulado de una manera que dificultaba las respuestas de los países que tienen sistemas federales de gobierno y sistemas de salud descentralizados y de varios niveles. Una delegada dijo que su gobierno iba a complementar sus respuestas a la encuesta con descripciones de lo que se estaba haciendo a nivel subnacional. También preguntó de qué manera iban a utilizarse los resultados de la evaluación en la formulación del próximo plan estratégico de la OPS y en las consultas sobre el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

43. La señora Polach dijo que el grupo de trabajo había tenido en cuenta que la organización de los sistemas nacionales de salud era diferente según el país y, por consiguiente, había incluido en la encuesta preguntas sobre otras políticas, planes e iniciativas. En las respuestas a esas preguntas podría agregarse información descriptiva sobre las actividades subnacionales.

44. La Directora dijo que los resultados de la evaluación y las recomendaciones resultantes formuladas por la Conferencia Sanitaria Panamericana estarían disponibles antes de la reunión extraordinaria del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS en diciembre del 2012, durante la cual se consideraría la versión preliminar del Duodécimo Programa General de Trabajo.

45. El Comité tomó nota del informe.

### **Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS (documento CE150/12, Rev. 2)**

46. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre la exposición en el Subcomité de una versión anterior del documento sobre este tema (véanse los párrafos 15 a 27 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR), y señaló que se había apoyado la adopción de una fórmula matemática para la asignación de recursos basada en las necesidades y que se utilizaría un tope inferior y uno superior para limitar las reducciones o los aumentos de las asignaciones. Se había expresado preocupación acerca de una reducción propuesta de las asignaciones de recursos del presupuesto ordinario a los Estados Miembros que hacían contribuciones voluntarias nacionales a la Organización para la ejecución de proyectos dentro de sus propios países.

47. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) presentó el documento CE150/12, Rev. 2, en el que se describía el trabajo realizado por el Grupo de Trabajo Consultivo sobre la Política del Presupuesto de la OPS desde la sesión del Subcomité celebrada en marzo hasta la fecha; el Grupo estaba compuesto por representantes de Brasil, Chile, Estados Unidos, Granada, Perú y Venezuela. El grupo de trabajo había celebrado su segunda reunión y había refinado y enunciado los conceptos finales que iban a guiar la política. En mayo se había efectuado un debate virtual sobre esos conceptos con participación de todos los Estados Miembros. El proyecto de política planteado en el documento se basaba en los principios fundamentales de la política actual —equidad, solidaridad y panamericanismo— y consideraba los resultados de una evaluación de la política actual emprendida por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS (IES). La nueva política propuesta reflejaba los ajustes hechos a la política actual para mejorar la justicia, la transparencia y la equidad en la asignación de los recursos.

48. La nueva política retendría los tres niveles funcionales de la política actual — regional, subregional y de país— pero agregaría un cuarto, el nivel entre países, que comprendería principalmente asesores regionales y subregionales que trabajan en oficinas sobre el terreno y prestan asistencia técnica directa adaptada a las necesidades de grupos específicos de Estados Miembros. La política guiaría la asignación de los recursos del presupuesto ordinario entre las categorías programáticas, los niveles funcionales y los países; no se aplicaría a los recursos de contribuciones voluntarias, muchos de los cuales estaban destinados a una finalidad específica. Las proporciones asignadas a los diversos niveles seguirían siendo iguales a las de la política actual, pero se harían ajustes según fuera necesario, sobre la base de datos probatorios. La proporción asignada al nivel de país no sería menor de 40%. El objetivo fundamental y general de la política sería potenciar al máximo los resultados en los países.

49. Las asignaciones a nivel de país se calcularían sobre la base de una fórmula que tuviera en cuenta las recomendaciones de IES para corregir los puntos débiles en la política actual, en particular con respecto a la asignación de límites inferiores ya que, en algunos



casos, las asignaciones habían sido insuficientes para mantener un nivel mínimo de presencia de la OPS en el país. La fórmula seguiría basándose en las necesidades pero incorporaría el coeficiente de Gini y, por lo tanto, tendría en cuenta las desigualdades dentro de los países. También incorporaría un componente orientado a la consecución de resultados encaminado a acelerar el logro de las metas programáticas acordadas por todos los Estados Miembros. En el anexo B del documento se da información más detallada.

50. El Comité expresó su apoyo decidido a la política del presupuesto y agradeció a los miembros del Grupo de Trabajo Consultivo por la elaboración de un proyecto bien organizado y técnicamente sólido. El Delegado de la Argentina señaló que su país también había participado en el trabajo del grupo. Se recibió con agrado el enfoque equitativo y flexible de la política y se apoyó, en particular, la incorporación del coeficiente de Gini y el reconocimiento de la necesidad de conseguir que las asignaciones a nivel de país fueran suficientes para mantener una presencia de la OPS en cada país.

51. El componente orientado a la consecución de resultados se consideraba como una innovación importante, aunque era esencial aclarar cómo influirían metodológicamente los resultados en las asignaciones presupuestarias. Los delegados elogiaron el hecho de que, a diferencia de las políticas de financiamiento de algunas otras organizaciones, la política iba a premiar, no a sancionar, a los países que lograran buenos resultados. También fue bien recibido el apoyo continuo de la política al trabajo a nivel subregional. Se subrayó la necesidad de seguir prestando apoyo decidido a la cooperación entre los países.

52. El señor Sotela dijo que era gratificante oír la respuesta positiva a la política propuesta y también expresó su agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo Consultivo. Aclaró que el componente entre países de la nueva política no era lo mismo que la cooperación técnica entre países (CTP). Según la nueva política, al igual que con la actual, la CTP se financiaría con fondos diferentes a los de la porción variable de la asignación de países. Sin embargo, según la política actual, la asignación fija/con límite inferior a menudo había resultado insuficiente y había sido necesario usar la asignación variable para cubrir los gastos de funcionamiento de las oficinas en los países. De acuerdo con la nueva política propuesta y debido a que la asignación fija sería suficiente para asegurar una presencia mínima en el país, habría más recursos disponibles para las actividades de CTP.

53. La Directora dijo que, en su opinión, uno de los puntos fuertes más importantes de la política propuesta era que tenía en cuenta no solo las desigualdades entre los países sino también las desigualdades dentro de los países. Aunque la Región de las Américas había logrado avances en la disminución de la desigualdad, seguía siendo la región más desigual del mundo en cuanto a la distribución de la riqueza y los indicadores clave de salud, como la esperanza de vida al nacer. Los éxitos logrados en la reducción de la desigualdad se debieron principalmente a la introducción de la protección social y a las políticas de transferencia de recursos. La política del presupuesto reflejaba la voluntad de los gobiernos de las Américas para trabajar con miras a lograr mayor igualdad y equidad en la Región.

54. En el debate del proyecto de resolución sobre este tema, que figura en el anexo C del documento CE150/12, Rev. 2, se solicitó una aclaratoria acerca de los parámetros para la transferencia de recursos entre los diversos niveles funcionales, mencionada en el subpárrafo 3(b). El señor Sotela explicó que el Grupo de Trabajo Consultivo había opinado que la política no debería ser demasiado restrictiva con respecto a las proporciones asignadas a los diversos niveles. Se había acordado que la asignación a nivel de país nunca debía ser inferior a 40%, pero también se había reconocido que las circunstancias en constante cambio quizás iban a exigir un aumento de esa proporción o de la asignación a alguno de los otros niveles funcionales para cumplir con la finalidad de la política: mejorar los resultados en los países. El proyecto de resolución fue modificado posteriormente para aclarar esa idea y fue aprobado por el Comité como resolución CE150.R12.

**Proyecto de evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011 de la OPS / Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS (documento CE150/13, Rev. 1)**

55. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre la exposición en el Subcomité de una versión anterior del documento sobre este tema (véanse párrafos 28 a 42 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR), e hizo notar que el Subcomité había expresado inquietud de que algunos objetivos estratégicos, que se encontraban en curso a fines del bienio 2008-2009, en la evaluación 2010-2011 se encontraban en riesgo, en particular los objetivos 1 y 14. También se había expresado inquietud acerca del nivel relativamente bajo de financiamiento y ejecución con respecto a algunos objetivos estratégicos, en particular los objetivos 10, 11 y 12.

56. La doctora Amalia Del Riego (Asesora Principal, Planificación y Coordinación de Recursos, OSP) presentó el informe contenido en el documento CE150/13, Rev.1, que resumía los resultados logrados bajo el Programa y Presupuesto 2010-2011 y evaluó el progreso logrado con respecto a los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012. El informe también contenía un análisis de la repercusión del trabajo emprendido para alcanzar los objetivos estratégicos. Los anexos al informe presentaban un análisis detallado de los resultados con respecto a cada objetivo estratégico y los resultados previstos a nivel regional asociados, que se habían clasificado como “en curso” (no se ha previsto ningún impedimento o riesgo que pudiera incidir negativamente en el progreso); “en riesgo” (progreso en peligro y necesidad de adoptar medidas para superar retrasos, impedimentos y riesgos); o “en problemas” (progreso en grave peligro, con impedimentos o riesgos que podrían excluir el logro de las metas). Ningún objetivo estratégico se encontraba en problemas. Cuatro objetivos estratégicos y ocho resultados previstos a nivel regional estaban en riesgo, y un resultado previsto a nivel regional se encontraba en problemas.

57. El informe presentaba los principales retos y las enseñanzas extraídas en conjunto y por cada objetivo estratégico. También se suministró información acerca de la ejecución

del presupuesto del bienio 2010-2011. Al final del informe se presentaban las principales conclusiones y recomendaciones que surgieron de la evaluación. Se utilizarían las enseñanzas extraídas de cada objetivo estratégico, resultado previsto a nivel regional e indicador para mejorar el nuevo Plan Estratégico 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015. También serviría para preparar la información que aportaría la Región al proceso mundial de elaboración del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

58. El Comité elogió el informe y observó su utilidad no solo como insumo para el trabajo futuro sino también como una herramienta de gestión basada en los resultados. Se solicitó una aclaratoria con respecto a algunas discrepancias evidentes entre los resultados logrados y los niveles del financiamiento recibido, y acerca de las enseñanzas extraídas de esos resultados. Se indicaba, por ejemplo, que el Objetivo Estratégico 9 (nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria) estaba en riesgo de no alcanzarse a pesar de haber recibido uno de los niveles más altos de financiamiento, mientras que el Objetivo Estratégico 10 (servicios de salud) permanecía en curso a pesar de una disminución de 40% en el financiamiento con respecto al bienio 2008-2009. También hubo preguntas acerca de si la tasa general de ejecución del presupuesto por programas de 85% se consideraba una buena tasa, las razones por las que no se había logrado una tasa de más de 90% y cuáles factores de riesgo habían contribuido al nivel relativamente bajo de ejecución (73,9%), notificado para el Objetivo Estratégico 4 (salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor). Un delegado observó que el informe revelaba un aumento significativo de las contribuciones voluntarias en algunas áreas y preguntó si esas contribuciones habían sido contribuciones nacionales voluntarias propuestas para proyectos específicos en el país donante y cuáles eran las consecuencias de esas contribuciones para la OPS en cuanto a gastos generales.

59. La doctora Del Riego respondió que la tasa de ejecución general de 85% en realidad se consideraba buena, en particular porque abarcaba la totalidad de los recursos recibidos y ejecutados, e incluía tanto el presupuesto ordinario como fondos de contribuciones voluntarias. Algunos de los últimos fondos no habían llegado al comienzo del bienio y no se habían ejecutado plenamente, pero se transferirían y ejecutarían en el bienio 2013-2014. Con respecto a las contribuciones nacionales voluntarias, señaló que habían contribuido a la ejecución de las estrategias de cooperación en los países y los programas de trabajo en los países pertinentes y, en consecuencia, también habían contribuido al logro de las metas y los objetivos regionales. Además, esos fondos a veces se utilizaban para las actividades de CTP, con lo cual se fomentaba aun más, la cooperación Sur-Sur. Las discrepancias entre los niveles de financiamiento y los resultados reflejaban, en algunos casos, una sobreestimación de los costos y una necesidad de mejorar la planificación y la determinación realista de los costos. En cuanto al Objetivo Estratégico 4, los problemas observados con respecto a algunos indicadores y resultados previstos guardaban más relación con una necesidad de aumentar la promoción de la causa, el compromiso político y las actividades multisectoriales y no con el nivel de financiamiento recibido.

60. La doctora Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) agregó que debido a que los indicadores se habían definido en cuanto al número de países que habían alcanzado una meta dada, un resultado previsto podría estar en riesgo aunque fuese solamente un país el que no hubiera podido alcanzar la meta. Uno de los problemas era que los países no siempre estaban usando los mismos indicadores. La Oficina estaba trabajando para abordar esa situación. Aunque la tasa general de ejecución para el Objetivo Estratégico 4 parecía ser relativamente baja, la tasa de ejecución para los fondos del presupuesto ordinario era de más de 95% y para los fondos de contribuciones voluntarias, con exclusión de los fondos que se transferirían en el bienio 2013-2014, la tasa se situaba en alrededor de 95%.

61. El doctor Rubén Torres (Gerente Interino, Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, OSP) dijo que había sido posible lograr los resultados mostrados en el Objetivo Estratégico 10 con un nivel relativamente bajo de financiamiento, debido en parte a los subsidios transversales recibidos de otras áreas relacionadas con los servicios de salud, por ejemplo la capacitación impartida a líderes de atención primaria de salud en el Objetivo Estratégico 13 (recursos humanos para la salud). Por otro lado, la mayor importancia que se había asignado a la atención primaria de salud en los últimos años había aumentado la disponibilidad de financiamiento a nivel nacional.

62. La Directora señaló que la contribución financiera de la OPS a las iniciativas nacionales había sido mínima hasta en los países más pobres. Su función había sido principalmente de apoyo técnico. Con respecto al Objetivo Estratégico 4, subrayó la necesidad de colaborar con el sector agropecuario y el ambiental, y con el de preparativos para casos de desastre y el personal de respuesta, ya que la desnutrición y los problemas de inseguridad alimentaria de la Región guardaban relación en gran parte con la sequía. La Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo, una iniciativa regional que incluía a todos los organismos de las Naciones Unidas que trabajan en las Américas, estaba colaborando para abordar los determinantes que conducen tanto a la desnutrición como al sobrepeso y la obesidad.

63. Con respecto a la ejecución del presupuesto, la OPS todavía estaba recibiendo sistemáticamente una cantidad inferior a la que se le había asignado en el presupuesto de la OMS, lo que hacía que su tasa de ejecución del presupuesto pareciera inferior a lo que había sido en realidad. La situación había mejorado gracias a los esfuerzos del Canadá y otros Estados Miembros de la OPS que estaban representados en el Consejo Ejecutivo de la OMS, pero seguía siendo necesaria la vigilancia constante.

64. El Comité tomó nota del informe.

**Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CE150/14)**

65. La Presidenta del Comité ejecutivo hizo hincapié en la propuesta de *Estrategia y plan de acción sobre enfermedades no transmisibles* presentada en el documento CE150/14 y ofreció el uso de la palabra para el debate.

66. El Comité Ejecutivo le agradeció a la Oficina por sus esfuerzos para preparar la estrategia y plan de acción sobre las enfermedades no transmisibles que refleja los resultados tanto de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles como los debates sobre el plan de acción mundial y el marco integral mundial de seguimiento, que tuvieron lugar en la recién concluida 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. El Comité reconoció la necesidad de adoptar una estrategia y plan de acción regionales con metas e indicadores, que reflejen la situación en la Región y las aspiraciones colectivas de los Estados Miembros de la Región.

67. También se reconoció la labor de la Oficina para efectuar consultas con los Estados Miembros. Sin embargo, se consideraba esencial efectuar una consulta más para alinear la estrategia y el plan de acción regionales con el plan de acción mundial y la propuesta de marco integral mundial de seguimiento, para reflejar los resultados de las consultas mundiales en curso acerca del tema, así como los aportes hechos por los Estados Miembros en las consultas efectuadas a nivel regional. Se señaló que la estrategia y el plan de acción parecían haberse basado en una versión anterior del marco integral mundial de seguimiento y que, por consiguiente, los indicadores regionales propuestos no eran compatibles con los indicadores mundiales que se estaban considerando actualmente. Por otra parte, se necesitaba más información para saber cómo se habían seleccionado los indicadores, cómo se habían establecido las metas y cómo se relacionaban con los objetivos de la estrategia. Se subrayó que la estrategia debía suministrar una hoja de ruta clara y un marco de acción que pudiera adaptarse a los contextos nacionales y que, al adaptar las metas y los indicadores al contexto regional, debía prestarse atención para asegurar que fuesen cuantificables y viables.

68. Un delegado opinó que deberían celebrarse otras consultas y que, luego de ellas, se modificara la estrategia y el plan de acción teniendo en cuenta esas consultas, además del resultado de los debates mundiales, para presentar al Comité Ejecutivo en el 2013 el documento modificado. Otros eran del parecer de que, a fin de mantener el impulso generado por la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas, el Comité debía tomar algunas medidas sobre el tema durante su 150.<sup>a</sup> sesión. Esta última opinión recibió el apoyo decidido de un representante de una organización de la sociedad civil.

69. El doctor James Hospedales (Asesor Principal, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, OSP), reconociendo que los objetivos y los indicadores presentados en la estrategia regional propuesta se basaban en una versión anterior del

marco propuesto de vigilancia mundial estuvo totalmente de acuerdo en que era necesaria una nueva consulta; agregó que la estrategia y el plan de acción propuesto se fundamentaba en la experiencia adquirida al aplicar la *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, adoptada en el 2006. La estrategia procuraba aumentar la prominencia de las enfermedades no transmisibles en los programas económicos y de desarrollo y promover un método que abarcara a toda la sociedad para la prevención y el control de esas enfermedades, como uno de los objetivos.

70. La Directora sugirió que para mantener el impulso que había logrado el tema, un grupo de Estados Miembros quizá podría colaborar con la Oficina durante la semana para determinar las medidas que debían adoptarse sobre el tema antes de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

71. El Comité decidió formar un grupo de redacción para revisar el proyecto de resolución contenido en el documento CE150/14. En la resolución resultante, la CE150.R13, se solicitó a la Directora que celebre otras consultas sobre el asunto, incluida una reunión de alcance regional con los Estados Miembros, antes de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana; que presente una estrategia revisada para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles a fin de solicitar el aval por la Conferencia; y proponga un proceso para desarrollar aún más el plan de acción que aprobaría el Consejo Directivo en el 2013.

#### **Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez (documento CE150/15)**

72. La Presidenta invitó al Comité a que formulara observaciones sobre la estrategia y el plan de acción propuestos para la salud integral de la niñez, presentados en el documento CE150/15.

73. El Comité apoyó decididamente la estrategia y plan de acción, y recibió con agrado el enfoque basado en los derechos y el énfasis en los determinantes sociales de la salud, así como la necesidad de una acción integrada y multisectorial para abordarlos. Los delegados elogiaron el reconocimiento que se hacía en la estrategia de la incidencia de la mortalidad neonatal en la mortalidad de menores de 5 años y de la necesidad de asignar prioridad a las medidas para prevenir la asfixia perinatal, la septicemia y la prematuridad y el peso bajo al nacer; además, expresaron su satisfacción con la importancia asignada en el plan de acción a la formación de capacidad y al fortalecimiento de los sistemas de salud integrados para el manejo, la planificación y la aplicación de estrategias integradas de salud del niño, mediante un enfoque de atención primaria de salud. También se expresó apoyo a un enfoque Sur-Sur que se fundamentaba en la experiencia de los países de América Latina y el Caribe y se reconoció la importancia de contar con la participación de las alianzas existentes que estaban trabajando para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la salud y el desarrollo del niño.

74. Se destacó la necesidad de fortalecer las competencias del personal de salud, las familias y las comunidades con respecto a la salud del niño, así como la importancia de mejorar los sistemas de información. Se opinó que tanto la estrategia como el plan de acción y el proyecto de resolución contenidos en el documento CE150/15 debían asignar más importancia a la ejecución de campañas de comunicación de masas encaminadas a concientizar sobre los temas de la salud del niño y a promover el desarrollo social, emocional, motor y cognoscitivo óptimos en niños. Se instó a la Oficina y a los Estados Miembros a que usaran el marco de rendición de cuentas y los indicadores propuestos por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas de la Salud de la Mujer y el Niño, y la Convención sobre los Derechos del Niño al ejecutar el plan de acción. Se propuso que se debería agregar un párrafo al proyecto de resolución para solicitar a la Directora que estableciera puntos de referencia directamente correlacionados con las áreas estratégicas en la estrategia y el plan.

