



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2011

CE148/FR (Esp.)
22 de julio del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	7
Elección de la Mesa Directiva	7
Adopción del orden del día	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Asuntos relativos al Comité	8
Informe de la quinta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración	8
Premio OPS en Administración, 2011	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	10
Informe anual de la Oficina de Ética	10
Asuntos relativos a la política de los programas	12
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013	12
Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana	18
Estrategia y Plan de acción sobre cambio climático	20
Plan de acción sobre la seguridad vial	22
Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol	23
Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública	25
Estrategia y Plan de acción sobre epilepsia	26
Estrategia y Plan de acción sobre la malaria	28
Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave	30
Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>	32
Asuntos administrativos y financieros	34
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas	34
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación	34
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2010	36

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

Informe del Comité de Auditoría	38
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS	39

Asuntos de personal..... 40

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	40
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	41

Asuntos de información general..... 42

Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS	42
Actualización sobre la Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana	43
Informe sobre los preparativos para el panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva	44
Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos	45
Informes de progreso sobre asuntos técnicos	46
A. Inmunización: retos y perspectivas	46
B. Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	46
C. Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	48
D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	49
E. Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas	50
F. Situación de los Centros Panamericanos.....	51
Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros	52
A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)	52
B. Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015	53
C. Plan Maestro de Inversiones de Capital	54
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 64. ^a Asamblea Mundial de la Salud	55

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Otros asuntos	56
Clausura de la sesión	56
Resoluciones y decisiones	56
 <i>Resoluciones</i>	
CE148.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas	56
CE148.R2 Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático.....	57
CE148.R3 Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia	60
CE148.R4 Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>	63
CE148.R5 Estrategia y Plan de acción sobre la malaria	66
CE148.R6 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	69
CE148.R7 Modificación de los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales	70
CE148.R8 Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.....	71
CE148.R9 Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.....	74
CE148.R10 Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana.....	76
CE148.R11 Plan de acción de seguridad vial	80
CE148.R12 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	83
CE148.R13 Premio OPS en Administración, 2011	84
CE148.R14 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.....	85
CE148.R15 Orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	89
CE148.R16 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013	89
CE148.R17 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2012-2013.....	94

ÍNDICE (cont.)

Página

Decisiones

CE148 (D1)	Adopción del orden del día.....	97
CE148 (D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	97

Anexos

- Anexo A. Orden del día
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes
- Anexo D. Anexo al Informe Final

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 148.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 20 al 24 de junio del 2011. El Comité celebró además una reunión virtual el 22 de de julio del 2011 con el fin de concluir el debate en torno al Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013.
2. La reunión contó con la presencia de los delegados de los siguientes ocho miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Argentina, Colombia, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Perú, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela (República Bolivariana de). El noveno miembro, Haití, no pudo asistir. También asistieron, en calidad de observadores, delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Cuba, España, México, Países Bajos y Portugal. Además, estuvieron representados un organismo de las Naciones Unidas y dos organizaciones no gubernamentales. Los nueve miembros participaron en la reunión virtual del 22 de julio. Los delegados de los siguientes Estados Miembros participaron en calidad de observadores: Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.
3. El doctor St. Clair Thomas (San Vicente y las Granadinas, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los asistentes, en especial a los observadores. Señaló que el Comité tenía ante sí un orden el día muy amplio, pero confiaba en que culminaría su labor de manera eficiente y exitosa.
4. La doctora Mirta Roses Periago (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) también le dio la bienvenida a los participantes y reconoció la presencia del doctor Óscar Ugarte Ubilluz, que estaría participando en las deliberaciones del Comité por última vez en su calidad de Ministro de Salud del Perú, ya que estaba por finalizar el mandato del gobierno que representaba. Destacó la función importante que desempeñaba el Comité en la formulación de las orientaciones sobre asuntos técnicos y administrativos, con lo cual la Oficina podía perfeccionar las diversas estrategias y planes de acción propuestos y facilitar el trabajo del Consejo Directivo. Esperaba contar con un intercambio fructífero de opiniones.