75. El señor Christopher Drasbek (Asesor, Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, OSP) agradeció a los delegados sus sugerencias constructivas para el mejoramiento de la estrategia y el plan de acción, que la Oficina incorporaría en un documento revisado para presentarlo a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. Señaló que la estrategia y el plan reflejaban la información recibida de los Estados Miembros y las organizaciones de la sociedad civil así como del personal de diversas áreas dentro de la Oficina.

76. Posteriormente, el Comité consideró una versión revisada del proyecto de resolución que incorporaba las diversas modificaciones propuestas por los Estados Miembros y se aprobó la resolución CE150.R4, en la que se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

### **Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (documento CE150/16)**

77. La Presidenta hizo hincapié en el documento CE150/16 y ofreció el uso de la palabra para el debate.

78. El Comité recibió con agrado el documento y el método propuesto de evaluación de las tecnologías de la salud basada en datos probatorios y la toma de decisiones acerca de su uso. Se subrayó la importancia de la evaluación de la rentabilidad de las tecnologías de la salud y de la transparencia en la toma de decisiones. Varios delegados señalaron que el enfoque propuesto estaba de acuerdo con sus enfoques nacionales y suministró información sobre sus respectivos organismos de evaluación de tecnologías de la salud. El Delegado del Perú dijo que el enfoque propuesto también se alineaba con la Política andina de evaluación de tecnologías sanitarias adoptado por los seis ministros de salud de los países andinos. El mismo delegado sugirió que en el párrafo 10 del documento debería incluirse información sobre “la conformación en el año 2011 de la Comisión Sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud y Enfermedades de Alto Costo”. El Delegado de

México señaló que el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-SALUD) de su país se había establecido en el 2004, no en el 2006 y que había sido centro colaborador de la OPS/OMS desde el 2009.

79. El señor James Fitzgerald (Asesor Principal, Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, OSP) dijo que la Oficina asignaba gran importancia a la superación de las dificultades de carácter reglamentario y de otra índole que se planteaban a los sistemas de salud de la Región cuando trataban de establecer procesos y criterios para incorporar las tecnologías de la salud, al tiempo que velaban por la calidad de la atención y la seguridad del paciente en el uso de las tecnologías, lo que abarca medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos.

80. Se propusieron numerosos cambios al proyecto de resolución incluido en el documento CE150/16, lo cual suscitó la inquietud de las delegaciones que apoyaban la resolución tal como se había redactado ya que encontraban que los cambios propuestos iban a eliminar elementos esenciales del enfoque propuesto. Por consiguiente, se decidió formar un grupo de redacción para revisar la resolución. La resolución resultante, aprobada como resolución CE150.R17, recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución instando a los Estados Miembros, entre otras cosas, a promover el uso de las evaluaciones de tecnologías sanitarias para fundamentar las políticas de salud pública y los procesos decisorios para la incorporación de tecnologías de la salud y solicitar a la Directora que informara a los Cuerpos Directivos en el 2014 acerca de la ejecución de la resolución y que, para ese momento, se considerara la formulación de una estrategia y plan de acción regionales.

#### **Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CE150/17)**

81. El Presidente invitó al Comité a que formulara observaciones sobre la estrategia y el plan de acción propuestos sobre la gestión del conocimiento y comunicaciones que figura en el documento CE150/17.

82. Los Miembros del Comité recibieron con agrado la estrategia y el plan de acción propuestos y apoyaron decididamente los esfuerzos de la OPS para ampliar y mejorar el intercambio de conocimientos e información en toda la Región por medio de las nuevas tecnologías. Se consideraba que la estrategia y el plan de acción aportarían un marco para afrontar los desafíos del intercambio de información y conocimientos y para reconocer nuevos paradigmas de gestión del conocimiento y las comunicaciones. Se sugirió que la estrategia y el plan podrían mejorarse si se hiciera una distinción más clara entre la gestión del conocimiento y las comunicaciones y las dos modalidades de comunicación identificadas: la comunicación entre los organismos como parte del intercambio de información y la comunicación con el público como un medio de brindar apoyo a la toma de decisiones acerca de la salud. Se consideraba importante separar las dos formas de comunicación para vincular la estrategia y el plan de acción claramente con actores



específicos y con las funciones pertinentes para cada uno de ellos. Además, se sugirió que debería hacerse más hincapié en la forma de reducir las brechas y superar las barreras en el acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación en la Región y en cómo fomentar la creación de herramientas y recursos adaptados a las tecnologías que más se utilizan en la Región, en especial los dispositivos móviles. Se consideraba especialmente importante el desarrollo de aplicaciones independientes para esos dispositivos.

83. También se sugirió que debería agregarse un párrafo al proyecto de resolución incluido en el documento CE150/17 para reconocer la heterogeneidad de la Región con respecto al progreso en la gestión del conocimiento. En cuanto al párrafo 3(b) del proyecto de resolución, en el que se exhortaba a la Directora a que promoviera la elaboración y ejecución de programas nacionales para mejorar los conocimientos sobre computación, se señaló que tales programas eran parte del propósito de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y no de la OPS y se solicitó una aclaratoria acerca de las funciones y las responsabilidades de la OPS en ese sentido. También se pidió que se aclarara en qué forma la estrategia y el plan de acción propuestos ampliarían la *Estrategia y plan de acción sobre eSalud*, aprobada en el 2011,<sup>3</sup> o se integrarían a ella.

84. Se señaló que el objetivo 1.2 de la versión en inglés de la estrategia y plan de acción debía decir “ayudar a definir prioridades de política...”, no “ayudar a definir prioridades políticas...”. Varias sugerencias para mejorar más el documento y la aclaración de algunos indicadores se presentaron por escrito.

85. El señor Marcelo D’Agostino (Gerente de Área, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, OSP) dijo que las diversas sugerencias se incorporarían en una versión mejorada del documento para presentarla a la Conferencia Sanitaria Panamericana. Con respecto a las brechas en el acceso a las tecnologías, como parte de un enfoque multisectorial transversal tanto en la estrategia propuesta como en la estrategia sobre *eSalud*, la Oficina estaba promoviendo la colaboración con organismos de telecomunicaciones y otros actores para mejorar el acceso a la información y las tecnologías. Al mismo tiempo, se estaba haciendo todo lo posible para asegurar que las dos estrategias se complementaran y que no se superpusieran. En consecuencia, los asuntos relativos a la tecnología de la información *per se*, incluso el desarrollo de aplicaciones de teléfonos móviles, se abordarían como parte de la estrategia sobre *eSalud*. Con respecto a la alfabetización digital, dijo que la OPS estaba colaborando con la UNESCO y que su iniciativa de alfabetización digital se basaba en la de la UNESCO. El objetivo era determinar un conjunto de aptitudes que las personas necesitaban para desempeñarse eficazmente en una sociedad de la información.

86. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE150.R5, que recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

---

<sup>3</sup> Véase la resolución CD51.R5.

**Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (documento CE150/18)**

87. La Presidenta hizo algunas observaciones sobre el documento CE150/18 y ofreció el uso de la palabra para el debate.

88. El Comité elogió el trabajo de la OPS en el área de preparativos para situaciones de emergencia y respuesta en caso de desastres y encomió sus esfuerzos y los de la OMS para fortalecer los mecanismos de prestación de la ayuda humanitaria internacional. Se subrayó que cualquier nuevo mecanismo de coordinación creado mediante el proyecto de resolución contenido en el documento CE150/18 debía complementar al sistema internacional más amplio, que comprende a otros grupos orgánicos, los organismos de respuesta humanitaria y los mecanismos regionales y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y funcionar en coordinación con este. Un delegado destacó la necesidad de contar con un medio para coordinar el trabajo de las organizaciones no gubernamentales pequeñas en la fase posterior a la emergencia de respuesta a los desastres, para evitar duplicación de esfuerzos y mejorar la eficacia de la respuesta. Otros exhortaron a la Organización a que apoyara a los Estados Miembros en la capacitación de los equipos nacionales de respuesta para dotarlos con las aptitudes necesarias que les permitan ayudar a otros países luego de un desastre.

89. Varios delegados señalaron que en algunos países era un organismo nacional de respuesta a los desastres, no el ministerio de salud, el que coordinaba la respuesta internacional a un desastre y, por consiguiente, sugirieron que la redacción del párrafo 1 a) del proyecto de resolución debería hacerse más flexible. Un delegado sugirió que el párrafo 2 c) debía eliminarse de la resolución, ya que no estaba seguro de que la participación de los gobiernos en el Grupo de Acción Sanitaria Mundial sería apropiada. Se solicitó una aclaratoria de cómo funcionaría el mecanismo de registro y acreditación mencionado en el párrafo 2 e). Se señaló que haría falta un financiamiento externo considerable para llevar a la práctica la resolución, y se pidió información acerca de la forma en que la Oficina había previsto movilizar esos recursos.

90. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP), refiriéndose al párrafo 1 a) del proyecto de resolución, explicó que la experiencia había demostrado que los ministerios de salud tendían a renunciar a la responsabilidad de coordinar la asistencia internacional y la delegaban en los ministerios de relaciones exteriores o en un organismo nacional especializado en la coordinación de la respuesta de emergencia; por lo tanto, la Oficina consideraba que los ministerios de salud deberían tener mayor participación en la coordinación de la respuesta del sector de la salud. En cuanto al párrafo 2 c), la idea era fomentar una mejor comunicación entre los miembros del Grupo de Acción Sanitaria y los Estados Miembros y lograr que los gobiernos participaran en la planificación de la ayuda humanitaria internacional. Con respecto al párrafo 2 e), explicó que el objetivo era contar

con un sistema para registrar los equipos de personal médico que podrían convocarse para responder a un desastre.

91. Se revisó el proyecto de resolución para incorporar las diversas modificaciones consideradas y se aprobó como resolución CE150.R10.

**Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud (documento CE150/19)**

92. La Presidenta invitó al Comité a que formulara observaciones sobre el documento conceptual y el proyecto de resolución sobre bioética contenidos en el documento CE150/19.

93. Se apoyó decididamente el proyecto de resolución, pero se sugirió que debía hacerse más hincapié, tanto en la resolución como en el documento conceptual, en la elaboración de programas académicos para la capacitación de los profesionales de bioética, especialmente en el área de la ética en el campo de la salud pública, pues los especialistas en este tema seguían siendo escasos en la Región. Se instó a la Organización a que colaborara con las universidades para elaborar programas de capacitación.

94. La doctora Carla Sáenz (Asesora en Bioética, OSP) dijo que se modificarían el documento y el proyecto de resolución para dar más importancia a la capacitación de los profesionales de bioética. Le complacía informar que la OPS había firmado recientemente un convenio con una universidad brasileña para el diseño de un software que ayude a los comités de bioética a examinar la investigación con sujetos humanos, incluidos los ensayos clínicos, y mejorar la eficiencia y la transparencia de los procesos de examen. Se había previsto que las pruebas piloto del software empezarían pronto.

95. La Directora dijo que el objetivo del documento era presentar un marco conceptual para orientar el trabajo en materia de bioética, fundamentándose en el trabajo muy fructífero llevado a cabo dentro de la Organización en el último decenio. Ese trabajo había recibido apoyo especial del Gobierno de Chile, que había desempeñado una función protagónica en la fundación del Programa Regional de Bioética, cuya sede se había establecido originalmente en Chile. Ese apoyo había conducido a la elaboración de varios programas de la maestría en bioética en las Américas, y ahora la Región contaba con un cuadro fuerte de profesionales de bioética. Sin embargo, como se había señalado en el documento conceptual quedaba mucho trabajo por hacer en esa área y, por consiguiente, aceptaba la sugerencia de hacer más hincapié en la capacitación, tanto en el documento como en el proyecto de resolución.

96. El proyecto de resolución contenido en el documento CE150/19 fue revisado para incorporar las modificaciones indicadas y fue aprobado por el Comité como resolución CE150.R7.

**Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)  
(documento CE150/20, Rev. 1)**

97. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) presentó el documento CE150/20, Rev. 1, en el que se examinaba la historia del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) y sus contribuciones a la cooperación técnica de la Organización, se describía su situación actual, se destacaban ciertos problemas que habían surgido con respecto a la administración conjunta del Programa por la OPS y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF); además, se describían los pasos ya dados y los propuestos para el futuro con miras a abordar esos problemas y fortalecer y renovar a PALTEX. La Directora había decidido que la Oficina debía volver a asumir la responsabilidad de la administración general del Programa y, por consiguiente, se había entablado un diálogo con la Junta Directiva de PAHEF, se había preparado una hoja de ruta, y se había establecido un grupo de estudio para efectuar la transferencia. Al mismo tiempo, la Oficina y la Junta Directiva de PAHEF habían acordado elaborar un nuevo marco jurídico por el cual PAHEF podría apoyar mejor a la OPS. Este acuerdo todavía estaba en proceso de negociación.

98. Se invitó al Comité Ejecutivo a que considerara la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución contenido en el documento, en el que se solicitaba a la Directora ultimar las medidas necesarias para consolidar la gestión y la administración general por la Oficina de todos los aspectos de PALTEX.

99. Los Miembros del Comité expresaron agradecimiento por la contribución de PALTEX a la educación de los profesionales sanitarios y, en consecuencia, al fortalecimiento de sistemas de salud. Los delegados también apoyaron el proyecto de resolución y el plan para transferir la administración del programa a la Oficina. En particular, se apoyó la idea de crear e-PALTEX, que ampliaría el acceso a la información. Además, se instó a la Oficina a que utilizara las tecnologías de comunicación y las redes sociales para difundir información acerca del programa y sus recursos. Un delegado preguntó si PALTEX quizá debería ampliarse para abarcar las escuelas médicas y de enfermería situadas en otros países, que cada vez eran más numerosas y conocidas en la subregión del Caribe y a las que estaban acudiendo un mayor número de estudiantes locales. Otro delegado solicitó más información sobre las medidas necesarias para finalizar la transferencia; el nuevo marco jurídico, la estructura y las operaciones del Programa; el plan de la Oficina para ampliar y mejorar a PALTEX, lo que comprendería las repercusiones en los recursos financieros y humanos; y la función futura de las relaciones con PAHEF.

100. El doctor Sotelo dijo que el paso principal que quedaba pendiente para finalizar la transferencia era el de firmar un convenio con PAHEF para la transferencia de los activos y los pasivos de todo el programa. En cuanto a las funciones futuras y las relaciones con PAHEF, la Directora y el personal clave de la Oficina iban a celebrar un retiro de trabajo

con la Junta Directiva de PAHEF a finales de agosto, que brindaría una oportunidad de tratar la forma que debería tomar la colaboración entre las dos organizaciones y cómo esa relación podría atender mejor a los Estados Miembros y la Organización en su totalidad.

101. La doctora Silvina Malvárez (Asesora, Enfermería y Técnicos en Salud, Recursos Humanos para la Salud, OSP) dijo que la Oficina estaba muy interesada en ampliar las labores de PALTEX en el Caribe y con esa finalidad se habían adoptado varias medidas, entre otras celebrar reuniones con profesionales de enfermería y hacer una encuesta de las escuelas de ciencias de la salud en la subregión. Podrían prestárseles servicios a las universidades privadas si los gobiernos lo indicaban en los acuerdos que firmaran con la Organización, con lo cual PALTEX podría funcionar en sus países.

102. La Directora recordó que este programa se había originado para prestar servicios de traducción al español de los libros de texto médicos que estaban disponibles solo en inglés. Como los gobiernos y las instituciones de enseñanza habían identificado los materiales de instrucción necesarios con el transcurso de los años, el programa había empezado también a producir materiales originales y había sido un recurso valioso para mantener al personal de salud actualizado acerca de los conocimientos en rápida evolución en la esfera de las ciencias de la salud.

103. Se había llegado a un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo para recibir un préstamo que serviría para la capitalización inicial de PALTEX. Una condición del préstamo había sido que el trabajo del programa estuviese orientado a los estudiantes con recursos limitados y, por consiguiente, se había trabajado principalmente con las universidades públicas. Tanto el préstamo inicial como el otro préstamo para financiar la ampliación del Programa habían sido rembolsados por PAHEF. Hasta aproximadamente diez años antes, la administración de PALTEX había estado totalmente en manos de la Oficina, pero ante las crecientes demandas de cooperación técnica y por lo tanto mayores exigencias en personal, se había decidido transferir algunas funciones a PAHEF. Sin embargo, una evaluación había revelado que por diversas razones institucionales, administrativas y legales, sería mejor que la Oficina reanudara la responsabilidad exclusiva de la gerencia del programa y de PAHEF para centrarse más en la movilización de recursos. El cambio no tendría implicaciones financieras para la OPS porque el programa se financiaba con sus propios recursos y era autosuficiente.

104. El Comité aprobó la resolución CE150.R3, en la que recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución que tomara nota de las medidas adoptadas hasta el momento y solicitara a la Directora que ultimara la transferencia y que ampliara y mejorara aun más PALTEX de conformidad con el plan presentado en el documento CE150/20, Rev. 1.

## **Asuntos administrativos y financieros**

### **Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE150/21 y Add. I)**

105. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal de Servicios y Sistemas Financieros, OSP), hizo notar que si bien en el documento CE150/21, Add. I, se presentaba información sobre la recaudación de las contribuciones señaladas hasta el 11 de junio del 2012, desde esa fecha la Oficina había recibido otros pagos, a saber: \$176.046 de Cuba y \$151.996 de Panamá. Como resultado de la estrategia de la Directora para aumentar la tasa de recaudación de las contribuciones y el compromiso demostrado por los Estados Miembros con el trabajo de la Organización, 99% de las contribuciones atrasadas se habían pagado, lo que dejaba un saldo pendiente de solo \$289.065. La recaudación de las contribuciones del año en curso había ascendido a \$23,3 millones, 27% de la cantidad adeudada para el 2012. Dieciséis Estados Miembros habían pagado sus contribuciones correspondientes al 2012 en su totalidad. Hasta la fecha, ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones de voto contempladas de conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

106. La Directora observó que el total de los atrasos en los pagos había disminuido de más de \$40 millones en 2003 a menos de \$300.000, un logro notable que demostraba la eficacia de las medidas tomadas para facilitar el pago de las contribuciones, entre ellas, los planes de pagos diferidos y la aceptación de pagos en moneda nacional. Expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por cumplir sus obligaciones con la Organización, a pesar de las limitaciones presupuestarias a nivel nacional.

107. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE150.R1, en la que se agradecía a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos para el 2012 y se instaba a los otros Estados Miembros a que pagaran sus contribuciones pendientes cuanto antes.

### **Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011 (*Documento Oficial 342*)**

108. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen del Subcomité de una versión preliminar y no auditada del Informe Financiero (véanse los párrafos 49 a 59 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR).

109. La señora Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó los aspectos destacados del Informe Financiero del Director, que revelaban que los recursos financieros totales de la Organización habían aumentado en \$400 millones durante el bienio 2010-2011, para alcanzar \$1.800 millones. Los recursos totales devengados para el 2011 habían ascendido a \$835,5 millones, incluidos \$98,1 millones en fondos del presupuesto ordinario, \$40,8 millones en fondos de la OMS asignados a la

Región de las Américas y \$694,4 millones en fondos procedentes de otras fuentes. Las contribuciones devengadas para el 2011 habían sumado \$98,3 millones. Los ingresos varios devengados habían sumado \$4,3 millones, cifra mucho menor que los aproximadamente \$10 millones presupuestados para el año. Las tasas de interés mundiales extremadamente bajas habían reducido considerablemente el monto de los intereses devengados en la cartera de inversiones de la Organización, lo que dio lugar a un déficit total en los ingresos varios de \$10,5 millones para el bienio. Sin embargo, gracias a las medidas de ahorro de costos adoptadas por la Directora, ese déficit se había reducido a \$4,6 millones. El déficit se había financiado con el Fondo de Trabajo, con lo cual la cantidad en el Fondo se redujo a \$15,4 millones. El Fondo se repondría con los excedentes acumulados en los bienios futuros.

110. Los gastos consolidados, incluidos los gastos para los dos centros panamericanos en el Caribe, habían alcanzado \$836,3 millones en el 2011: \$162,9 millones (19,5%) en el personal y otros costos de personal; \$468,7 millones (56,0%) para los suministros, productos básicos y materiales, incluidas las actividades de adquisiciones; \$106,6 millones (12,7%) para los servicios contractuales; \$53,4 millones (6,4%) para el viaje; \$33,2 millones (4%) para las transferencias y las subvenciones a las contrapartes; \$11,9 millones (1,4%) para generales operativos y los otros directos costos; y un ajuste de aproximadamente \$400.000 para la depreciación y la amortización del equipo, los vehículos, los muebles y los activos intangibles.

111. El señor Steve Townley (Representante del Auditor Externo, Contralor y Auditor General de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) resumió el informe del Auditor Externo, señalando que en la auditoría no se habían encontrado puntos débiles o errores de importancia y el Auditor Externo, por consiguiente, había emitido un dictamen de auditoría sin reservas en todas las cuentas. El informe que figura en el *Documento Oficial 342* destacaba los asuntos que el Auditor Externo deseaba poner en conocimiento de los Estados Miembros con respecto a la situación financiera de la Organización, los controles y asuntos internos de gobernanza, las visitas a las oficinas en los países y el proyecto de Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS.)

112. Llamó la atención en particular a las recomendaciones del Auditor Externo en cuanto a la necesidad de determinar la manera de financiar la obligación de los beneficios de los empleados a largo plazo; fortalecer la comprensión de los conceptos de acumulación de las IPSAS y velar por el cumplimiento de las reglamentaciones de compras en las oficinas en los países; mejorar la aplicación de las recomendaciones de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES); examinar el perfil del personal de IES y elaborar indicadores para medir su desempeño; finalizar documentos clave del proyecto del PMIS y adoptar un enfoque integral de gestión de riesgos para el proyecto; y revalorar los costos del proyecto del PMIS para conseguir que el presupuesto de \$20,3 millones siga siendo adecuado. El Auditor Externo estuvo satisfecho con las

medidas tomadas sobre recomendaciones anteriores, aunque todavía es posible lograr otros avances. En el anexo B del Informe de Auditoría se presentan observaciones detalladas sobre recomendaciones anteriores.

113. El Auditor Externo recibió con agrado la puesta en práctica por la Oficina de un sistema de gestión del riesgo empresarial y había confirmado que contenía los elementos fundamentales necesarios para controlar y mitigar los riesgos eficazmente; sin embargo, como el sistema se encontraba todavía en las primeras etapas de la ejecución, no había sido posible evaluar hasta qué punto iba a satisfacer en la práctica las necesidades de gestión de riesgos de la Organización. En conclusión, aseguró al Comité que la Oficina Nacional de Auditoría estaba colaborando estrechamente con el Tribunal de Cuentas de España para asegurar una transición sin problemas.

114. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el dictamen de auditoría sin reservas y la información sobre la situación financiera fuerte de la Organización. Se instó a la Oficina a que pusiera en práctica plenamente las recomendaciones del Auditor Externo. En particular fueron muy bien recibidas las recomendaciones en cuanto al proyecto del PMIS. Se reconoció que el seguro de enfermedad del personal tras la separación del servicio representaba un pasivo considerable que tenía que ser financiado, pero la situación no se consideraba fundamental en este momento. Se sugirió que debería usarse parte del excedente de la adopción de las IPSAS (véanse los párrafos 125 a 129 más adelante) para reponer el Fondo de Trabajo.

115. Se señaló que las contribuciones de los Estados Miembros representaban apenas un 13% de los ingresos totales de la Organización, y el resto del financiamiento provenía de otras fuentes, una situación que dejaba expuestas las finanzas de la Organización a los vaivenes del mercado. Se instó a los Estados Miembros a que procuraran pagar oportunamente sus contribuciones señaladas. Un delegado preguntó hasta qué punto era flexible el financiamiento de otras fuentes. Se subrayó que los costos de apoyo a proyectos debían ser suficientes para sufragar el costo de llevar a cabo las actividades financiadas con las contribuciones voluntarias para evitar subsidiar esos costos con fondos del presupuesto ordinario.

116. La señora Frahler estuvo totalmente de acuerdo en que los ingresos de las contribuciones señaladas eran cruciales. Eran esos recursos los que le permitían a la Oficina prestar a los Estados Miembros los servicios de cooperación técnica y llevar a cabo las actividades de compras en su nombre.

117. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) señaló que si bien las contribuciones de los Estados Miembros en el 2011, habían representado una proporción relativamente pequeña de los ingresos totales de la Organización de \$1.800 millones, el monto de las contribuciones equivalía a casi la mitad (cerca de 46%) de los recursos recibidos para los programas de cooperación técnica. La cifra de \$1.800 millones reflejaba una suma importante de dinero recibida para las



actividades de compras, y esos fondos no se usaban para las actividades de cooperación técnica.

118. Con respecto a la flexibilidad de los fondos de otras fuentes, explicó que algunas contribuciones voluntarias eran totalmente flexibles, mientras otros de cierta forma ya estaban asignados a fines concretos. Algunos estaban asignados a nivel del objetivo estratégico, lo que significaba que tenían que asignarse ciertos porcentajes a objetivos estratégicos concretos, de conformidad con el Plan Estratégico 2008-2012; otros se destinaban a proyectos específicos. Además, la OPS tenía convenios con algunos países para el suministro de financiamiento para ciertos programas; había alguna flexibilidad en la forma de usar esos fondos, pero no eran totalmente flexibles. Alrededor de 10% de las contribuciones voluntarias recibidas de la OMS se asignaban a nivel del objetivo estratégico y, por consiguiente, eran sumamente flexibles. Calculaba que cerca del mismo porcentaje de las contribuciones voluntarias a la OPS eran considerable o plenamente flexibles.

119. La Directora dijo que la situación de la OPS con respecto a las contribuciones voluntarias era diferente a la de la OMS en varios aspectos. Según observó el señor Sotelo, la OPS recibía financiamiento de varios países de acuerdo a los programas, lo cual permitía colmar las brechas de financiamiento, aunque el número de países que aportaban este financiamiento era muy reducido. Además, la OPS recibía contribuciones voluntarias de los países para proyectos y programas que se llevarían a cabo en el país donante. Si bien hasta ahora pocos países aportaban este tipo de financiamiento su número estaba aumentado. Esos fondos estaban destinados a un fin determinado en el sentido de que solo podrían usarse en el país donante, pero servían para aumentar la capacidad de respuesta de cooperación técnica de la Organización y no representaban una carga en su presupuesto. Por otro lado, contribuía al mejoramiento de los conocimientos técnicos y las instituciones en el país además de mejorar otras modalidades de cooperación, como la cooperación Sur-Sur.

120. Era fundamental mantener un equilibrio apropiado entre los fondos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias, ya que eran los recursos del presupuesto ordinario los que mantenían las funciones básicas de la Organización y le permitían movilizar otro tipo de financiamiento y utilizarlo eficazmente. Por consiguiente, instó a los Estados Miembros a que siguieran aprobando los aumentos periódicos de las contribuciones señaladas.

121. Recordó que en el 2010 los Estados Miembros habían aprobado un aumento de 0,5% de los costos de apoyo administrativo cargados por las actividades<sup>4</sup> de compras y se había pedido a la Oficina que elaborara un estudio para determinar si era necesario otro aumento. La Oficina presentaría los resultados de ese estudio en la 151.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo en septiembre.

---

<sup>4</sup> Véase la resolución CD50.R1.

122. Con respecto a la sugerencia sobre la reposición del Fondo de Trabajo, señaló que, tal como se muestra en el Informe Financiero, en el 2010 se habían transferido \$10 millones del presupuesto ordinario de la OPS al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, con el objeto de acelerar la compra por los Estados Miembros de la vacuna contra la gripe pandémica por (H1N1) 2009; ese dinero podría devolverse al presupuesto ordinario en cualquier momento. Por consiguiente, sugeriría que esos fondos, no una parte del excedente de la adopción de las IPSAS, se usaran para reponer el Fondo de Trabajo.

123. La Directora expresó su reconocimiento a la señora Frahler, quien iba a jubilarse a finales de junio luego de una destacada carrera profesional de 20 años con la Organización.

124. El Comité le expresó su gratitud a la señora Frahler por sus servicios y tomó nota de los informes.

#### **Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010 (documento CE150/22)**

125. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración), al resumir las deliberaciones del Subcomité sobre este tema (véanse los párrafos 60 a 68 del Informe Final del Subcomité, documento SPBA6/FR), dijo que se había informado al Subcomité de que los ajustes hechos en las cuentas de la Organización como parte de la transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas a las IPSAS habían generado un excedente de casi \$33,9 millones, como resultado de asignaciones presupuestarias no utilizadas. Se había propuesto que el excedente se usara para invertir en la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (véanse los párrafos 180 a 184 más adelante), en el seguro de enfermedad tras la separación del servicio para los jubilados, la creación de una reserva para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, la reposición del Fondo Especial de Promoción de la Salud de la OPS, la creación de un fondo para afrontar las emergencias causadas por epidemias y la inversión en un plan quinquenal de inocuidad de los alimentos. Se había propuesto además que el saldo del excedente que quedara después de los niveles propuestos de financiamiento a iniciativas anteriores debía colocarse en un fondo de reserva destinado a otras inversiones en torno a esas iniciativas u otras finalidades estratégicas o administrativas futuras.

126. En el debate que siguió, se felicitó a la Oficina por su implementación oportuna de las IPSAS y se expresó apoyo a los usos propuestos de los fondos, en particular las propuestas en relación con el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP y con el seguro de enfermedad tras la separación del servicio. Con respecto a la propuesta sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, se apoyó la transferencia de \$6 millones al fondo subsidiario de Tecnología de la Información, pero se solicitó más información acerca de los usos propuestos para los \$2 millones que iban a transferirse al fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo y se sugirió que la transferencia de esos fondos debía diferirse hasta que el Comité de Inversiones en Proyectos de Infraestructura hubiera finalizado su examen de los proyectos propuestos (véanse los párrafos 142 a 147 más

adelante). Se señaló que el saldo restante del excedente de \$4,4 millones sería suficiente para llevar de nuevo al Fondo de Trabajo casi a su nivel máximo de \$20 millones (véanse los párrafos 108 a 124 anteriores) y se sugirió que el saldo debería usarse para esa finalidad en lugar de colocarlo en un fondo de reserva. Sin embargo, también se señaló que el mantenimiento de un fondo para imprevistos era una buena práctica de presupuestación y sería particularmente aconsejable en el incierto clima financiero actual.

127. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) aclaró que la propuesta con respecto al Fondo Maestro de Inversiones de Capital no era la de hacer una transferencia directa de \$8 millones al Fondo, sino crear una reserva que pudiera utilizarse en caso de necesidad. Con respecto a los fondos del excedente no asignado, en su calidad de oficial de presupuesto, opinaba que era prudente mantener esos fondos en reserva para atender las contingencias que pudieran ocurrir en el futuro.

128. La Directora señaló que mientras los Estados Miembros pagaran oportunamente sus contribuciones señaladas, no habría ninguna necesidad de usar fondos del Fondo de Trabajo, que se había establecido para cubrir déficits o retrasos en el pago de las contribuciones señaladas. Aseguró al Comité que la Oficina vigilaba constantemente la situación financiera de la Organización, incluso el nivel del Fondo de Trabajo y que, de ser necesario, restauraría al presupuesto ordinario los \$10 millones que se habían transferido al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas en el 2010 (véase el párrafo 122 anterior). La Organización se estaba enfrentando a un período de gran incertidumbre financiera debido a las tasas de interés bajas y a la inestabilidad mundial de las tasas de cambio. En consecuencia, sus ingresos varios podrían ser sustancialmente inferiores a lo previsto y quizá perdería hasta \$3 millones durante el bienio debido a las conversiones desfavorables de divisas. En esas circunstancias, era importante mantener tanta flexibilidad como fuera posible. Si el excedente de fondos no asignados se transfería al Fondo de Trabajo no podía recuperarse para cubrir contingencias y, por consiguiente, recomendaba que la porción no asignada se colocara en un fondo para imprevistos.

129. Después de oír las explicaciones de la Directora y la presentación sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital, el Comité aprobó la resolución CE150.R11, en la que se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara los usos propuestos del excedente, entre otros, la creación de una reserva de contingencia, y que se delegara en el Comité Ejecutivo la autoridad para el seguimiento y la aprobación de todas las propuestas futuras sobre el uso de los fondos excedentes de la adopción de las IPSAS.

### **Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE150/23)**

130. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP), al subrayar los puntos principales del informe, dijo que los párrafos 1 a 9 abarcaban asuntos generales, entre otros los recursos de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), el enfoque adoptado, la planificación

y su independencia; en el párrafo 10 se describían la forma en que IES coordinaba su trabajo con el Auditor Externo y la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS; los párrafos 11 a 19 resumían los resultados de las auditorías internas temáticas, es decir, auditoría de aspectos concretos de las operaciones de la Organización; los párrafos 20 a 27 resumían los resultados de las auditorías internas de las oficinas en los países y los centros panamericanos; los párrafos 28 a 31 trataban las evaluaciones internas de aspectos del trabajo de la OPS; en el párrafo 33 y el anexo B se examinaban las medidas tomadas para poner en práctica las recomendaciones de IES; y en los párrafos 34 y 35 se presentaba la opinión general de IES sobre el entorno de control interno. Señaló que desde la publicación del informe, la tercera de las tres recomendaciones mencionadas en el anexo B se habían puesto en práctica

131. Subrayó que IES era plenamente independiente y se ocupaba solamente de dar asesoramiento. No participaba en actividades de administración ni tomaba decisiones. Había podido expresar su asesoramiento sin ningún obstáculo, le habían dado el acceso total a los miembros del personal y a los documentos que necesitaba para llevar a cabo su trabajo; además, había recibido el apoyo incondicional de la Directora. Expresó la esperanza de que sus sucesores seguirían prestando un apoyo similar y de que se protegería la independencia de IES, que era el garante máximo de la calidad de su trabajo y de su valor para la Organización.

132. El Comité expresó su agradecimiento por el trabajo de IES y apoyó las recomendaciones de esa oficina, en particular las que apuntaban a la modernización continua del ambiente interno de control y al mejoramiento de la supervisión por parte de la Oficina de la programación y administración, el mejoramiento de la gestión basada en los resultados, el mejoramiento de la planificación de los viajes y la promoción de una cultura de rendición de cuentas personal, tanto en el personal como en la dirección para reducir costos relacionados con los viajes y asegurar que ningún contrato se adjudicara sin la demostración de haber sido sometido a un proceso de selección competitivo. Se instó a la Oficina a que pusiera en práctica, sin dilación, las dos recomendaciones pendientes en el anexo B y además ejecutara las relacionadas con el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). Se pidió información acerca de las razones para permitir que BIREME actuara en forma tan autónoma y sin la supervisión necesaria. Una delegada observó que otras organizaciones de las Naciones Unidas habían anunciado recientemente que divulgarían los resultados de sus auditorías internas al público y preguntó si la OPS había previsto hacer lo mismo.

133. El señor O'Regan, para responder a las observaciones dijo que las mejoras en la planificación de los viajes dependerían hasta cierto punto de las mejoras en los sistemas de información, debido a que los sistemas actuales no eran adecuados para la planificación de los viajes a través de toda la Oficina Sanitaria Panamericana. La Oficina había puesto en práctica las recomendaciones de IES sobre los contratos de consultoría y actualmente se estaba negando a procesar los contratos que carecían de pruebas satisfactorias para

demostrar que se había hecho una selección competitiva, aunque en ocasiones podrían hacerse excepciones en situaciones de emergencia o donde se necesitaban aptitudes muy especializadas. En cuanto a las causas de los problemas observados en BIREME, por razones históricas, este centro en el pasado podría haber recibido menos atención de la que requería por parte de la Oficina, y el antecesor a IES —una unidad de auditoría interna compuesta por una persona— tampoco había logrado detectar y comunicar los problemas. A él le complacía informar que la Oficina estaba actualmente ejecutando un plan de acción para abordar todas las recomendaciones de IES con respecto a BIREME. Aunque se necesitaban otras mejoras, la OPS había logrado grandes avances en la adopción de la gestión basada en los resultados. En efecto, había pocas organizaciones en las cuales los resultados previstos de la organización se declararan de manera tan explícita y visible.

134. Explicó que preferiría no seguir la tendencia del sistema de las Naciones Unidas hacia la divulgación pública de los informes de auditoría interna porque había un riesgo de que los informes de IES dejaran de ser tan francos y sinceros como lo eran ahora. Por otro lado, entendía, según sus colegas de otras organizaciones que habían decidido divulgar sus informes de auditoría interna a públicos externos, que en algunas ocasiones algunos problemas graves no se notificaban ni se abordaban abiertamente sino que la tendencia era abordarlos por los canales informales, lo cual debilitaba la eficacia de la supervisión interna.

135. La Directora observó que la planificación de viajes era un reto para las organizaciones de cooperación técnica porque a menudo el viaje tenía que hacerse sin el tiempo necesario para planificarlo. En el caso de la OPS, un nivel alto de descentralización complicaba aun más la planificación. Actualmente, la Oficina estaba recabando datos sobre modelos y costos de viaje pasados con miras a introducir mejoras. También estaba promoviendo el uso de las teleconferencias y otras tecnologías para reducir la necesidad de viajes. No obstante, los viajes formaban parte de la cooperación técnica de la Organización y de su apoyo a los Estados Miembros, por lo que nunca sería posible eliminarlos totalmente.

136. Con respecto a BIREME, recordó que varios años antes, debido a las limitaciones financieras, los Estados Miembros habían decidido que debía alentarse a los centros panamericanos a que fueran más autosuficientes (resoluciones CSP20.R31 [1978], CD49.R5 [2009] y CD50.R14 [2010]). Por consiguiente, se había delegado mayor autoridad a los centros y, en algunos casos, la responsabilidad de la supervisión se había transferido de un programa de cooperación técnica de la Sede al gerente del centro. La Oficina había visto que esa situación estaba creando riesgos y había empezado a recuperar algunas de las funciones, alineando el trabajo de los centros más estrechamente con las áreas programáticas y aumentando la función supervisora de los representantes en los países.

137. La Directora agregó que compartía la opinión del Auditor General con respecto a la divulgación pública de los informes de auditoría interna. Era muy importante poder

exponer internamente de una manera franca los resultados de la auditoría. El Comité de Auditoría de la OPS estaba considerando las mejores prácticas de otras organizaciones, y la Oficina seguiría sus consejos sobre el asunto, pero por el momento los informes internos de auditoría no se divulgarían al público. Sin embargo, siempre estaban al alcance de los Estados Miembros previa solicitud.

138. El Comité tomó nota del informe.

**Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE150/24)**

139. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 75 a 82 del Informe Final del Subcomité, documento SPBA6/FR), y observó que sus integrantes habían recibido con beneplácito los esfuerzos de la Organización para modernizar los sistemas de información, mejorar la conectividad en las representaciones, mantener y mejorar la infraestructura física y ayudar a los países a implementar el Reglamento Sanitario Internacional. Esta última tarea había sido particularmente importante porque el 2012 era un plazo crucial para la adopción del Reglamento. Se había destacado la importancia de coordinar las actividades de la Organización para fortalecer los sistemas de información de salud pública en el marco del proyecto 2.A con la labor en ese mismo ámbito que se estaba llevando a cabo a nivel subregional.

140. La Directora observó que los proyectos de la Cuenta Especial, financiados con fondos excedentes del presupuesto por programas para el bienio 2006-2007, habían ofrecido una buena oportunidad para efectuar las inversiones necesarias en infraestructura física, como el nuevo Centro de Operaciones de Emergencia, y fortalecer los sistemas de información. Las enseñanzas extraídas de esa experiencia podían ser útiles para los Estados Miembros al tomar decisiones sobre el uso del excedente resultante de la adopción de las IPSAS (véanse los párrafos 125 a 129 anteriores).