Asuntos relativos al Reglamento

Elección de la Mesa Directiva

5. Los siguientes Estados Miembros elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 147.^a sesión del Comité siguieron desempeñando sus cargos respectivos en la 148.^a sesión:

Presidencia: San Vicente y las Granadinas (Dr. St. Clair Alphaeus Thomas)

Vicepresidencia: Argentina (Dr. Daniel Yedlin)

Relatoría: Estados Unidos de América (Sr. Peter Mamacos)

6. 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 CE148/1, Rev. 1 y CE148/WP/1, Rev. 1)

7. El Secretario Técnico presentó el orden del día provisional contenido en el documento CE148/1, Rev. 1, y observó que la Directora había propuesto que la exposición del punto 4.8, “Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Cardiovasculares”, se aplazara hasta después de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles, programada para septiembre del 2011.

8. El Comité adoptó el orden del día provisional en su forma modificada y adoptó también un programa de reuniones (CE148/WP/1, Rev. 1) (decisión CE148 [D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 51.^o Consejo Directivo de la OPS, 63.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE148/2)

9. De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de San Vicente y las Granadinas y Argentina, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 51.^o Consejo Directivo, 63.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (decisión CE148 [D2]).

Orden del día provisional del 51.^o Consejo Directivo de la OPS, 63.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE148/3, Rev. 1)

10. La señora Piedad Huerta (Asesora, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el orden del día provisional del 51.^o Consejo Directivo, 63.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Señaló que la mayoría de los temas considerados por el Comité Ejecutivo se transmitirían al Consejo Directivo. Había, sin embargo, un tema de política de los programas en el orden del día provisional del Consejo que no había sido examinado por

el Comité: un informe sobre la evaluación de la Iniciativa Regional para la Seguridad de la Sangre y el Plan de Acción para 2006-2010. Además, en vista de que el Comité había optado por diferir la consideración del tema 4.8, “Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Cardiovasculares”, hasta el 2012, este tema se eliminaría del programa del Consejo.

11. El Consejo elegiría a tres nuevos miembros del Comité Ejecutivo; los candidatos propuestos hasta la fecha eran Brasil, Chile y El Salvador. El Consejo también elegiría dos miembros para el Comité Consultivo del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); hasta el momento, un Estado Miembro, el Perú, había indicado su interés de formar parte de ese Comité.

12. En el debate que siguió se propuso que el Consejo debería recibir un informe acerca 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, que se celebrará los días 19 y 20 de septiembre del 2011 en Nueva York.

13. La Directora señaló que la Oficina no tendría tiempo en la semana entre la reunión de alto nivel y el inicio del Consejo Directivo para preparar un informe formal, pero que se había previsto realizar un debate sobre el tema durante la sesión del Consejo. Entretanto, consultaría con los Estados Miembros para determinar la forma que debería tomar el debate: una sesión informativa especial fuera del programa del Consejo o un punto formal del orden del día, que posiblemente generaría una resolución para orientar el trabajo relacionado con el tema que harían la Oficina y los Estados Miembros en el próximo bienio.

14. La señora Huerta señaló que el Consejo también tendría que abordar el proceso de reforma de la OMS, de acuerdo con lo solicitado por el Consejo Ejecutivo de la OMS (véase el párrafo 243, más adelante).

15. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE148.R15, en la que se adoptaba el orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la quinta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE148/4)

16. La señora Ana María Sánchez (México, Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su quinta sesión del 16 al 18 de marzo del 2011. El Subcomité había tratado varios importantes temas financieros, administrativos y otros, incluso una versión preliminar del proyecto de programa y presupuesto de la OPS para

2012-2013 y el presupuesto por programas de la OMS para el mismo período. También había recibido la presentación de un panorama del Informe Financiero de la Directora para el 2010 y actualizaciones acerca de la adopción por la OPS de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público y del estado de los proyectos financiados con fondos de la Cuenta Especial de la OPS y el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

17. Además, el Subcomité había examinado varios cambios propuestos en el Reglamento y Estatuto del Personal de la Organización, había considerado la solicitud de una organización no gubernamental (ONG) que deseaba entrar en relaciones oficiales con la OPS y examinado la colaboración con otra organización que había solicitado renovar las relaciones oficiales con la OPS. Todos los asuntos examinados por el Subcomité se encontraban también en el orden del día de la 148.^a sesión del Comité Ejecutivo y, por consiguiente, informaría sobre los debates y las recomendaciones del Subcomité acerca de esos temas cuando los examinara el Comité.