141. El Comité tomó nota del informe.

**Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE150/25)**

142. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 48 a 56 del Informe Final del Subcomité, documento SPBA6/FR), e indicó que el Subcomité había recibido con beneplácito los esfuerzos de la Oficina en lo que se refería al mantenimiento regular y la mejora de los edificios de la Organización y la infraestructura de tecnología de la información, y había apoyado firmemente el plan de reconstrucción de la representación en Haití.

143. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) dijo que, después de la sesión de marzo del Subcomité, la Oficina había preparado una propuesta

para modificar la estructura del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y establecer un fondo rotatorio y estratégico de bienes inmuebles y un fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos. El fondo estratégico propuesto para bienes inmuebles, que se crearía con un aporte de capital de \$1 millón del excedente resultante de la adopción de las IPSAS (véanse los párrafos 125 a 129 anteriores), permitiría a la Organización administrar y mejorar su cartera de bienes inmuebles de una manera estratégica y a más largo plazo, en tanto que el fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos permitiría usar el producto de la venta de vehículos pertenecientes a la OPS para ayudar a cubrir el costo de los vehículos de reemplazo. También se propuso cambiar el nombre del fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo a “Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles”, a fin de que reflejara con mayor precisión los tipos de actividades que se llevaban a cabo con ese fondo subsidiario. La propuesta, que tenía en cuenta las enseñanzas extraídas de la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital, se presentaba en el documento CE150/25.

144. En las deliberaciones subsiguientes se solicitó una aclaración sobre la fuente de financiamiento para el fondo subsidiario rotatorio y estratégico propuesto para bienes inmuebles y sobre el financiamiento futuro de los proyectos de tecnología de la información. Además, se pidió a la Oficina que proporcionara información actualizada sobre las gestiones de la OPS para movilizar fondos de la OMS a fin de reconstruir la representación en Haití.

145. El señor Birmingham informó que la OPS había recibido \$850.000 del Plan de Mejoras de la OMS y estaba colaborando con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos en el diseño y la planificación del proyecto de reconstrucción en Haití. En cuanto al financiamiento del fondo subsidiario estratégico propuesto para bienes inmuebles, la Oficina recomendó que la capitalización inicial de \$1 millón proviniera de la reserva de \$8 millones para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital que se crearía con el excedente resultante de la adopción de las IPSAS. El Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información seguiría financiándose con los superávits presupuestarios (es decir, el superávit de ingresos con respecto a los gastos) que quedaran al final de cada bienio.

146. La Directora agregó que la Oficina seguía buscando otras fuentes de financiamiento para inversiones en tecnología de la información a fin de depender menos de los excedentes presupuestarios. Una posibilidad era extender la tasa por puesto ocupado que se cobraba por cada uno de los puestos de la Organización. Con respecto al fondo subsidiario rotatorio y estratégico propuesto para bienes inmuebles, explicó que la Organización no tenía un mecanismo que le diera el grado de flexibilidad necesario para abordar situaciones tales como la compraventa de propiedades o la cancelación de un contrato de arrendamiento en caso de que fuese necesario trasladar una representación por motivos de seguridad o de otro tipo. El fondo rotatorio proporcionaría esa flexibilidad y también ayudaría a mejorar la continuidad de las operaciones y la gestión de riesgos.

147. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE150.R8, en la cual se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución a fin de autorizar los diversos cambios propuestos en el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

## **Asuntos relativos al personal**

### **Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP (documento CE150/26 y Corr.)**

148. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) resumió las deliberaciones del Subcomité sobre este tema (véanse los párrafos 83 a 87 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR) e informó que el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo confirmara las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP propuestas en el documento CE150/26.

149. La señora Nancy Machado (Asesora, Recursos Humanos, OSP) describió las modificaciones del Reglamento del Personal, señalando que se clasificaban en dos categorías: las modificaciones introducidas de conformidad con las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la base de las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional y las modificaciones introducidas en vista de la experiencia y las buenas prácticas de gestión de recursos humanos. Las modificaciones de la primera categoría incluían un aumento del sueldo básico o mínimo, con una reducción equivalente del reajuste por lugar de destino, para el personal de las categorías profesional y superior, y una reducción de la escala de imposición del personal. Las modificaciones de la segunda categoría estaban relacionadas con medidas disciplinarias. Las implicaciones financieras de las modificaciones eran insignificantes, y ninguna de las modificaciones relativas a los sueldos afectaría al sueldo neto del personal del caso.

150. Se propuso una modificación del artículo 3.1 del Estatuto del Personal a fin de dar efecto a la decisión del Comité con respecto a la delegación de la responsabilidad de aprobar el sueldo del Director (véanse los párrafos 36 a 38 anteriores).

151. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) observó que en el proyecto de resolución que figuraba en documento CE150/26, Corr., se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana delegara en el Comité Ejecutivo la responsabilidad de fijar el sueldo del Director y que el cambio entrara en vigor en el 2013. El sueldo del Director sería aprobado por la Conferencia en el 2012 por medio de otra resolución.

152. El Comité aprobó la resolución CE150.R16, mediante la cual se confirmaban las modificaciones del Reglamento del Personal, se fijaba el sueldo del Director Adjunto y el Subdirector a partir del 1 de enero del 2012 y se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara la modificación propuesta del artículo 3.1 del Estatuto del Personal.



**Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP (documento CE150/27)**

153. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre la consideración de este tema en el Subcomité (véanse los párrafos 88 a 94 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR), y señaló que el Subcomité había expresado inquietud acerca del gran número de empleados que se jubilarían dentro de poco y había subrayado la necesidad de una política de reclutamiento bien planificada.

154. La señora Kate Rojkov (Gerente del Área de Gestión de Recursos Humanos) destacó algunos de los datos presentados en el informe y dijo que, en previsión de la ola de jubilaciones que se avecinaba, la Oficina estaba tomando medidas para fortalecer la planificación de recursos humanos y simplificar el reclutamiento a fin de mantener la continuidad y transferir los conocimientos. De los puestos profesionales de la Oficina, 49% estaban ocupados por mujeres, de modo que prácticamente se había alcanzado la paridad de sexos. En el 2011 se habían nombrado 66 empleados nuevos en puestos profesionales, de los cuales 59% eran mujeres, el porcentaje más alto de los cinco años anteriores.

155. El Comité Ejecutivo elogió el progreso de la Oficina hacia la paridad de sexos y la instó a que continuara el esfuerzo en ese sentido. Se sugirió que la Oficina proporcionara a los Estados Miembros información sobre las vacantes y el procedimiento de reclutamiento y selección a fin de que pudiera difundirse ampliamente a nivel de país. Un delegado preguntó si la ola de jubilaciones afectaría tanto a las representaciones como a la sede de la OPS.

156. La señora Rojkov dijo que su oficina estaba recopilando datos sobre las próximas vacantes y estaba conversando con los gerentes técnicos a fin de planear el reclutamiento de personal nuevo. La información sobre las vacantes se pondría a disposición de los Estados Miembros.

157. La Directora dijo que el informe abarcaba el personal de todos los niveles de la Organización, incluidas las representaciones. Señaló que la situación actual con respecto a las jubilaciones no era inusual; en cualquier momento dado, cerca de la mitad del personal se jubilaría dentro de los seis o siete años siguientes. Esa situación reflejaba la edad a la cual los funcionarios en general se incorporaban a la Organización, lo cual, a su vez, reflejaba la experiencia y los requisitos de antigüedad relacionados con varios puestos de la Oficina. Los anuncios de vacantes en general se hacían nueve o diez meses antes de que un funcionario se jubilara y se difundían ampliamente, pero era necesario mejorar en esa área a fin de que los anuncios llegaran a candidatos con la idoneidad necesaria. Con ese fin, la Oficina estaba tratando de seleccionar redes de profesionales y difundir los anuncios de vacantes por medio de sus publicaciones, carteleras electrónicas y otros medios. Para los puestos que requerían aptitudes sumamente especializadas, ocasionalmente publicaba también anuncios pagados en revistas profesionales o contrataba los servicios de una empresa de reclutamiento de personal. Además, a petición de las autoridades nacionales, la

Oficina, en colaboración con la Secretaría de la OMS, había celebrado recientemente una sesión de información en México sobre las oportunidades y las condiciones para el empleo en la Organización, y se podrían organizar sesiones similares en otros países.

158. El Comité tomó nota del informe.

**Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE150/28)**

159. La señora Pilar Vidal (Presidenta de la Asociación de Personal de la OPS/OMS) destacó los asuntos que la Asociación de Personal deseaba plantear al Comité, en particular sus puntos de vista e inquietudes sobre la administración interna del sistema de justicia. Informó que una encuesta sobre el conocimiento y la satisfacción del personal con respecto a dos componentes del sistema de la Oficina, la Oficina del Mediador y la Oficina de Ética, había revelado, entre otras cosas, que el personal percibía una clara necesidad de mejorar la capacidad para resolver conflictos con rapidez a fin de evitar que se agudizaran y de mitigar sus efectos negativos tanto en el personal como en la Organización. La encuesta también había revelado la necesidad de trabajar más en el área de la prevención de conflictos. Señaló que la existencia de un sistema interno de justicia que inspiraba confianza y aseguraba que los conflictos se resolvieran de manera eficiente y justa contribuía al bienestar en el trabajo y aumentaba la satisfacción y la productividad del personal.

160. La señora Vidal rindió homenaje a la Directora, bajo cuyo liderazgo se habían instituido varias políticas e iniciativas dignas de mención, entre ellas el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos, una política sobre el acoso, el cargo de mediador y la política de bienestar. La Directora siempre había estado dispuesta a dialogar con la Asociación de Personal, y la Asociación esperaba que el nuevo Director estuviese igualmente dispuesto a dialogar y a trabajar en equipo. La Asociación de Personal agradeció el apoyo de los Estados Miembros y reafirmó su compromiso de seguir trabajando para cumplir la misión de la Organización.

161. La Directora, señalando que era socia de la Asociación de Personal, dijo que siempre había creído en el derecho a la representación en el lugar de trabajo, que ayudaba a fomentar un entorno de trabajo positivo y a que la Organización prestara servicios a los Estados Miembros eficazmente. Ella también esperaba que el nuevo Director continuara esforzándose por proteger los derechos del personal a fin de crear un clima saludable en el cual el personal trabajara con entusiasmo.

162. El Comité tomó nota de la intervención.

## **Asuntos de información general**

### **Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (documento CE150/INF/1)**

163. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema en el Subcomité (véanse los párrafos 102 a 105 del Informe Final del Subcomité, documento SPBA6/FR).

164. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) describió el proceso y las normas para la elección del próximo Director, que se presentan en el documento CE150/INF/1. Informó que las siguientes personas habían sido propuestas como candidatas para el cargo: la doctora Caroline Judith Chang Campos, de Ecuador; la doctora Carissa Faustina Etienne, de Dominica; la doctora Socorro Gross Galiano, de Costa Rica; la doctora María Julia Muñoz Melo, del Uruguay; y el doctor Oscar Raúl Ugarte Ubilluz, del Perú.

165. El 22 de junio del 2012 se realizaría un foro de candidatos, presidido por la Presidenta del Comité Ejecutivo. Los cinco candidatos hablarían durante 30 minutos cada uno, describiendo su plataforma, su visión para la Organización y sus propuestas en materia de políticas y orientaciones financieras y programáticas. El orden de las intervenciones se establecería por sorteo. Cada intervención estaría seguida de un período de una hora para preguntas. Cada Estado Miembro, Estado Participante y Miembro Asociado tendría derecho a hacer una pregunta por escrito a cada candidato. Si quedaba tiempo después de que se respondieran todas las preguntas, se podrían hacer más preguntas. Los candidatos tendrían tres minutos para responder a cada pregunta, sin la posibilidad de extenderse. Los miembros que no participaran de manera presencial podrían enviar preguntas electrónicamente. La transcripción literal de todo el foro se pondría a disposición de todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados.

166. En respuesta a las preguntas de los Miembros del Comité, la señora Jiménez confirmó que se identificaría al país que hiciera una pregunta y que las preguntas serían leídas en voz alta por la Presidenta del Comité Ejecutivo tal como se habían redactado. Se proporcionaría interpretación en los cuatro idiomas oficiales de la Organización, y los candidatos podrían hablar y responder a las preguntas en cualquiera de esos idiomas. También explicó que el foro de candidatos había surgido a iniciativa de los Estados Miembros y tenía por objeto mejorar la transparencia y la democracia del proceso de elección.

167. El Comité tomó nota del informe.

### **Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CE150/INF/2)**

168. El señor Diego Victoria (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP), refiriéndose a la decisión WHA65(9),<sup>5</sup> resumió el resultado de las deliberaciones sobre la reforma de la OMS que habían tenido lugar durante la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Los Estados Miembros habían examinado las reformas propuestas en tres áreas (gobernanza, gestión, y programas y establecimiento de prioridades) y habían decidido, entre otras cosas, mantener el calendario actual de sesiones de los Órganos Deliberantes de la OMS pero habían convenido en tratar nuevamente el asunto en la sesión de enero del 2013 del Consejo Ejecutivo y habían pedido a la Directora General que preparara un estudio sobre la posibilidad de cambiar el ejercicio económico de la OMS. También se había pedido a la Directora General que formulara más propuestas para aumentar la transparencia, la previsibilidad y la flexibilidad del financiamiento de la OMS, tema que también abordaría el Consejo Ejecutivo en enero del 2013. La Oficina prepararía un documento conceptual a fin de ayudar a los Estados Miembros a prepararse para esas deliberaciones.

169. En el área de programas y establecimiento de prioridades, la Asamblea de la Salud había examinado una versión preliminar del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS,<sup>6</sup> que comprendía cinco categorías de trabajo: enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles; promover la salud durante todo el ciclo de vida; sistemas de salud; y preparación, vigilancia y respuesta. La delegación del Brasil, con el apoyo de los países de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), entre otros, había propuesto durante las deliberaciones que se agregaran los determinantes sociales de la salud como sexta categoría, pero se había decidido en cambio que los determinantes de la salud fuesen una prioridad transversal en todas las categorías. Desde el punto de vista programático, los determinantes sociales se habían señalado como área prioritaria específica en la categoría 3.

170. El proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo sería modificado teniendo en cuenta las observaciones de los Estados Miembros y se trataría en las reuniones regionales de consulta de septiembre y octubre del 2012. En la Región de las Américas, el proyecto revisado, junto con el proyecto de programa y presupuesto de la OMS para 2014-2015, se trataría durante la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre. La Secretaría de la OMS compilaría las observaciones recibidas de todas las regiones y prepararía otro proyecto revisado que se examinaría a principios de diciembre en una sesión extraordinaria del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS, cuyas observaciones se incorporarían posteriormente en el proyecto final que se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero del 2013. El proyecto luego se presentaría en la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación.

---

<sup>5</sup> Véase el documento A65/DIV/3 en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_DIV3-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV3-sp.pdf).

<sup>6</sup> Véase el documento A65/5, Add.1, en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_5Add1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5Add1-sp.pdf).

171. En la OPS se había formado un grupo colaborativo que comenzaría a preparar un proyecto de Plan Estratégico de la OPS para el período 2014-2019 basado en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo. Ese documento también se trataría durante la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana y posteriormente se revisaría a fin de incorporar las observaciones formuladas durante la Conferencia y se presentaría, junto con el proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 2014-2015, al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2013 y al Comité Ejecutivo en junio del 2013. El proyecto final se presentaría al 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo para su aprobación en septiembre del 2013. Se consultaría continuamente a los Estados Miembros durante todo el proceso, a fin de brindarles una amplia oportunidad para influir en la agenda de salud a nivel tanto regional como mundial.

172. El Comité recibió con beneplácito las deliberaciones sobre la reforma de la OMS. El proceso de reforma se consideraba como una oportunidad excelente para fortalecer la función mundial de liderazgo de la Organización en el ámbito de la salud y mejorar su capacidad, eficacia, rendición de cuentas y respuesta a las necesidades de los Estados Miembros. También se consideraba como una oportunidad para fortalecer la alineación y la armonización entre los tres niveles de la OMS y delinear claramente sus respectivas funciones y responsabilidades, así como para examinar las responsabilidades de los Estados Miembros como parte integrante de la Organización. Los delegados opinaron que los principios enunciados en la Constitución de la OMS seguían siendo válidos y debían continuar guiando el trabajo de la Organización, de la misma forma que los principios establecidos en la Declaración de Alma-Ata, en particular el enfoque de la atención primaria de salud. La Delegada de El Salvador expresó preocupación porque el documento sobre la reforma no reflejaba los puntos que ella había planteado durante la Asamblea de la Salud con respecto a la renovación de la atención primaria de salud, el multilateralismo, la cooperación técnica entre países y el papel de los factores ambientales y ocupacionales en las enfermedades crónicas.

173. Se subrayó la importancia crucial de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, así como la necesidad de un enfoque de “la salud en todas las políticas”. Aunque se recibía con beneplácito la inclusión de los determinantes de la salud entre los principios, los valores y los enfoques fundamentales enunciados en el proyecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, se consideró que eso no era suficiente. Se subrayó que los determinantes de la salud debían incorporarse como prioridad transversal en todos los aspectos del trabajo de la OMS. También se consideró esencial poner de relieve la relación entre la salud y el desarrollo sostenible y hacer hincapié en la salud en lugar de la enfermedad. Se consideraba que todo eso también debía reflejarse en el próximo plan estratégico de la OPS.

174. El señor Victoria dijo que el anteproyecto de Plan Estratégico para el período 2014-2019 que se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana incorporaría los puntos de vista expresados por los Estados Miembros con relación a la reforma de la OMS y su

programa general de trabajo, que era uno de los dos documentos estratégicos principales que guiaban el trabajo de la OPS. También reflejaría los resultados de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, el otro documento estratégico principal, y la evaluación del Plan Estratégico actual.

175. La señora Cecilia Rose-Oduyemi (Directora, Relaciones Externas y Órganos Deliberantes, OMS) aseguró al Comité que el tema de los determinantes de la salud se incorporaría de manera transversal en el proyecto revisado de Duodécimo Programa General de Trabajo a ser tratado por los comités regionales en septiembre y octubre. Aclaró que las deliberaciones de la reunión de diciembre del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS se centrarían en un resumen de los temas planteados en las discusiones de los comités regionales sobre el proyecto de programa de trabajo y el proyecto de programa y presupuesto 2014-2015, y no en los documentos en sí. El segundo proyecto del programa de trabajo se presentaría en la sesión de enero del 2013 del Comité de Programa, Presupuesto y Administración y luego en la 32.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo.

176. La Directora puso de relieve los aspectos de la reforma de la OMS que, en su opinión, revestían especial importancia para la Región. Uno era la programación de sesiones de los Cuerpos Directivos. Aunque quizá fuese posible cambiar la programación del Comité de Programa, Presupuesto y Administración y el Consejo Ejecutivo, sería difícil para la Región dar cabida a cambios en la programación actual de la Asamblea de la Salud y los comités regionales o en el ejercicio económico. Por razones logísticas y operativas, las sesiones del Consejo Directivo de la OPS y la Conferencia Sanitaria Panamericana tenían que celebrarse a más tardar la tercera semana de septiembre a fin de que no coincidieran con las sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Si se celebraban mucho antes, eso perturbaría seriamente el ciclo de planificación actual, que culminaba cada dos años con la adopción del programa y presupuesto de la OPS/OMS, que comprendía no solo la asignación que la Región recibía de la OMS sino también la parte del presupuesto financiada con las contribuciones de los Estados Miembros que se pagaban directamente a la OPS. Un cambio en el ejercicio económico tendría el mismo efecto y también repercutiría en los requisitos en materia de informes y los sistemas de información, incluido el Sistema Mundial de Gestión de la OMS. En su opinión, los riesgos de cambiar el ejercicio económico no se habían analizado o comprendido de manera suficiente ni se habían presentado argumentos convincentes sobre la conveniencia de dicho cambio.

177. Con respecto a la armonización y alineación de los procesos de gobernanza, una de las posibles reformas consistía en la adopción de un enfoque “de abajo hacia arriba” para la consideración y adopción de estrategias y políticas mundiales, con el cual las propuestas de nivel mundial se examinarían primero en los comités regionales, a fin de analizarlos y pulirlos a nivel regional, y después se elevarían al nivel mundial para su aprobación final

durante la Asamblea de la Salud. Tal cambio crearía requisitos nuevos y diferentes en materia de informes para los presidentes de los comités regionales.