18. La Directora agradeció a la señora Sánchez su excelente dirección de las deliberaciones del Subcomité y subrayó la importancia de su trabajo para facilitar la labor del Comité Ejecutivo. También expresó su agradecimiento por las contribuciones valiosas de los Estados Miembros que habían participado voluntariamente en la sesión como observadores.

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

Premio OPS en Administración, 2011 (documentos CE148/5 y Add. I)

20. El señor Peter Mamacos (Estados Unidos de América) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2011, formado por Estados Unidos de América, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela, se había reunido el 21 de junio. 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, 2011 al doctor John Edward Greene, de Guyana, por su contribución al mejoramiento del sector de la salud y los recursos humanos en la Comunidad del Caribe (CARICOM), y por su movilización del compromiso político para lograr resultados importantes en una amplia gama de temas prioritarios de salud pública.

21. Los delegados de Venezuela y de San Vicente y las Granadinas señalaron que había sido muy difícil seleccionar a un candidato ya que todos tenían antecedentes muy impresionantes. Indicaron que el proceso podría facilitarse, y evitar toda posible subjetividad, si se preparaba una lista de criterios objetivos ponderados que se considerarían al seleccionar el ganador del premio.

22. El Comité Ejecutivo extendió sus felicitaciones al doctor Greene y aprobó la resolución CE148.R13, tomó nota de la decisión del Jurado y transmitió el informe al 51.º Consejo Directivo.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE148/6)

23. La señora Ana María Sánchez (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 (en adelante “los Principios”), el Subcomité había celebrado una reunión a puerta cerrada durante su quinta sesión para examinar la situación de una ONG que mantiene relaciones oficiales con la OPS y considerar la solicitud de otra organización que aspiraba a establecer relaciones oficiales. El Subcomité también había examinado un informe de avance sobre el estado de las relaciones en curso entre la OPS y 15 organizaciones no gubernamentales y consideró una propuesta de modificación de los Principios.

24. El Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera al Instituto de Vacunas Albert B. Sabin (SVI) en relaciones oficiales con la OPS y que aprobara la continuación de relaciones oficiales con la Fundación Interamericana del Corazón. El Subcomité también había respaldado la modificación propuesta a los Principios, en cuanto a la fecha límite para recibir las solicitudes de las ONG, y había recomendado que el Comité Ejecutivo la aprobara.

25. Hablando en su calidad de Delegada de México, sugirió que debía haber mayor normalización del contenido de los informes sobre el estado de las relaciones en curso entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.

26. El señor James Hill (Asesor, Movilización de Recursos, OSP) aclaró que la modificación propuesta a los Principios cambiaba la fecha límite de enero de un año a diciembre del año anterior, lo cual daría más tiempo para preparar las solicitudes que se someterían a la consideración del Subcomité. Señaló que en los últimos años se habían logrado considerables avances en la estandarización de los informes y dijo que la Oficina seguiría promoviendo el avance en este aspecto.

27. El doctor Rafael Dautant (Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental) describió el trabajo que su organización había estado llevando a cabo en cooperación con la OPS.

28. El Comité Ejecutivo aprobó las resoluciones CE148.R6 y CE148.R7, que respaldaban las decisiones del Subcomité.

Informe anual de la Oficina de Ética (documento CE148/7)

29. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética) informó que en el 2010 la Oficina de Ética había atendido 65 consultas del personal sobre aspectos éticos individuales y había investigado 23 acusaciones de comportamientos que eran motivo de inquietud. En

los casos en que las acusaciones estaban bien fundadas, se habían enviado informes al Área de Gestión de Recursos Humanos, como resultado de los cuales se había despedido de la Organización a una persona y el contrato de otra no se había renovado. Algunas de las 23 (acusaciones) todavía se estaban investigando. En el documento CE148/7 se presentaban más detalles del trabajo de la Oficina de Ética y se describían las actividades nuevas planificadas para el futuro. En respuesta a una pregunta, dijo que el personal de la Oficina era solamente él y otra persona, además, para el 2011, de un pasante.