178. Se reconocía cada vez más que, para delinear claramente las funciones y las responsabilidades de los diversos niveles de la Organización, era necesario que las regiones formularan sus prioridades específicas y los resultados previstos, que tal vez no fuesen necesariamente prioridades y resultados mundiales. En consecuencia, las otras regiones estaban empezando a adoptar documentos de política estratégica similares al Plan Estratégico de la OPS y la Agenda de Salud para las Américas. Además, era importante hacer una distinción entre los resultados mundiales, a los cuales todas las partes de la Organización contribuían, y los resultados de la sede de la OMS. El establecimiento de prioridades y resultados claros para los diversos niveles también era importante desde el punto de vista de la gestión basada en resultados y la transparencia y la rendición de cuentas en la asignación y el uso de los recursos.

179. El Comité tomó nota de la información suministrada.

**Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso (documento CE150/INF/3)**

180. La señora Ann Blackwood (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema en el Subcomité (véanse los párrafos 95 a 101 del informe final del Subcomité, documento SPBA6/FR).

181. En las deliberaciones del Comité sobre el tema se señaló que la conclusión de la fase de preejecución del proyecto se había demorado pero era preferible adoptar un enfoque cauteloso en las primeras etapas para no tener que corregir errores en una etapa posterior. Sin embargo, una delegada preguntó si el retraso había causado un desfase en la cronología general del proyecto. También preguntó qué efecto podría tener la reforma de la OMS en el proyecto.

182. El señor Tim Brown (Asesor Especial sobre Sistemas de Gestión Institucional, OSP) dijo que la cronología general sufriría un retraso de alrededor de seis meses. En consecuencia, la implementación del sistema empezaría en el 2013, y no a mediados del 2012. En cuanto a la alineación con la OMS, la integración de la información de la OPS con la de la OMS siempre había sido un elemento fundamental del proyecto.

183. La Directora aseguró al Comité que la Oficina estaba suministrando toda la información requerida por la OMS sobre la obtención de resultados y el uso de fondos. Asimismo, estaba corrigiendo las deficiencias y los riesgos indicados por los auditores externos e internos.

184. El Comité tomó nota del informe.

**Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS (documento CE150/INF/4)**

185. El doctor Luis Gabriel Cuervo (Asesor Principal, Promoción y Desarrollo de la Investigación, OSP) presentó el informe del Comité Asesor y dijo que el panorama de la gobernanza de las investigaciones en la Región había mejorado extraordinariamente en los últimos años, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, con la adopción y el fortalecimiento de estructuras, procesos y normas y el establecimiento de plataformas eficaces para vincular la investigación, las políticas y los usuarios de la investigación. Ahora había herramientas nuevas que posibilitaban una mejor gestión de la investigación a nivel nacional para beneficio de la salud de los pueblos de las Américas.

186. La Directora agregó que el Comité Asesor había celebrado una reunión muy fructífera en Barcelona junto con el Centro Cochrane y la red Iberoamericana. El Comité Asesor se había fortalecido considerablemente, en gran medida debido a la presidencia excelente del doctor John Lavis (Canadá), quien presentaría el informe a la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre.

187. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

**Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documentos CE150/INF/6-A, B, C, D, E, F, G, H e I)**

***Determinantes sociales de la salud (documento CE150/INF/6-A, Rev. 1)***

188. El Comité subrayó la importancia de prestar atención a los determinantes sociales de la salud en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y expresó preocupación por la posibilidad de que el enfoque transversal propuesto en las deliberaciones sobre la reforma de la OMS durante la reciente Asamblea Mundial de la Salud (véanse los párrafos 168 a 179 anteriores) llevara a una pérdida o a una dilución de esa atención. Se subrayó la necesidad de incorporar líneas específicas de acción e indicadores en relación con los determinantes de la salud en la programación tanto de la OMS como de la OPS. También se subrayó que los determinantes sociales de la salud debían ser un componente prominente del trabajo de promoción de la causa de la OMS. El Delegado del Brasil agradeció el apoyo de la OPS a la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro en octubre del 2011, y dijo que confiaba en que la Organización también apoyaría a los Estados Miembros en la formulación en el ámbito nacional de estrategias y planes de acción para abordar los determinantes sociales de la salud.

189. La doctora Sofía Leticia Morales (Coordinadora del Equipo de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud, OSP) dijo que, como se señalaba en el informe de progreso, el trabajo de la OPS con respecto a los determinantes sociales de la salud se coordinaba y alineaba con el de la OMS, pero también se adaptaba a las



condiciones y necesidades de la Región de las Américas. Agradeció al Gobierno de Brasil por haber acogido la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

190. La Directora dijo que, en vista de la voluntad de los Estados Miembros expresada en la Agenda de Salud para las Américas, los determinantes sociales de la salud se incorporarían como área prioritaria de acción en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2014-2019.

191. El Comité tomó nota del informe.

***Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género (documento CE150/INF/6-B)***

192. El Comité recibió con beneplácito el progreso realizado en la ejecución de la Política en materia de igualdad de género de la OPS y las recomendaciones contenidas en el informe de progreso, en particular la recomendación relativa a la integración de la igualdad de género en los planes nacionales de salud y el reconocimiento de la atención de salud gratuita aportada por las mujeres y la compensación desigual del personal sanitario. Se subrayó la necesidad de seguir prestando atención al problema de la violencia contra la mujer. Varios delegados destacaron la vinculación entre los determinantes sociales de la salud y los determinantes sociales de la igualdad de género, e hicieron hincapié en la necesidad de una acción multisectorial para abordarlos. También se señaló que, precisamente debido a su índole transversal y multisectorial, había una tendencia a asignar menos atención a la igualdad de género que a otras prioridades más específicas. Se señaló que sería conveniente que los futuros informes de progreso incluyeran más información sobre la evaluación realizada y más ejemplos de los países, como el de la capacitación en materia de género impartida por la Secretaría de Salud de México.

193. También se sugirió que la Oficina avisara a los Estados Miembros acerca de las encuestas sobre cualquier tema que hubieran previsto realizar en el transcurso de un año civil y de las fechas de entrega de los informes, a fin de que los gobiernos pudieran planificar adecuadamente.

194. La señora Catharina Cuéllar (Asesora, Género y Salud, OSP) observó que el progreso realizado en la ejecución de la política se debía en gran medida a los esfuerzos de los Estados Miembros y dijo que el informe de progreso contenido en el documento CE150/INF/6 era un resumen del informe completo, que sería difundido por las representaciones de la OPS con miras a fomentar un mayor diálogo intersectorial sobre la igualdad de género. La Oficina había estado promoviendo un enfoque intersectorial y seguiría haciéndolo. También seguiría promoviendo la creación de capacidad y recientemente había lanzado un curso en línea sobre el género, los derechos humanos y la tolerancia en América Latina, del cual se estaba preparando una versión en idioma inglés para el Caribe.

195. La Directora señaló que la Organización había producido numerosas publicaciones sobre la violencia contra la mujer y había creado una capacidad considerable en ese ámbito a nivel regional, subregional y de país, en particular mediante la iniciativa de “la ruta crítica”.<sup>7</sup>

196. El Comité tomó nota del informe.

***Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CE150/INF/6-C)***

197. El doctor Cuauhtémoc Ruíz-Matus (Asesor Principal, Inmunización Integral de la Familia, OSP) presentó el informe de progreso contenido en el documento CE150/INF/6, en el cual se resumían los logros obtenidos hasta esa fecha con respecto a la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y se describían los retos y los riesgos que amenazaban la capacidad de la Región para mantener esos logros. Uno de los retos más importantes era la persistente circulación de los virus del sarampión y de la rubéola en otras regiones, con el riesgo consiguiente de casos importados y de casos relacionados con casos importados en las Américas, sumado al riesgo que entraña la existencia de grupos de población sin vacunar en la Región. Para afrontar esos desafíos y riesgos, se propuso un plan de acción regional de emergencia para el período 2012-2014, que se describe en el informe.

198. También se propuso que el Comité Ejecutivo recomendara que la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución a fin de respaldar el plan de acción de emergencia, instar a los Estados Miembros a que fortalezcan la vigilancia activa del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y a que mantengan un alto grado de inmunidad de la población mediante la vacunación, y solicitar a la Directora que inste a la OMS y a otros colaboradores a que redoblen sus esfuerzos para lograr la eliminación mundial de esas enfermedades y de esta forma reducir el riesgo de que se reintroduzcan en las Américas.

199. El Comité expresó su firme apoyo a la última propuesta y el plan de acción de emergencia. Se opinó que la adopción de una resolución por la Conferencia Sanitaria Panamericana atraería la atención y los recursos necesarios para la eliminación del sarampión, la rubéola y la rubéola congénita, y ayudaría a proteger los logros de los últimos decenios. Se instó a los Estados Miembros a que reafirmaran su compromiso con el logro y el mantenimiento de tasas de cobertura de vacunación de 95% y a que detecten y eliminen las brechas y las fallas en el sistema de vigilancia, lo cual también les ayudaría a cumplir los requisitos relativos a la capacidad básica establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (véanse los párrafos 217 a 221 más adelante).

---

<sup>7</sup> Shrader E and Sagot M. *Domestic Violence: Women's Way Out*. Washington, DC: OPS; 2000 (Publicación Ocasional N.º 2). Se puede encontrar en:  
<http://www.paho.org/english/hdp/hdw/womenswayout.pdf>.

200. Se señaló que los brotes recientes de sarampión en varios países habían destacado la susceptibilidad persistente de la Región a la importación del virus y la propagación de esta enfermedad entre las personas que no habían sido vacunadas o que no estaban debidamente inmunizadas. Los delegados subrayaron la necesidad de fortalecer la iniciativa mundial de eliminación del sarampión y la rubéola y de instar a los países de otras regiones a que cumplan su responsabilidad de vacunar a su población. También se subrayó la necesidad de efectuar campañas de educación del público. Un delegado señaló que la mayoría de los brotes de su país se producían en los sectores de mayores ingresos y eran casos importados de enfermedades contraídas en países desarrollados. Las poblaciones afectadas estaban cubiertas en general por el sistema de atención de salud privado, lo cual mostraba la necesidad de que el sector público vigilara las actividades de vacunación de los proveedores privados. Se pidió que se aclarara si la Región reuniría los requisitos para la certificación de la eliminación mientras el virus siguiese circulando en otras regiones.

201. El doctor Ruíz-Matus dijo que era cierto que la mayoría de los casos importados se producían en personas que tenían recursos para viajar. La investigación de los casos importados tras la Copa Mundial de la FIFA 2010, que tuvo lugar en Sudáfrica, había revelado que algunos médicos particulares habían aconsejado a sus pacientes que no se vacunaran antes de viajar. La OPS estaba tomando medidas para que las personas que asistieran a los Juegos Olímpicos del 2012 en Londres, a la Copa Mundial de la FIFA 2014 en Brasil y a otros eventos masivos fueran vacunadas adecuadamente.

202. La Directora señaló que ya se había certificado la eliminación en muchos países de la Región y otros estaban por obtener la certificación. El plan de emergencia tenía por objeto que la Región en su totalidad obtuviera la certificación como región libre de sarampión y rubéola, lo cual dependía del riesgo y la vulnerabilidad a la transmisión de casos importados, que seguían siendo altos en algunas partes de la Región. La Oficina estaba promoviendo la causa de la vacunación en la Región de Europa y en otras regiones de la OMS. Lamentablemente, gran parte de la información errónea o engañosa acerca de los riesgos de la vacunación provenía de grupos europeos que se oponían a la vacunación y, en menor medida, de grupos de las Américas. Se necesitaban campañas de información para tranquilizar al público y conseguir que todos se vacunaran en conformidad con los planes de vacunación aprobados por los países. La proclamación de la Semana Mundial de la Inmunización<sup>8</sup> era un paso importante que brindaría la oportunidad de informar y motivar al público.

203. El Comité decidió incluir el tema en el orden de día de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana como asunto relativo a la política de los programas y recomendar que la Conferencia aprobara una resolución a fin de respaldar un plan de acción regional de

---

<sup>8</sup> Véase la resolución WHA65.18.

emergencia para el período 2012-2014 a fin de mantener la eliminación del sarampión y la rubéola (decisión CE150[D3]).

***Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de período (documento CE150/INF/6-D)***

204. Los Miembros del Comité destacaron la necesidad de que los organismos de las Naciones Unidas y los ministerios nacionales adoptaran un enfoque coordinado, integrado y uniforme de la alimentación y la nutrición, y no se limitaran a asuntos relacionados con la producción, importación y comercialización de alimentos, descuidando la seguridad nutricional a lo largo de todo el ciclo de vida. Se elogió el enfoque integrado de la OPS. Un delegado preguntó si había datos comparables sobre niños desnutridos o en riesgo de desnutrición y niños con sobrepeso u obesos. Informó que su país estaba examinando programas de alimentación complementaria para determinar en qué medida podían haber contribuido al sobrepeso y la obesidad en los niños, que eran los principales problemas relacionados con la nutrición en su país.

205. La doctora Chessa Lutter (Asesora Regional, Alimentación y Nutrición, OSP) dijo que la OPS promovía un enfoque uniforme e integrado de los problemas de la alimentación y la nutrición por medio de la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo, iniciativa interinstitucional en la que participaban varios organismos de las Naciones Unidas, y estaba promoviendo también enfoques intersectoriales a nivel de país. En la Oficina se utilizaba un enfoque interprogramático. Aunque la desnutrición crónica y, en algunos casos, la desnutrición aguda seguían siendo un problema en la Región, la prevalencia de un peso inferior al normal era mucho menor que la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, y la brecha seguía ensanchándose. Era mucho lo que se sabía sobre la forma de abordar la desnutrición, pero evidentemente se necesitaban intervenciones eficaces para abordar el problema creciente de la sobrealimentación.

206. La Directora agregó que en varios estudios se había observado que los niños de peso inferior al normal sometidos a un régimen alimentario con un alto contenido de carbohidratos y calorías tenían mayores probabilidades de presentar sobrepeso posteriormente. La nutrición era claramente un problema polifacético que requería un enfoque interinstitucional. También se requería un diálogo mayor entre el sector de la salud y el sector agropecuario a nivel de país y una labor más intensa de promoción de la causa por los Estados Miembros. En particular, los funcionarios nacionales de salud debían colaborar con sus contrapartes en el sector agropecuario con el propósito de fomentar un enfoque más integrado de la alimentación y la nutrición en la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), que permanecía centrada principalmente en los aspectos de la seguridad alimentaria relacionados con la producción y comercialización.

207. El Comité tomó nota del informe.

***Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período (documento CE150/INF/6-E)***

208. La doctora Sonja Caffé (Asesora, Prevención de la Infección por el VIH/sida y las ITS, OSP) resumió los resultados preliminares de la evaluación de mitad de período, señalando que se presentaría un informe más completo a la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre. La evaluación había indicado que el plan estratégico formulado en el 2006 seguía siendo pertinente. La meta y los objetivos generales del plan habían servido de base para la formulación de planes y enfoques subregionales y de propuestas de países para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y para otros donantes. Aunque durante la evaluación no se había podido hacer una revisión sistemática de los 55 hitos y metas, se podía concluir que la Región había progresado satisfactoriamente en lo que se refiere a la reducción de la incidencia de las infecciones por el VIH y el aumento del acceso al tratamiento antirretrovírico. La tercera meta, que consistía en reducir la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH a 5% o menos para el 2015, se había modificado en el 2009 cuando los Estados Miembros respaldaron la Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, en cuyo marco se había fijado una meta de 2% o menos. Al menos cinco países habían alcanzado esa meta y otros siete parecían estar por hacerlo.

209. En las deliberaciones subsiguientes, se instó a la Oficina a que examinara los datos probatorios emergentes relativos al enfoque del “tratamiento como medida preventiva” y a las implicaciones éticas y en materia de derechos humanos que surgirían de extender considerablemente las pruebas y ofrecer tratamiento de inmediato tras el diagnóstico, así como de usar el tratamiento antirretrovírico para prevenir la infección por el VIH cuando todavía había muchas personas infectadas que seguían sin recibir el tratamiento necesario.

210. La doctora Caffé dijo que la OPS estaba colaborando con los países con miras a optimizar el tratamiento antirretrovírico en el contexto del tratamiento como medida preventiva y, al mismo tiempo, estaba tratando de reducir los costos y aumentar la disponibilidad del tratamiento. Todos esos factores se tendrían en cuenta al preparar el informe de evaluación.

211. El Comité tomó nota del informe.

***Situación actual del dengue (documento CE150/INF/6-F)***

212. Los Miembros del Comité subrayaron la importancia del apoyo continuo de la OPS a las iniciativas nacionales de control del dengue a fin de mantener el progreso realizado y la necesidad de una acción intersectorial para abordar los determinantes sociales y de otros tipos que contribuían a su propagación. También se subrayó la necesidad de realizar campañas comunitarias y de educar y movilizar a la población para eliminar los criaderos de vectores, así como la necesidad de colaboración entre los países, ya que el vector podía

cruzar fácilmente las fronteras nacionales. También se destacó la importancia de las investigaciones en curso para obtener una vacuna contra el dengue.

213. El doctor Sylvain Aldighieri (Asesor Principal, RSI, Alerta y Respuesta a Epidemias, OSP) dijo que el dengue estaba transmitiéndose en todos los Estados Miembros de la OPS menos dos, lo cual ponía de relieve la importancia de las estrategias integradas de control del dengue a nivel tanto subregional como nacional. También era esencial poner en práctica las nuevas directrices para el manejo de caso en todos los niveles de los sistemas de atención de salud, haciendo hincapié en el nivel de atención primaria, y capacitar al personal de atención primaria en la detección de signos de alerta de la forma grave de la enfermedad. En su opinión, la gran reducción de la mortalidad por dengue observada en los últimos años se debía en gran medida a las nuevas directrices.

214. El doctor Aldighieri agregó que estaba de acuerdo en que la colaboración entre países era crucial. Tal colaboración la estaba promoviendo el Grupo de Estudio Internacional del Dengue mencionado en el informe contenido en el documento CE150/INF/6. En cuanto a las investigaciones para obtener una vacuna contra el dengue, había varias en la etapa de obtención y una había llegado a los ensayos clínicos de fase III y se preveía que estaría disponible en un plazo de cinco a diez años. Con respecto a la movilización y la participación comunitarias, el método de Comunicación para el Impacto Conductual (COMBI) podía ser útil tanto para eliminar los criaderos como para facilitar la detección temprana de casos.

215. La Directora agregó que la OPS estaba tratando de buscar y difundir datos probatorios sobre innovaciones e intervenciones eficaces en campos tales como el cambio de comportamiento, la comunicación con el público y la promoción de la participación y responsabilización de la comunidad en el control del dengue. Un ejemplo de una experiencia innovadora provenía de Panamá, donde se había observado un repunte de los casos de dengue como consecuencia de varios proyectos de obras públicas muy importantes. El gobierno había firmado un convenio con las compañías constructoras y les exigía que asumieran la responsabilidad de cerciorarse de que en sus obras no se formaran charcos que pudieran servir de criaderos de mosquitos.

216. El Comité tomó nota del informe.

***Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (documento CE150/INF/6-G)***

217. Los Miembros del Comité subrayaron la necesidad de un compromiso firme de todos los Estados Miembros para cumplir plenamente el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) y del apoyo continuo de la OPS a los esfuerzos de los países para fortalecer la vigilancia y la capacidad de respuesta. Se observó que la Oficina preveía que alrededor de 80% de los Estados Miembros de la Región de las Américas solicitarían una prórroga del plazo, que vencía en junio del 2012, con el propósito de evaluar la

capacidad básica de vigilancia y respuesta y formular un plan de acción nacional para alcanzarla, y se subrayó que era necesario redoblar los esfuerzos a fin de cumplir el nuevo plazo de junio del 2014. Se señaló que, si no se cumplía ese plazo, la OMS podía perder credibilidad. Se pidió a la Oficina que formulara observaciones sobre los principales obstáculos que pudieran surgir para el cumplimiento del plazo. Se destacó la necesidad de un apoyo técnico y financiero constante a fin de que los países pudieran adquirir y mantener la capacidad básica.

218. Los delegados de Brasil y Colombia anunciaron que sus gobiernos habían decidido no pedir una prórroga del plazo del 2012 y habían afirmado su compromiso con el Reglamento. El Delegado del Brasil señaló que la Copa Mundial de la FIFA 2014 y los Juegos Olímpicos del 2016, que tendrían lugar en su país, brindarían una oportunidad para fortalecer alianzas entre los países y vencer los retos que subsistían con respecto a la implementación del Reglamento.

219. El doctor Sylvain Aldighieri (Asesor Principal, RSI, Alerta y Respuesta y Enfermedades Epidémicas) informó que, al 15 de junio del 2011, fecha en que había vencido el plazo para solicitar una prórroga, la OPS había recibido comunicaciones oficiales de 28 países, 26 de los cuales había solicitado una prórroga. En cuanto a los obstáculos para cumplir el plazo de junio del 2014, el principal era la coordinación intersectorial insuficiente en los países, que estaba frenando el progreso hacia el logro de la capacidad básica, en particular con relación a los puntos de entrada y el manejo de situaciones de emergencia causadas por sustancias químicas y radiaciones, como quedaba demostrado por los porcentajes bajos en esas áreas que constaban en el cuadro del informe de progreso. La OPS estaba colaborando con otros organismos internacionales para organizar talleres subregionales de capacitación y apoyar las actividades en el marco de los planes nacionales de acción relacionados con el RSI. Como ya se había indicado, se necesitaría apoyo técnico y financiero internacional para que los países pudieran mantener la capacidad básica.

220. La Directora dijo que, además de Brasil y Colombia, Canadá y Chile habían avisado formalmente a la Oficina que no pedirían una prórroga del plazo de junio del 2012 y se preveía que los Estados Unidos tampoco lo haría. Creía que había motivos para ser optimistas y esperar que todos los Estados Miembros de la Región contaran con la capacidad básica para el 2014. Los países de la Región tenían una larga tradición de apoyo recíproco a fin de alcanzar las metas sanitarias, los Estados Miembros habían elaborado planes en los cuales se detallaban las medidas necesarias para cumplir el plazo y había recursos de la Cuenta Especial para apoyar los esfuerzos nacionales (véanse los párrafos 139 a 141 anteriores).

221. El Comité tomó nota del informe.

***Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud, 2007-2015 (documento CE150/INF/6-H)***

222. Los Miembros del Comité destacaron la necesidad de coordinación y cooperación entre los sectores de la salud y la educación y el sector laboral a fin de que la capacitación y readecuación del personal sanitario se adaptara a los cambios en la situación demográfica y epidemiológica de los países. También se subrayó la necesidad de mejorar la planificación de los recursos humanos y la distribución del personal sanitario en las zonas rurales, las zonas urbanas marginales y las comunidades indígenas. Se señaló que los países quizá logren una razón general de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes (meta regional 1), pero aun así podría haber grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales en lo que se refiere a la cobertura.

223. También se señaló que la cobertura del personal sanitario debía medirse desde un punto de vista tanto cualitativo como cuantitativo y que se necesitaba un mayor esfuerzo para garantizar la atención de especialistas en el nivel de atención primaria. Varios delegados informaron sobre iniciativas nacionales encaminadas a ampliar el acceso a la atención primaria de salud, en particular en áreas subatendidas. Una delegada informó que su país estaba experimentando con un método de dos niveles de atención primaria de salud, con atención proporcionada por pediatras, obstetras, internistas, especialistas en salud mental y fisioterapeutas, que había ayudado a su país a cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (mejorar la salud materna). Otro delegado dijo que los sectores de la salud y la educación de su país estaban colaborando en un sistema mediante el cual se proporcionaba financiamiento para la capacitación de profesionales de la salud a cambio del compromiso de prestar servicios en áreas subatendidas. Se subrayó la necesidad de ofrecer capacitación práctica e incentivos al personal sanitario para que trabajara en el nivel de atención primaria. También se consideraba necesario cambiar la imagen de la atención primaria de salud, que los profesionales de la salud tendían a considerar como un callejón sin salida tanto económicamente como desde el punto de vista del desarrollo y el avance profesional. Se pidió información sobre la medida en que las metas regionales concordaban con el *Código de prácticas mundiales de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*, adoptado en el 2010.<sup>9</sup>

224. El doctor Charles Godue (Asesor Principal, Recursos Humanos para la Salud, OSP) dijo que, en la evaluación de la situación inicial descrita en el informe de progreso contenido en el documento CE150/INF/6, se habían destacado muchos de los mismos asuntos planteados por el Comité, entre ellos la necesidad de mejorar la distribución del personal de salud con el propósito de satisfacer las necesidades en las comunidades rurales y urbanas marginales subatendidas, el reto de contratar y retener personal en el nivel de atención primaria y la necesidad de un esfuerzo concertado de los sectores de la salud y la educación para adaptar la capacitación del personal sanitario a las necesidades específicas de los países y proporcionar incentivos a fin de atraer a más personal sanitario al nivel de

---

<sup>9</sup> Véase la resolución WHA63.16.



atención primaria. La evaluación también había puesto de relieve la necesidad del liderazgo de los ministerios de salud en la planificación estratégica de los recursos humanos y el fomento de la coordinación con el sector de la educación y el sector laboral.

225. Aunque el Código de prácticas mundiales de la OMS se había adoptado varios años después de que las metas regionales, al evaluar la situación inicial se había examinado la medida en que estaba aplicándose y se habían encontrado pocos indicios de que se hubiera adoptado plenamente sobre la base de un compromiso formal.

226. La Directora señaló que el tema de la contratación internacional de personal de salud estaba comprendido en el reto 3 y la meta regional 10. Con respecto a la colaboración entre los sectores de la salud y la educación, la presión creciente del público sobre el sector de la educación para que aumentara su transparencia y rendición de cuentas ofrecía mayores posibilidades para un diálogo.

227. El Comité tomó nota del informe.

***Situación de los centros panamericanos (documento CE150/INF/6-I)***

228. La Directora, para complementar la información contenida en el informe de progreso, recordó que varios años antes se habían diversificado las funciones del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)<sup>10</sup> a fin de incluir las zoonosis y la interfaz entre los seres humanos y los animales, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y se había establecido un fondo fiduciario para facilitar contribuciones de los sectores público y privado a su trabajo. Se habían recibido contribuciones del Brasil y de la industria pecuaria del Paraguay. El laboratorio de referencia del Centro en el Brasil se había trasladado de Río de Janeiro al estado de Minas Gerais y se estaba considerando la posibilidad de trasladar el propio centro desde las afueras de Río de Janeiro a un lugar más céntrico y pequeño, a fin de reducir los costos de operación. También se estaba considerando la posibilidad de que el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la representación de la OPS/OMS en Uruguay estuvieran en el mismo lugar.

229. Se preveía que el traslado de las funciones del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) al nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe concluiría para fines del 2012. El Organismo de Salud Pública del Caribe empezaría a funcionar en enero del 2013. El laboratorio de referencia de CAREC se convertiría en el laboratorio del Organismo de Salud Pública del Caribe, que estaría ubicado en Trinidad y Tabago. La Oficina estaba colaborando estrechamente con el gobierno de ese país en el diseño del establecimiento.

230. El señor Marcelo D'Agostino (Gerente de Área, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, OSP) resumió los últimos adelantos en la reconfiguración del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME),

---

<sup>10</sup> Véase la resolución CD46.R6.

observando que el Comité Asesor Nacional del centro se había reunido a principios de junio y que el acuerdo de sede con el Gobierno del Brasil se firmaría en breve.

231. En las deliberaciones subsiguientes, una delegada sugirió que se formulara una estrategia regional con miras a movilizar más apoyo y recursos a nivel internacional para los centros panamericanos.

232. La Directora dijo que se había tratado de movilizar apoyo de ese tipo pero que los intentos habían sido infructuosos hasta el momento, y los centros habían dependido principalmente de los recursos de cooperación de países donantes. La Oficina recibiría con agrado sugerencias de los Estados Miembros con respecto a organizaciones internacionales que estuvieran interesadas en apoyar el trabajo de los centros.

233. El Comité tomó nota del informe.

#### **Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE150/INF/7)**

234. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y la 131.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS, poniendo de relieve las resoluciones sobre las enfermedades no transmisibles (WHA65.3), los trastornos mentales (WHA65.4), la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil (WHA65.7), el plan de acción mundial sobre vacunas (WHA65.17) y los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación (WHA65.19). Con respecto a la última resolución, señaló que la primera reunión del nuevo mecanismo de los Estados Miembros para la colaboración internacional se celebraría en Argentina durante la segunda mitad del 2012. La reforma de la OMS había sido un importante foco de atención tanto durante la Asamblea Mundial de la Salud como durante las sesiones posteriores del Consejo Ejecutivo. Tal como se había señalado al presentar el tema (véanse los párrafos 168 a 179 anteriores), se habían examinado las propuestas y se habían respaldado reformas en tres áreas: gobernanza, gestión, y programas y establecimiento de prioridades (decisión WHA65[9]).

235. El doctor Sotelo también puso de relieve varias resoluciones de organizaciones subregionales relacionadas con la salud que se consideraban de interés para los Cuerpos Directivos. Esas resoluciones se resumían en la parte B del documento CE150/INF/7.

236. La Directora señaló que algunas de las resoluciones y decisiones afectarían al trabajo de los Cuerpos Directivos de la OPS. Varias requerían reuniones regionales de consulta, algunas de las cuales se celebrarían durante la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. Además, probablemente habría cambios en el formato de los informes de

los presidentes de los comités regionales presentados al Consejo Ejecutivo. La Oficina ayudaría a los Estados Miembros a prepararse para las diversas consultas que tendrían lugar en Ginebra sobre las enfermedades no transmisibles y otros temas y para la sesión del mecanismo de los Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.

237. El Comité tomó nota del informe.

### **Otros asuntos**

238. Durante la semana de la 150.<sup>a</sup> sesión, los Miembros del Comité participaron en la ceremonia de inauguración del nuevo Centro de Operaciones de Emergencia en la sede de la OPS y escucharon una reseña de la situación del cólera en Haití presentada por el doctor Jon Andrus (Director Adjunto de la OSP).

239. Tanto la Asociación de Personal de la OPS/OMS como varios delegados rindieron homenaje a la Directora y le agradecieron sus años de servicio a la Organización.

### **Clausura de la sesión**

240. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

### **Resoluciones y decisiones**

241. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 150.<sup>a</sup> sesión:

#### ***Resoluciones***

**CE150.R1:**                    ***Recaudación de las contribuciones señaladas***

#### ***LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE150/21 y Add. I);

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

En vista de que ha habido una reducción importante en los atrasos de las contribuciones señaladas al punto de que no quedan pagos pendientes anteriores al período financiero del 2009;

Observando que hay 18 Estados Miembros que no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2012,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE150/21 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 atrasadas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2012 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 a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

*(Primera reunión, 18 de junio del 2012)*

**CE150.R2:** *Método de trabajo de los cuerpos directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo*

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe de la Directora *Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo* (documento CE150/10),

**RESUELVE:**

Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**MÉTODO DE TRABAJO DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS:  
DELEGACIÓN DE FUNCIONES AL COMITÉ EJECUTIVO**

***LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo considerado el informe de la Directora *Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo* (documento CSP28/\_\_);

Consciente de las limitaciones del tiempo disponible durante las sesiones de los Cuerpos Directivos de la OPS para el debate de los temas considerados de importancia estratégica;

Observando la necesidad de seguir mejorando los métodos de trabajo de los Cuerpos Directivos al racionalizar y simplificar sus órdenes del día,

***RESUELVE:***

1. Solicitar que, al desempeñar su función de examen y aprobación del orden del día provisional de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo continúe esforzándose por mejorar los métodos de trabajo de dichos Cuerpos Directivos al remitirles solo aquellos informes de progreso sobre temas técnicos y administrativos que considere necesario.
2. Delegar la determinación del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Comité Ejecutivo.

*(Segunda reunión, 18 de junio del 2012)*

***CE150.R3: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)***

***LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)* (documento CE150/20, Rev. 1),

***RESUELVE:***

Recomendar que la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y  
MATERIALES DE INSTRUCCIÓN (PALTEX)**

***LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo considerado el informe de la Directora *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)* (documento CSP28/\_\_);

Consciente de la resolución CSP17.R15 (1966) en virtud de la cual la 17.ª Conferencia Sanitaria Panamericana estableció un programa de libros de texto médicos como programa de cooperación técnica de la OPS;

Considerando los logros y éxitos alcanzados por PALTEX desde su creación, al mejorar la calidad y el impacto de la educación en las ciencias de la salud al proporcionar a los estudiantes y profesionales de la salud de toda la Región de las Américas materiales educativos pertinentes, accesibles y actualizados;

Deseando fortalecer, ampliar y modernizar PALTEX para que satisfaga mejor las necesidades de los Estados Miembros de la OPS,

***RESUELVE:***

1. Tomar nota del informe mencionado sobre PALTEX y de las medidas tomadas hasta la fecha por la Oficina.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) ultime las medidas necesarias para consolidar la transferencia nuevamente a la OPS de la gerencia general y la administración de todos los aspectos de PALTEX, incluido su activo, administración, operaciones, inventario, adquisiciones y finanzas;
  - b) elabore un mejor modelo estructural y operativo para PALTEX de conformidad con la gerencia integral de la OPS y con arreglo a los reglamentos y las reglas de la Organización, a fin de asegurar la integridad técnica y financiera del programa y prever su sostenibilidad;
  - c) renueve los componentes técnicos de PALTEX, incluidos:
    - i. el establecimiento de un nuevo sistema de selección técnica para asegurar que todos los recursos de aprendizaje incorporados a la colección de PALTEX sean de gran calidad y relevancia;
    - ii. el desarrollo de dos series nuevas:

- Renovación de la atención primaria de salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio,
  - Desarrollo docente;
- iii. la ampliación de PALTEX al Caribe de habla inglesa, Cuba, Haití y Puerto Rico;
- iv. la prestación de cooperación técnica, previa solicitud, a otras regiones de la OMS, como la Oficina Regional para África (AFRO) y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO);
- v. la creación del sistema *e-PALTEX* mediante la elaboración de un componente digital en línea, amplio e integral, de recursos de aprendizaje basados en las prioridades educativas;
- vi. el aumento del número de instituciones miembro que participan en la Región.

*(Segunda reunión, 18 de junio del 2012)*

**CE150.R4: *Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez***

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez* (documento CE150/15),

**RESUELVE:**

Recomendar que la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN  
PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA NIÑEZ**

**LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez* (documento CSP28/\_);

Teniendo en cuenta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales en los que se establece el derecho de los niños a gozar del grado máximo de salud que sea posible lograr;

Consciente de los mandatos internacionales que surgen de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la resolución WHA56.21 (2003) titulada *Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente* y la resolución WHA58.31 (2005) titulada *Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño*, los compromisos de los Estados Miembros de la Región de las Américas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y otras resoluciones de la OPS que contribuyen y afectan directamente al bienestar de las mujeres, los niños y las personas que los cuidan;

Consciente de que los niños de la Región de las Américas son su principal recurso mayor y que el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos son esenciales para un desarrollo efectivo, y observando que las políticas, estrategias, planes y leyes sanitarias nacionales requieren renovada atención para que promuevan la integración eficaz de los servicios de salud del niño en los establecimientos de salud, usando un enfoque intersectorial y de todo el curso de la vida basado en los determinantes sociales de la salud y compatible con los mandatos internacionales;

Considerando que esta Estrategia y Plan de acción propone aprovechar el proceso continuo de la atención para promover el desarrollo óptimo del niño; prevenir y reducir la carga de morbilidad en los niños menores de 5 años; mejorar la nutrición del niño; empoderar a los padres, las familias y las comunidades para que apoyen las actividades de cuidado de los niños; crear entornos físicos y sociales que promuevan la seguridad y la buena salud; y fortalecer la colaboración entre diversas instituciones en el sector de la salud y otros sectores para que puedan trabajar con más eficiencia,

**RESUELVE:**

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la salud integral de la niñez, e insta a tenerlos en cuenta en las políticas, los planes, los programas y los proyectos de desarrollo y en el análisis de los presupuestos nacionales, con miras a crear condiciones que permitan ampliar a mayor escala las intervenciones de salud integral de la niñez.
2. Insta a los Estados Miembros a:
  - a) promover y priorizar en los niveles más altos la ejecución de intervenciones eficaces, basadas en datos científicos, para prevenir la morbilidad y la mortalidad de los niños y para lograr un desarrollo social óptimo;
  - b) brindar apoyo a la formulación de políticas, estrategias y planes de salud integral de la niñez, como parte de los planes nacionales de salud generales, fortalecer la



capacidad de los servicios de salud integral de la niñez de alta calidad y garantizar el acceso universal a estos servicios;

- c) promover el diálogo y la coordinación entre los ministerios y otras instituciones públicas y académicas, así como entre los sectores público y privado y la sociedad civil, con miras a lograr un consenso nacional para la instauración de servicios de salud integral de la niñez basados en los determinantes sociales y un enfoque que abarque todo el ciclo de vida;
- d) fortalecer la capacidad de los gerentes nacionales y locales para la planificación y la gestión eficaces de los programas y del personal sanitario en los establecimientos de salud de primer nivel y de referencia, a fin de prestar servicios de salud integral de la niñez de calidad;
- e) apoyar a las personas que prestan cuidados a nivel de la familia, de la comunidad e individual para mejorar el comportamiento de búsqueda de atención, la promoción de la salud y la asistencia prestada en el hogar y la comunidad, basada en prácticas de atención primaria de salud;
- f) fortalecer los sistemas y los servicios de salud para apoyar la prestación de atención de calidad de una manera compatible con sus obligaciones de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y la aplicación de procesos de capacitación innovadores, como la educación a distancia y otros modelos innovadores;
- g) promover la recopilación, el intercambio y la utilización de datos sobre la salud integral de la niñez desglosados por edad, sexo y grupo étnico;
- h) establecer 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 calidad de la atención y las repercusiones de los servicios de salud integral de la niñez;
- i) formular procesos para realizar revisiones y análisis externos de la puesta en práctica del Plan, basados en las prioridades, las necesidades y las capacidades nacionales.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) establezca un grupo consultivo técnico para proporcionar orientación sobre temas relacionados con la salud integral de la niñez;
- b) preste ayuda a los Estados Miembros, en colaboración con otros organismos y sectores internacionales, a fin de que trabajen conjuntamente para apoyar y

- fortalecer los planes nacionales y la ejecución de actividades de salud integral de la niñez a nivel de país;
- c) promueva la aplicación y la coordinación de la Estrategia y el Plan de acción para conseguir que las actividades tengan alcance intersectorial en las diversas áreas programáticas de la Organización y en los diferentes contextos regionales y nacionales;
  - d) establezca puntos de referencia que estén directamente correlacionados con las áreas estratégicas en la Estrategia y el Plan de acción;
  - e) promueva y consolide la cooperación técnica horizontal (de Sur a Sur) y el intercambio de experiencias exitosas y enseñanzas extraídas por los Estados Miembros;
  - f) apoye y potencie al máximo el desarrollo de recursos humanos, el aumento de la capacidad y la prestación de servicios de calidad;
  - g) apoye la elaboración de directrices y herramientas técnicas integradas para facilitar la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción;
  - h) promueva el establecimiento de alianzas nacionales, municipales y locales con otros organismos internacionales, instituciones científicas y técnicas, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada, el sector privado, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros organismos, para implantar servicios de salud integral de la niñez;
  - i) realice evaluaciones a mitad de período y finales, y presente los resultados a los Cuerpos Directivos.