30. El Comité Ejecutivo reconoció los esfuerzos que se estaban realizando para promover la integridad y la conducta ética, y para incorporar la formación relacionada con la ética en los programas de capacitación del personal. La promoción del servicio de ayuda sobre ética también había sido un paso importante para el establecimiento de una cultura de rendición de cuentas. El Comité también recibió con agrado las iniciativas futuras que la Oficina tenía la intención de emprender para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas en la Organización.

31. Una delegada opinó que la Oficina también debía examinar aspectos éticos externos a la Organización, como los que surgían de la negativa de algunas empresas farmacéuticas a presentar cotizaciones a los fondos de adquisiciones de la OPS para el suministro de medicamentos importantes a precios asequibles, o el hecho de que algunas delegaciones tenían dificultades para asistir a las reuniones de la OPS debido a problemas con las visas y las autoridades de inmigración. También se sugirió que la Oficina de Ética podría ampliar su alcance para abarcar cuestiones éticas en los entornos médicos y hospitalarios.

32. El señor MacMillan agradeció el apoyo del Comité a los logros alcanzados hasta el presente, y señaló que todavía quedaba mucho trabajo por hacer en cuanto a las políticas y las directrices que iban a formularse y ejecutarse. Subrayó que si bien el tema central del trabajo de la Oficina de Ética era la ética institucional —en otras palabras, el comportamiento ético del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana—, personas ajenas a la Organización podían utilizar el servicio de ayuda sobre ética. La OPS era una de las pocas organizaciones que tenía una línea telefónica de ayuda que podía usarse no solo para denunciar actos indebidos sino también para hacer preguntas relacionadas con la ética, lo que podía hacerse en forma anónima si la persona lo deseaba. En meses anteriores, la Oficina de Ética había conseguido que se colocara en forma destacada un enlace directo al servicio de ayuda sobre ética en el sitio web de cada representación de la OPS/OMS, incluso en la parte del sitio accesible al público en general.

33. La Directora agregó que desde mediados de los años noventa la OPS también había tenido un programa de bioética que prestaba asistencia técnica a los Estados Miembros para la incorporación de una dimensión ética en los programas de salud, por ejemplo, mediante el apoyo de las comisiones nacionales sobre ética médica. Señaló que además de establecer el puesto de Oficial de Ética, la OPS había creado los puestos del Mediador y del Oficial de Seguridad de la Información sin necesidad de aumentar el número de puestos sino mediante

la transformación de puestos o la eliminación de otras funciones. La OPS había sido líder entre los organismos internacionales al establecer una función de ética tan amplia, y otras organizaciones acudían a ella en busca de asesoramiento y orientación.

34. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre las actividades de la Oficina de Ética.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338, Rev. 1; Add. I, Rev. 1¹ y Corr. 1 y 2*)

35. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó acerca del debate en el Subcomité de una versión anterior del proyecto de programa y presupuesto para 2012-2013 (véanse los párrafos 8 a 22 del informe final del Subcomité, documento SPBA5/FR²).

36. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) describió el programa y el proyecto de presupuesto según fue presentado en el *Documento Oficial 338* y su apéndice. El nivel del presupuesto para 2012-2013 era igual al del ejercicio 2010-2011 (\$642,9 millones³). Según el proyecto, era necesaria una reducción de 18 puestos de plazo fijo, la cual generaría \$4,9 millones en ahorros durante el bienio. Sin embargo, a pesar de dicha medida, los costos relacionados con los puestos aumentarían como resultado de la inflación y los aumentos estatutarios y, por consiguiente, habría menos dinero disponible que en el 2010-2011 para el componente distinto de los puestos de plazo fijo, con el cual se financiaban los programas y las actividades de cooperación técnica de la OPS.