*(Tercera reunión, 19 de junio de 2012)*

**CE150.R5:** *Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones*

**LA 150.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el documento CE150/17 *Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones,*

**RESUELVE:**

Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE GESTIÓN  
DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIONES**

**LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el documento CSP28/\_\_\_ *Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones*;

Reconociendo que la revisión de la situación actual indica que la aplicación de la gestión del conocimiento y comunicaciones en los países de las Américas cuenta con dos condiciones básicas para su ejecución: dispone de medios eficaces para formular y llevar a la práctica estrategias y políticas de gestión del conocimiento y comunicaciones (viabilidad tecnológica), y de procedimientos prácticos e instrumentos sencillos, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera);

Entendiendo que se busca mejorar la coordinación y la prestación de servicios en la esfera de la salud para aumentar su eficiencia, disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad lo que le permitirá adecuarse y prever nuevos contextos en el ámbito sanitario;

Considerando el [informe JIU/REP/2007/6](#) (2007) sobre gestión de los conocimientos en el sistema de las Naciones Unidas; que, en noviembre del 2010, la Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe realizada en Lima (Perú) establece su Plan de Acción sobre la Sociedad de la Información y del Conocimiento de América Latina y el Caribe; que en el 2011 fue aprobada la Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones para todas las entidades y oficinas de país de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); y destacando la celebración del Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS), organizado cada 2-3 años que se ha consolidado como una actividad de referencia que refleja y sintetiza el estado del arte regional e internacional en las disciplinas y áreas temáticas de gestión de información científica y técnica, la comunicación científica, la bibliotecología y las tecnologías de la información;

Teniendo en cuenta la [resolución A/RES/51/172](#) (1996) sobre la comunicación para los programas de desarrollo en el sistema de las Naciones Unidas, que reconocía la importancia de asignar prioridad a la comunicación para el desarrollo y destacaba la necesidad de apoyar los sistemas de comunicación recíproca que propicien el diálogo y permitan que las comunidades se manifiesten, expresen sus aspiraciones e intereses y

participen en las decisiones relacionadas con su desarrollo; la Estrategia en materia de gestión de los conocimientos de la Organización Mundial de la Salud (2005); la Estrategia regional de gestión del conocimiento para apoyar la salud pública (resolución EM/RC53/R.10 [2009]) de la Región del Mediterráneo Oriental; la [Estrategia y Plan de acción sobre eSalud](#) de la OPS (documento CD51/13 [2011]);

Observando que la OPS ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales, técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales en gestión del conocimiento y comunicaciones;

Reconociendo el carácter transversal y complementario entre esta Estrategia y los objetivos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (*Documento Oficial 328*);

Considerando la importancia de contar con una estrategia y plan de acción que permita a los Estados Miembros, de forma eficaz y eficiente, mejorar la salud pública en la Región por medio de la gestión del conocimiento y comunicaciones,

**RESUELVE:**

1. Respalda la Estrategia, aprobar el Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones y apoyar su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, lo que permitirá crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto de mejorar la salud pública en la Región a través de la adopción de normas, políticas y procedimientos en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones, asegurando la convergencia de proyectos, iniciativas, productos y servicios de la Región en estos temas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) asignen prioridad a la realización de un análisis de situación de las instituciones que trabajan en gestión del conocimiento y comunicaciones sobre salud, al acceso a la información confiable y al intercambio de conocimientos sobre salud, por medio de un proceso de aprendizaje continuo, para contribuir al desarrollo de la salud en la Región;
  - b) elaboren y ejecuten políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones, guiados por la Estrategia y Plan de acción, poniendo a disposición los recursos y el marco jurídico necesarios, centrándose en las necesidades de las poblaciones en riesgo y en situación de vulnerabilidad;

- c) ejecuten la Estrategia y Plan de acción, según corresponda, dentro de un marco integrado por el sistema de salud e instituciones de gestión del conocimiento y comunicaciones incluidos los servicios de información pública, bibliotecas, redes de información y servicios de tecnologías de información, haciendo hincapié en la colaboración interprogramática y la acción intersectorial, al tiempo que vigilan y evalúan la eficacia de esta Estrategia y Plan de acción y la asignación de recursos;
  - d) promuevan un diálogo interno y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como alianzas entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para lograr consensos nacionales y promover el establecimiento de redes nacionales de gestión del conocimiento y comunicaciones sobre salud;
  - e) apoyen la capacidad de generar información e investigación para la elaboración de estrategias y ejecución de modelos basados en las pruebas científicas pertinentes;
  - f) apoyen la capacidad de producir, registrar, clasificar y difundir el conocimiento científico en el ámbito de la Biblioteca Virtual en Salud liderado por BIREME OPS/OMS;
3. Solicitar a la Directora:
- a) que respalde la coordinación y ejecución de la Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional, y preste la cooperación técnica necesaria a los países y promueva la cooperación técnica entre ellos, para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
  - b) que fortalezca las relaciones con instituciones académicas y ministerios de educación para promover la formulación y ejecución de programas nacionales de alfabetización digital, para mejorar las habilidades de las personas en el contexto de la nueva sociedad de la información;
  - c) que fortalezca la estrategia de comunicación interna y las actividades para promover la aplicación de la gestión del conocimiento y de herramientas y metodologías de comunicación;
  - d) que facilite la difusión de estudios, informes y soluciones que sirvan como modelo en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones para que, con las modificaciones apropiadas, se puedan utilizar para los Estados Miembros;

- e) que desarrolle y mantenga la red regional de centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud en materia de información, conocimiento y comunicaciones sobre salud en colaboración con los Estados Miembros;
- f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución de la presente Estrategia y Plan de acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicos.

*(Tercera reunión, 19 de junio del 2012)*

**CE150.R6: *Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS***

***LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

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

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

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

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

***RESUELVE:***

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Nombrar al señor Peter Maertens para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un segundo período, que durará tres años, del 1 de julio del 2012 al 30 de junio del 2015.

*(Cuarta reunión, 19 de junio del 2012)*

**CE150.R7:** *Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud*

**LA 150.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* (documento CE150/19),

**RESUELVE:**

Recomendar a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**BIOÉTICA: HACIA LA INTEGRACIÓN DE LA ÉTICA  
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**

**LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* (documento CSP28/\_\_);

Teniendo en cuenta que en la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) los ministros y secretarios de salud resaltaron la importancia de difundir y aplicar más la bioética en los países de las Américas;

Consciente de las controversias éticas en los ámbitos de la atención médica, la investigación con seres humanos y la formulación y ejecución de políticas de salud pública, y de que las nuevas tecnologías y de la diversidad en las sociedades contemporáneas acrecienta la complejidad de estas controversias éticas;

Reconociendo que la bioética es la disciplina que busca aclarar los problemas éticos que surgen en relación con la salud;

Teniendo en cuenta que desde 1994 el Programa Regional de Bioética de la OPS coopera con los Estados Miembros en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la bioética;

Observando que el Consejo Directivo ha alentado a los Estados Miembros a que aumenten la capacidad para el análisis bioético y formulen políticas sanitarias basadas en los principios bioéticos,

**RESUELVE:**

4. Respalda el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud*.
5. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria en materia del análisis bioético;
  - b) apoyen y promuevan la incorporación del análisis bioético en la formulación y ejecución de políticas y planes, y en la toma de decisiones sobre salud;
  - c) apoyen y promuevan la formulación de políticas nacionales y documentos normativos y regulatorios sobre temas de bioética;
  - d) promuevan la difusión de información sobre bioética entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, esclareciendo las aplicaciones de la bioética en las distintas áreas del trabajo en la esfera de la salud;
  - e) fortalezcan las actividades de comunicación a nivel nacional a fin de generar apoyo para la incorporación de la bioética en el trabajo en el ámbito de la salud;
  - f) estimulen la colaboración con instituciones académicas para el desarrollo de programas de capacitación en bioética, con énfasis en ética de la salud pública;
  - g) apoyen la cooperación técnica de la OPS para la integración de la bioética en las distintas áreas del trabajo de salud.
6. Solicitar a la Directora que:
  - a) continúe fortaleciendo la cooperación técnica que presta el Programa Regional de Bioética de la OPS a los Estados Miembros;
  - b) promueva el desarrollo de redes regionales y estimule la colaboración con instituciones académicas para la incorporación de la bioética en el trabajo en salud;
  - c) fomente la elaboración y difusión de pautas y herramientas que guíen y dinamicen el trabajo en las distintas áreas de la bioética;
  - d) promueva la inclusión del análisis bioético en las distintas áreas de cooperación técnica de la OPS;



- e) siga apoyando y promueva la revisión ética por parte de la Organización de las investigaciones con seres humanos en las que participa la OPS;
- f) abogue por la movilización de recursos nacionales e internacionales para apoyar los esfuerzos orientados a la integración de la ética en las actividades relacionadas con la salud.

(Cuarta reunión, 19 de junio del 2012)

**CE150.R8: Fondo Maestro de Inversiones de Capital**

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el documento CE150/25, que presenta un informe sobre las actividades y las experiencias de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) relativas a la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital financiado por el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, establecido en 2007 mediante la resolución CSP27.R19 de la Conferencia Sanitaria Panamericana;

Tomando nota de la propuesta para modificar el financiamiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital,

**RESUELVE:**

1. Agradecer a la Directora el informe sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital.
2. Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**FONDO MAESTRO DE INVERSIONES DE CAPITAL**

**LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el documento CSP28/\_\_, que presenta un informe sobre las actividades y las experiencias de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) relativas a la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital financiado por el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, establecido en 2007 mediante la resolución CSP27.R19 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, así como el examen al respecto realizado por el Comité Ejecutivo;

Tomando nota de la propuesta para introducir cambios al financiamiento del Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, tal como se define en la resolución CSP27.R19;

Considerando la propuesta de crear otro fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos que no corresponden a proyectos,

***RESUELVE:***

1. Agradecer al Comité Ejecutivo su examen del informe sobre la ejecución del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sus recomendaciones posteriores.
2. Autorizar que el nombre del Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo se cambie a Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles.
3. Autorizar que el Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles continúe el financiamiento, según lo autorizado, a partir del excedente de los ingresos sobre los gastos, y ampliar las fuentes de financiamiento para incluir el excedente derivado de la implantación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) cuando no se genere ningún excedente de los ingresos sobre los gastos.
4. Establecer un fondo subsidiario rotatorio y estratégico de bienes inmuebles como enfoque estratégico a largo plazo para mejorar la cartera de bienes inmuebles de la OPS, con una inyección inicial de US\$ 1 millón procedente de los fondos excedentes derivados de la implantación de las IPSAS.
5. Autorizar que el Fondo Subsidiario Rotatorio y Estratégico de Bienes Inmuebles mantenga el financiamiento futuro mediante un mecanismo rotatorio por el cual se aceptarán los ingresos generados de la venta de propiedades de la OPS y los ingresos varios derivados de la cancelación anual de préstamos para adquisiciones; el uso autorizado de todos estos fondos incluye la preparación de locales nuevos o pagos iniciales o depósitos destinados a la compra o el alquiler de locales para uso de la Organización.
6. Establecer un nuevo fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos basado en el producto de las ventas de vehículos que no corresponden a proyectos en la Sede y las representaciones de la OPS/OMS, el cual se utilizará para complementar la compra de vehículos de reemplazo que no corresponden a proyectos.

*(Cuarta reunión, 19 de junio del 2012)*

**CE150.R9:**            *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS*

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE150/6);

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

**RESUELVE:**

1. Renovar las relaciones oficiales de trabajo entre la OPS y las siguientes organizaciones no gubernamentales (ONG) por un período de cuatro años:
  - a) Colegio Interamericano de Radiología (CIR);
  - b) Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR);
  - c) Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH);
  - d) Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM);
  - e) Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN);
  - f) Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
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) Coalición Caribe Saludable;
  - b) Sociedad Interamericana de Cardiología.
3. Tomar nota del informe de los progresos realizados en el estado de las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.

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

(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)

**CE150.R10:**            ***Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres***

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el documento *Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres* (documento CE150/18),

**RESUELVE:**

Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA INTERNACIONAL  
EN SALUD EN CASO DE DESASTRES**

**LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el documento *Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres* (documento CSP28/\_\_);

Considerando la información relacionada con las políticas de los ministerios de salud en materia de ayuda internacional incluida en el documento en referencia;

Contemplando las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS que desde 1976 han promovido y logrado el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los Estados Miembros ante los desastres;

Reconociendo la existencia del Equipo Regional de Respuesta a Desastres administrado por la OPS en nombre de los Estados Miembros y la aprobación de los principios de ayuda internacional durante la reunión celebrada en San José (Costa Rica) en 1986;

Recordando las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en las que se solicita que el gobierno del país afectado asegure la coordinación de la respuesta humanitaria internacional;

Atendiendo la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas que solicita el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema y la creación del Comité Permanente entre Organismos (IASC);

Tomando en cuenta la resolución WHA65.20 de la Asamblea Mundial de la Salud, que insta a la Organización a asumir la función de organismo líder del Grupo de Acción Sanitaria Mundial<sup>11</sup> y a tomar las medidas necesarias para activar su respuesta a los países miembros en forma inmediata,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) aseguren que cada ministerio de salud establezca para el sector de la salud, según resulte apropiado, un mecanismo de coordinación para la recepción y el envío de ayuda humanitaria internacional, teniendo presente los requerimientos sanitarios de la población, la ayuda internacional y la coordinación intersectorial nacional;
  - b) procuren que los ministerios de salud informen constantemente a la OPS sobre su mecanismo de coordinación de la ayuda internacional durante desastres con el objetivo de que todas las instancias extranjeras como las ONG, el sector privado o los organismos internacionales puedan ayudar fácilmente y respetar la organización del sector sanitario del país;
  - c) fortalezcan sus equipos nacionales de respuesta del sector de la salud frente a emergencias y desastres con los procedimientos y estándares pertinentes y con la posibilidad de ponerlos al alcance de los países vecinos y de otros países en el espíritu de panamericanismo solidario;
  - d) establezcan sistemas para identificar un conjunto de profesionales experimentados en los diferentes campos de la respuesta a desastres y emergencias de salud pública

---

<sup>11</sup> En América Latina se le conoce con el nombre de *cluster*.

y los pongan a disposición del Equipo Regional de Respuesta a Desastres administrado por la OPS/OMS.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) preste ayuda a los países en situaciones de emergencia y toda vez que sea necesario para la movilización de recursos a fin de hacer frente a los múltiples retos planteados por la respuesta sanitaria ante una emergencia;
- b) establezca, active y movilice, a solicitud del país afectado, un número suficiente de personal y otros recursos para dar apoyo a la coordinación de la asistencia sanitaria internacional en el país, adoptando mecanismos como el Grupo de Acción Sanitaria, entre otros, que promuevan los estándares internacionales y velen por su aplicación;
- c) abogue para que la OMS, en el marco de la Reforma Humanitaria de las Naciones Unidas, incluya a representantes de los gobiernos de los Estados Miembros en el Grupo de Acción Sanitaria Mundial en los casos en que corresponda;
- d) abogue para que todas las personas, grupos, iniciativas o instituciones ajenas al Estado Miembro armonicen las actividades de ayuda humanitaria relacionadas con la salud de conformidad con el marco de coordinación de las Naciones Unidas y la respuesta nacional;
- e) establezca un mecanismo flexible de registro y acreditación de equipos médicos extranjeros de respuesta inmediata con el objeto de mejorar la calidad de la respuesta médica y que pudiera ser adoptado por la OMS;
- f) apoye a los Estados Miembros mediante capacitación para desarrollar las competencias de los equipos nacionales que les permita asistir a los países vecinos y a otros países en caso de desastres.

*(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)*

**CE150.R11:** *Uso del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010*

**LA 150.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el documento sobre el uso propuesto del excedente resultante de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) en el 2010 (documento CE150/22);

Teniendo presente que es una oportunidad única para la Organización de invertir en su futuro al asegurar el financiamiento necesario para iniciativas estratégicas y administrativas a más largo plazo y de mayor costo, que son difíciles de financiar de otra manera dadas las limitaciones de los ejercicios presupuestarios bienales habituales,

**RESUELVE:**

1. Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**USO DEL EXCEDENTE RESULTANTE DE LA IMPLEMENTACIÓN  
DE LAS IPSAS EN EL 2010**

**LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo considerado el documento sobre el uso propuesto del excedente resultante de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) en el 2010 (documento CSP28/\_\_\_),

**RESUELVE:**

1. Respalda los criterios empleados para determinar los proyectos propuestos para ser financiados a partir del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010.
2. Aprobar, con efecto inmediato, la inversión del excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010 en las siguientes áreas, de acuerdo con el documento CSP28/\_\_\_:
  - a) Sistema de Información Gerencial de la OSP: US\$ 9.000.000;
  - b) provisión para cubrir el pasivo del seguro de salud tras la separación del servicio: US\$ 10.000.000;
  - c) reserva para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital: US\$ 8.000.000 (se incluye US\$ 1.000.000 para la creación de un fondo subsidiario estratégico y rotatorio para bienes inmuebles);
  - d) aumento del Fondo Especial para la Promoción de la Salud: US\$ 1.000.000;
  - e) creación del fondo de emergencia para epidemias: US\$ 1.000.000;
  - f) plan quinquenal de inocuidad de los alimentos: US\$ 500.000;
  - g) reserva para contingencias: US\$ 4.381.684.

3. Delegar al Comité Ejecutivo la autoridad para hacer el seguimiento y aprobar todas las propuestas futuras o toda modificación necesaria con respecto al uso de estos fondos excedentes.
4. Solicitar a la Oficina que presente al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, a intervalos apropiados, un informe de situación sobre cada uno de los proyectos descritos en el párrafo 2, que incluya una actualización del alcance, el presupuesto y el cronograma, a fin de que sea posteriormente examinado por el Comité Ejecutivo.

(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)

***CE150.R12: Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS***

***LA 150.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la *Propuesta de política del presupuesto de la OPS* (documento CE150/12),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS**

***LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado la propuesta de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CSP28/\_\_), en la que se propone una política del presupuesto regional modificada que define una nueva manera de asignar recursos dentro de la Organización Panamericana de la Salud;

Observando las recomendaciones de la evaluación de la política existente llevada a cabo por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS;

Reconociendo que, aunque los países con mayores necesidades han recibido un flujo mayor de recursos durante el período de la política existente, otros países han sufrido reducciones presupuestarias a un grado tal que no pueden mantener una presencia mínima en el país y que, de todas maneras, en apoyo del espíritu de solidaridad, han estado



totalmente de acuerdo con una distribución de recursos que sea funcional dentro de entornos realistas y prácticos;

Consciente de la necesidad de alinearse con el proceso de reforma en marcha en estos momentos en la Organización Mundial de la Salud y sus posibles repercusiones para la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo,

**RESUELVE:**

1. Agradecer al Grupo Consultivo para la formulación de una nueva política del presupuesto de la OPS y a la Oficina Sanitaria Panamericana sus esfuerzos por recomendar modificaciones e introducir nuevos criterios para la asignación de los fondos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias, tanto entre los niveles funcionales de la OPS como entre las representaciones en los países.
2. Tomar nota del modelo propuesto de asignación presupuestaria a los países para asignar recursos entre los países.
3. Aprobar la nueva Política del presupuesto de la OPS con el siguiente énfasis:
  - a) la asignación del presupuesto ordinario entre los cuatro niveles funcionales de la Organización (es decir, el nivel de país, entre países, subregional y regional) se hará de manera tal que, con el propósito de fortalecer la cooperación en los países, la Oficina Sanitaria Panamericana se esforzará continuamente por mantener las estructuras funcionales y orgánicas óptimas mediante evaluaciones internas y externas encaminadas a lograr el mayor nivel de repercusión en los países, al mismo tiempo que seguirá respondiendo eficazmente a los mandatos conjuntos regionales y subregionales;
  - b) la porción mínima del presupuesto regular asignada al nivel de país se fija inicialmente en 40% del presupuesto ordinario total, el mismo porcentaje que en la actualidad. La distribución entre el nivel funcional e institucional sigue siendo dinámica, lo que permite que se puedan hacer ajustes a lo largo del proceso de planificación a los límites superiores establecidos en el presupuesto, de ser necesario, siempre con el objeto de mejorar los resultados en los países;
  - c) en la reasignación de los recursos del presupuesto ordinario entre los países, la asignación básica de ningún país se reducirá en más de 50% de su asignación proporcional entre los países, según lo aprobado en el Programa y Presupuesto 2012-2013. Además, en ningún caso puede la asignación del presupuesto ordinario

resultante ser menor que el componente fijo o mínimo calculado (concebido para proporcionar una presencia mínima en el país, tal como se define en la política) de la porción básica;

- d) con respecto a los países clave (aquellos identificados originalmente en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), la Oficina se esforzará por movilizar recursos adicionales dirigidos a estos países de manera tal que la asignación neta de recursos totales no sea inferior al monto total de recursos en el bienio 2012-2013;
- e) los objetivos para el uso de la asignación variable entre los países serán los indicados en el documento CSP28/\_\_\_, todo ajuste futuro al uso del financiamiento variable se someterá a la consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración al momento de que se presente un proyecto de programa y presupuesto bienal.

4. Garantizar que las asignaciones a los países en los futuros programas y presupuestos de la OPS estén guiadas por el modelo aprobado en el párrafo 3 anterior de la parte dispositiva y se escalonen a lo largo de dos bienios en consulta con los Estados Miembros a fin de procurar que la transición para los programas de cooperación técnica sea lo más gradual posible.

5. Promover que en la asignación de los recursos se prioricen las categorías programáticas que concuerdan con los mandatos conjuntos e individuales de los Estados Miembros como se ha establecido en los documentos de planificación estratégica de la OPS.

6. Solicitar a la Directora que:

- a) aplique la nueva política del presupuesto de la OPS cuando se formulen las propuestas de programas y presupuestos futuros para la consideración del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
- b) presente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la Política del presupuesto de la OPS cuando hayan transcurrido dos bienios de ejecución, a fin de procurar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes en materia de salud y que se asignen sistemáticamente los recursos en forma equitativa;
- c) colabore con los Estados Miembros a fin de promover modalidades más eficaces de cooperación, así como para:

- i) fortalecer la capacidad de aquellos países que estarán recibiendo más recursos del presupuesto ordinario con el objeto de garantizar su uso eficaz y eficiente;
- ii) prestar apoyo a aquellos países que estarán recibiendo menos recursos del presupuesto ordinario mediante esfuerzos específicos de movilización de recursos dirigidos tanto a fuentes internas como externas.

*(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)*

**CE150.R13:**            ***Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles***

***LA 150.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la propuesta de *Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CE150/14) y habiendo debatido ampliamente sobre el asunto;

Elogiando la actualización realizada por la OPS de la *Estrategia regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud* (resolución CD47.R9 [2006]), a fin de reflejar la orientación política esbozada en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Observando que el proceso para actualizar la Estrategia y el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles debe alinearse con las prioridades de los Estados Miembros y con el proceso de la OMS para establecer un marco mundial de vigilancia y un plan de acción mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se están negociando en este momento y se someterán a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013;

Observando la decisión WHA65(8) (2012) de la Asamblea Mundial de la Salud en la que se adopta una meta mundial de una reducción de 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para el 2025 y se expresa firme apoyo a las actividades adicionales orientadas a alcanzar un consenso en torno a las metas relacionadas con los cuatro factores de riesgo principales, esto es, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, las dietas poco saludables y la inactividad física,

**RESUELVE:**

1. Considerar la acción contra las enfermedades no transmisibles como una alta prioridad para la salud pública y un importante tema de desarrollo.
2. Apoyar que se continúe perfeccionando, junto con los Estados Miembros, la propuesta de Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
3. Solicitar a la Directora:
  - a) que realicen consultas adicionales, incluida una reunión de toda la Región con los Estados Miembros, antes de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, sobre la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y a fin de contribuir con el marco mundial de vigilancia de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles;
  - b) que presente la versión revisada de la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles a fin de que sea avalada por la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana y que proponga un proceso para desarrollar aun más el Plan de acción para ser aprobada por parte del Consejo Directivo en el 2013.

*(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)*

**CE150.R14: Premio OPS en Administración (2012)**

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2012)* (documento CE150/5, Add. I);

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

**RESUELVE:**

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS en Administración (2012) por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de los países de la Región.
2. Sobre la base de la recomendación del Jurado, conceder el Premio OPS en Administración (2012) al Dr. Aron Nowinski, de Uruguay, por su contribución a la promoción de la salud pública y la administración de servicios de salud, su amplia trayectoria docente en el ámbito de la salud pública y su labor de sistematización y difusión de información médica, su actividad como catalizador de la elaboración de los grandes lineamientos para la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, su liderazgo en la formulación de la estrategia para la Red Latinoamericana de Documentación e Información Científica y Tecnológica y el desarrollo del Programa de Disseminación Selectiva de Información, ambos destinados a apoyar a los programas de atención de la salud de los países de la Región, y su contribución a la producción del Index Medicus Latinoamericano.
3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2012)* (documento CE150/5, Add. I) a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)

**CE150.R15:**            *Orden del día provisional de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*

**LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CSP28/1) preparado por la Directora para la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE150/3;

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 7.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia,

**RESUELVE:**

Aprobar el orden del día provisional (documento CSP28/1) preparado por la Directora para la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Séptima reunión, 21 de junio del 2012)*

**CE150.R16:            *Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 150.<sup>a</sup> 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 CE150/26 y Corr.;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director General;

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 en las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y el 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 2012 en cuanto al aumento acelerado dentro del mismo grado, las medidas disciplinarias y la suspensión durante la instrucción de un expediente.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2012, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 172.071 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de US\$ 133.950 (con familiares a cargo) o US\$ 121.297 (sin familiares a cargo).

3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2012, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 170.643 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de US\$ 132.950 (con familiares a cargo) o US\$ 120.297 (sin familiares a cargo).
4. Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe la modificación del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal, por medio de una resolución conforme a los siguientes términos:

**MODIFICACIÓN DEL ESTATUTO DEL PERSONAL  
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

***LA 28.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo considerado la modificación del *Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana* presentada por la Directora en el documento CSP28/\_\_\_,

***RESUELVE:***

Aprobar la modificación del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal por la cual se delega al Comité Ejecutivo la determinación del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

*(Séptima reunión, 21 de junio del 2012)*

***CE150.R17: Evaluación e Incorporación de Tecnologías Sanitarias en los Sistemas de Salud***

***LA 150.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud* (documento CE150/16),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

## **EVALUACIÓN E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD**

### ***LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado el informe *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud* (documento CSP28/\_\_);

Reconociendo que en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 los ministros y secretarios de salud reconocieron que los derechos humanos son parte de los principios y valores inherentes a la Agenda de Salud y declararon que, a fin de que el goce del grado máximo de salud sea una realidad, los países deben trabajar para lograr la universalidad, el acceso, la integridad, la calidad y la inclusión en los sistemas de salud, que estén disponibles para las personas, las familias y las comunidades;

Teniendo en cuenta el número cada vez mayor de tecnologías sanitarias en la Región y la limitada capacidad institucional para priorizarlas y hacer una evaluación comparativa entre ellas;

Reconociendo que la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias puede tener consecuencias presupuestarias cada vez mayores que representan una presión para la gestión de los recursos de los sistemas de salud;

Teniendo en cuenta las prácticas en algunos países de utilizar el sistema jurídico para solicitar que las autoridades sanitarias aseguren el acceso a tecnologías sanitarias, sin que se haya comprobado su efectividad ni se haya hecho una evaluación comparativa con las tecnologías sanitarias ya ofrecidas por el sistema de salud;

Reconociendo los beneficios de incorporar las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud sobre la base de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), definida como la evaluación sistemática de las propiedades, los efectos y las consecuencias de estas tecnologías, incluidas las dimensiones médica, social, ética y económica;

Reconociendo los logros y avances de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), establecida por la OPS en el 2011, al igual que de las redes subregionales de evaluación de tecnologías sanitarias,



**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) promuevan la creación de procesos decisorios para la incorporación de tecnologías sanitarias basadas en la ETS, incluida la seguridad, la eficacia, el costo y otros criterios pertinentes;
  - b) promuevan el uso de la ETS a fin de fundamentar las políticas de salud pública, incluidas las decisiones sobre la cobertura de los sistemas públicos de salud y la elaboración de guías y protocolos clínicos para las nuevas tecnologías;
  - c) promuevan esfuerzos para analizar y fortalecer los marcos institucionales a fin de incorporar las tecnologías sanitarias, y fomenten la creación de procesos transparentes y vínculos con las responsabilidades definidas entre los distintos actores interesados, inclusive entre las autoridades reguladoras y las entidades responsables de la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias;
  - d) promuevan la transparencia en los procesos de compras públicas, incluida la información no propietaria sobre precios de compra y el intercambio de los resultados de la ETS, a nivel nacional y regional a fin de generar información para la toma de decisiones;
  - e) fortalezcan a las instituciones y a los recursos humanos, incluidos los equipos de evaluación y los responsables de la toma de decisiones, en la aplicación de la ETS, las metodologías para los estudios de la ETS y en el análisis crítico de los resultados de las evaluaciones;
  - f) promuevan la priorización de las evaluaciones en función de las necesidades nacionales y regionales, fortaleciendo los sistemas para la recopilación de datos de calidad y adaptando los estudios existentes de ETS para evitar la duplicación;
  - g) promuevan la generación y la difusión de los resultados de la ETS entre los actores y los responsables de las decisiones;
  - h) promuevan el intercambio de información a través de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias y otras plataformas tecnológicas pertinentes;
  - i) fortalezcan el uso racional de las tecnologías sanitarias, el desarrollo y aplicación de los formularios terapéuticos, las directrices y guías de práctica clínica que rigen

el uso (inclusive por nivel de atención), así como los sistemas de monitoreo del uso en las redes integradas de servicios de salud;

- j) fortalezcan las redes nacionales, subregionales y regionales en materia de ETS para fomentar el intercambio entre instituciones y países, mediante la promoción de la difusión y comparación de los estudios y las experiencias nacionales;
- k) participen activamente en la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA).

2. Solicitar a la Directora que:

- a) preste apoyo a los Estados Miembros en la formulación de políticas de tecnologías sanitarias y el fortalecimiento de los marcos institucionales para la ETS, y a la incorporación de tecnologías en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud;
- b) promueva el intercambio de buenas prácticas en materia de la ETS y la incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud, entre los Estados Miembros;
- c) promueva y estimule la colaboración con organismos internacionales y redes internacionales existentes en ETS;
- d) enfatice ante los Estados Miembros y en los foros subregionales, regionales y mundiales la importancia de la participación en la RedETSA, movilizandoo recursos en apoyo de esta iniciativa junto con los Estados Miembros;
- e) promueva el desarrollo y uso de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias para la difusión de resultados de la ETS, y el desarrollo de comunidades de prácticas y redes sociales para la ETS a nivel regional;
- f) informe a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2014 con respecto a la aplicación de esta resolución y considere en ese momento la posibilidad de elaborar una estrategia y plan de acción regionales, en consulta con los Estados Miembros, para la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud.

*(Séptima reunión, 21 de junio de 2012)*

**Decisiones**

***Decisión CE150(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 (documento CE150/1, Rev. 1).

*(Primera reunión, 18 de junio del 2012)*

***Decisión CE150(D2): Representación del Comité Ejecutivo en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidenta (República Bolivariana de Venezuela) y Vicepresidente (Brasil) para representar al Comité en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Salvador y San Vicente y las Granadinas fueron elegidos como representantes suplentes.

*(Cuarta reunión, 19 de junio del 2012)*

***Decisión CE150(D3): Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas***

Después de examinar el informe de progreso contenido en el documento CE150/INF/6 sobre la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, el Comité Ejecutivo decidió agregar el tema al orden del día de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana como asunto relativo a la política de los programas y recomendar que la Conferencia aprobara una resolución a fin de respaldar el Plan de acción regional de emergencia 2012-2014 para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola e instar a los Estados Miembros a que fortalecieran la vigilancia activa de esas enfermedades y a que mantuvieran una elevada cobertura de vacunación de la población.

*(Sexta reunión, 20 de junio del 2012)*

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del Comité Ejecutivo, Delegada de la República Bolivariana de Venezuela, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en lengua española.

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

---

Miriam Morales  
Delegada de la República Bolivariana  
de Venezuela  
Presidenta de la  
150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo

---

Mirta Roses Periago  
Directora de la  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Secretaria *ex officio* de la  
150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo

## ORDEN DEL DÍA

### 1. APERTURA DE LA SESIÓN

### 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones  
*(Artículo 9, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo)*
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas  
*(Artículo 54, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo)*
- 2.3 Orden del día provisional de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas  
*(Artículo 7.F, Constitución de la OPS)*  
*(Artículo 8, Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana)*

### 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

- 3.1 Informe de la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración (2012)
- 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética (2011)
- 3.5 Nombramiento de un miembro al Comité de Auditoría de la OPS
- 3.6 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
- 3.7 Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo

#### **4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**

- 4.1 Evaluación de mitad de periodo de la Agenda de Salud para las Américas
- 4.2 Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS
- 4.3 Proyecto de evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011/Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS
- 4.4 Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- 4.5 Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez
- 4.6 Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
- 4.7 Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones
- 4.8 Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres
- 4.9 Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud
- 4.10 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)

#### **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 2011
- 5.3 Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010
- 5.4 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.5 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
- 5.6 Plan Maestro de Inversiones de Capital

## **6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL**

- 6.1 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP
- 6.2 Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP
- 6.3 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

## **7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
- 7.2 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 7.3 Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso
- 7.4 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
- 7.5 Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre envejecimiento saludable [SUPRIMIDO]
- 7.6 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
  - A. Determinantes sociales de la salud
  - B. Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género
  - C. Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
  - D. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de periodo
  - E. Plan estratégico de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de periodo
  - F. Situación actual del dengue

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

G. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

H. Metas regionales en materia de recursos humanos  
para la salud 2007-2015

I. Situación de los Centros Panamericanos

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

**8. OTROS ASUNTOS**

**9. CLAUSURA DE LA SESIÓN**



## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos oficiales

*Doc. Of. 342* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011

### Documentos de trabajo

CE150/1, Rev. 1  
CE150/WP  
CE150/2 Orden del día provisional y programa de reuniones

Representación del Comité Ejecutivo en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE150/3 Orden del día provisional de la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE150/4 Informe de la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE150/5 y Add. I Premio OPS en Administración (2012)

CE150/6 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE150/7 Informe anual de la Oficina de Ética (2011)

CE150/8 Nombramiento de un miembro al Comité de Auditoría de la OPS

CE150/9 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE150/10 Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo

CE150/11 Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas

**Documentos de trabajo (cont.)**

CE150/12, Rev. 2	Propuesta de Política del Presupuesto de la OPS
CE150/13, Rev. 1	Proyecto de evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011/Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS
CE150/14	Estrategia y Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
CE150/15	Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez
CE150/16	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
CE150/17	Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones
CE150/18	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres
CE150/19	Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud
CE150/20, Rev. 1	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)
CE150/21 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE150/22	Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010
CE150/23	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE150/24	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE150/25	Plan Maestro de Inversiones de Capital

**Documentos de trabajo** (*cont.*)

CE150/26 y Corr.	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP
CE150/27	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP
CE150/28	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

**Documentos de información**

CE150/INF/1	Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CE150/INF/2	Actualización sobre la reforma de la OMS
CE150/INF/3	Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso
CE150/INF/4	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
CE150/INF/5	Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre envejecimiento saludable
CE150/INF/6	Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
Rev. 1	A. Determinantes sociales de la salud
	B. Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género
	C. Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
	D. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de periodo

- E. Plan estratégico de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de periodo
- F. Situación actual del dengue
- G. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
- H. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015
- I. Situación de los Centros Panamericanos

CE150/INF/7

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

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

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

Dra. Miriam Morales  
Viceministra de Salud Pública Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Dr. Alexis Guilarte  
Director General de Programas de Salud  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Sra. Carmen Velásquez de Visbal  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Sunilde Navarro  
Segunda Secretaria  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Marcela Camero  
Segunda Secretaria  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

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

**CHILE**

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

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

Su Excelencia Dario Paya  
Embajador, Representante Permanente  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**COLOMBIA**

Dr. Jaime Matute  
Jefe  
Oficina de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Bogotá

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

**COLOMBIA**

Sr. José Luis Ramírez  
Ministro Polipotenciario, Representante  
Alternativo de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Yadir Salazar Mejía  
Ministra Consejera, Representante  
Alternativa de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Rodrigo Amaya  
Segundo Secretario, Representante  
Alternativo de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Sandra Mikan  
Segunda Secretaria, Representante  
Alternativa de Colombia ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR**

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

Dra. María Elena Marroquín  
Asistente de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San Salvador

Embajador Luis Menéndez  
Encargado de Negocios, a.i.  
Misión Permanente de El Salvador  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR (cont.)**

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

**GRENADA**

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

**PERU/PERÚ**

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

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

**ST. VINCENT AND THE GRENADINES/ SAN  
VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Honorable Clayton Burgin  
Minister of Health  
Ministry of Health, Wellness and the  
Environment  
Kingstown

Mr. Asram Y. S. Soley  
Counselor, Embassy of Saint Vincent and the  
Grenadines to the United States  
of America  
Washington, D.C.

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

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

Dr. Nils Daulaire  
Director  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

Ms. Ann Blackwood  
Director of Health Programs  
Office of Technical and Specialized  
Agencies Bureau of International  
Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

Dr. Craig Shapiro  
Director for the Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Kevin Bialy  
International Health Program Officer  
Western Hemisphere  
National Institute of Health  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

Mr. Charles Darr  
International Health Analyst  
Office of Global Health 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.

Mr. Peter Merkt  
Special Assistant  
Director for the Office of the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

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

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

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

**ARGENTINA**

Dr. Raúl Penna  
Coordinador General de la Unidad  
del Ministro  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

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

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/  
ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Sra. María Isabel Marca Choque  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de Bolivia ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Ms. Gloria Wiseman  
Director  
Multilateral Division  
Health Canada  
International Affairs Directorate  
Ottawa

Ms. Judith Sullivan  
Senior Health Specialist  
Canadian International Development  
Agency  
Quebec

Ms. Annick Amyot  
Strategic Partnerships  
Senior Development Officer  
Inter-American Program Canadian  
International Development Agency  
Gatineau, Quebec



**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Dr. Adrijana Corluka  
Policy Advisor, PAHO/WHO  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Monica Palak  
Senior Policy Analyst  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Mr. Brett Maitland  
Counselor  
Department of Foreign Affairs and  
International Trade  
Washington, D.C.

**CUBA**

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez  
Segundo Secretario  
Sección de Intereses  
Washington, D.C.

**DOMINICA**

H.E. Hubert J. Charles  
Ambassador, Permanent Representative of  
Dominica to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Su Excelencia Lionel Valentín Maza Luna  
Embajador, Representante Alterno  
de Guatemala ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**NICARAGUA**

Licdo. Luis E. Alvarado  
Ministro Consejero, Permanente Alterno  
de Nicaragua ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

Licda. Agnes Alvarado  
Representante Alterno de Nicaragua ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington D.C.

**MEXICO/MÉXICO**

Su Excelencia Joel Hernández  
Embajador, Representante Permanente  
de México ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Dolores Jiménez Hernández  
Representante Permanente Adjunta  
de México ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Sr. Miguel Alonso Olamendi  
Representante Alterno de México ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Sra. Ana Paola Riveros  
Representante Alterna de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

**URUGUAY**

Dr. Jorge Venegas  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Lic. Néstor Rosa  
Representante del Ministerio de Relaciones  
Exteriores  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
Montevideo

**URUGUAY (cont.)**

Dr. Jorge Collazo  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Adriana Rodríguez  
Representante Alterna de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Pedro Valenzuela  
Consejero  
Misión Permanente de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Paula Rolando  
Primer Secretario, Representante Alterna de  
Uruguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

**FRANCE/FRANCIA**

Mr. Pierre-Henri Guignard  
Ambassadeur, Observateur permanent  
de la France près l'Organisation des  
États Américains  
Washington, D.C.

**FRANCE/FRANCIA (cont.)**

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

**ASSOCIATE STATE/ESTADO ASOCIADO**

**PUERTO RICO**

Dr. Raúl G. Castellanos Bran  
Asesor del Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

**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. Francisco Fernández Balado  
Becario  
Observador Permanente 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**

Sr. Fernando Flores

**United Nations Population Fund/ Fondo de  
Población de las Naciones Unidas**

Mrs. Sonia Martinelli-Heckadon

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

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Ricardo Cañizares

**World Bank/Banco Mundial**

Dr. Joana Godinho

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

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

Prof. Trevor A. Hassell

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

Dr. Rubén O. Abete

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

Dr. Rafael Dautant

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

Ms. Marcela Gaitán

**U.S. Pharmacopeia**

Dr. Damian Cairatti

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

Ms. Cecilia Rose-Oduyemi  
Director, Department for Governing Bodies  
and External Relations (GBS)

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director  
Director Adjunto

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)/  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)**

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

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel, Office of Legal Counsel  
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora  
Jurídica

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

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

---