37. Se contemplaron tres escenarios de financiamiento: el escenario A, en el que los costos inflacionarios y estatutarios ya incorporados durante el 2010-2011 en los componentes de puestos y no asignados a puestos del presupuesto se recuperarían mediante un aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros; el escenario B, en el que se recuperarían algunos costos mediante un aumento de 6,7% de las contribuciones señaladas, mientras que otros costos tendrían que ser absorbidos; y el escenario C, según el cual habría un crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas y todos los costos tendrían que absorberse, con lo cual ocurrirían recortes sustanciales de las operaciones. El proyecto presentado en el *Documento Oficial 338* se

¹ Nota: La serie original de documentos se modificó para reflejar las recomendaciones de la reunión celebrada del 20 al 24 de junio, y luego fue reemplazada por los documentos que se consideraron en la reunión virtual del 22 de julio.

² Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CE148-04-s.pdf>

³ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias de este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

basaba en el escenario B. En todos los escenarios, se había previsto una disminución de las contribuciones voluntarias y de los ingresos varios, y en todos los casos la cantidad disponible para las actividades programáticas y operativas descendería. En el apéndice I del documento del presupuesto se dan detalles de la repercusión de cada escenario y una justificación del aumento propuesto.

38. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Presupuesto por Programas, OSP) señaló a la atención el documento CE148/DIV/1, que contenía un cuadro comparativo con las contribuciones señaladas de los Estados Miembros para los bienios 2010-2011 y 2012-2013, basadas, respectivamente, en la escala actual y la nueva escala de cuotas de la OPS. Recordó que la Organización de los Estados Americanos (OEA) había adoptado recientemente una metodología para revisar su escala de cuotas cada tres años y, puesto que la escala de la OPS se basaba en la escala de la OEA, cualquier cambio en la escala de la OEA daría lugar automáticamente a un cambio en la escala de la OPS. La escala vigente abarcaba el período 2009-2011. El Consejo Permanente de la OEA había aprobado una escala nueva para 2012-2014, que la OPS tendría que aplicar en el bienio 2012-2013.

39. El Comité expresó su agradecimiento a la Oficina por los detalles y la transparencia evidentes en el proyecto de presupuesto y por el análisis complementario que había proporcionado en respuesta a las solicitudes del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. También encomió los esfuerzos de la Oficina para controlar los costos y mejorar la productividad y la eficiencia. Los delegados reconocieron la situación financiera difícil con que se enfrentaba la OPS como resultado de los costos de los puestos en aumento, aunados a las reducciones previstas de las contribuciones voluntarias y los ingresos varios.

40. No obstante, cuatro de los siete delegados que hablaron acerca de este punto expresaron preferencia por el escenario C, y varios señalaron que sus gobiernos preconizaban un crecimiento nominal cero en los presupuestos de todas las organizaciones internacionales. Señalaron que, al igual que la OPS, sus países estaban intentando resolver limitaciones financieras graves, lo que haría muy difícil, cuando no imposible, lograr la aprobación a nivel nacional de un aumento de las contribuciones señaladas de sus gobiernos a la OPS, en particular debido a que algunos Estados Miembros habían visto el aumento de sus contribuciones señaladas durante dos bienios consecutivos y, en algunos casos, las contribuciones señaladas de los países subirían aun con el escenario de cero crecimiento nominal, como resultado de la revisión de la escala de cuotas de la OEA.

41. Dos delegados apoyaron el escenario B, señalando que el escenario C daría lugar a una reducción drástica del presupuesto de cooperación técnica de la Organización. Consideraban que el escenario B, si bien no era ideal, repercutiría menos en las actividades de cooperación técnica de la Organización y en su capacidad para alcanzar los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico 2008-2013. Otro delegado no expresó

preferencia por ninguno de los escenarios, pero indicó que el aumento de las contribuciones de la mayoría de los Estados Miembros de acuerdo al escenario B sería relativamente pequeño. Todos los oradores consideraron que el aumento de 10,5% de las contribuciones propuestas según el escenario A era poco realista en el entorno económico actual.

42. En vista de la falta de consenso en cuanto al escenario que debía recomendarse al Consejo Directivo, el Comité pidió a la Oficina que formulara un escenario alternativo, que no exigiera un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros pero que no implicara los recortes graves del presupuesto no asignado a puestos que serían el resultado de una situación de crecimiento nominal cero. Con miras a liberar más financiamiento para las actividades de cooperación técnica, se instaba a la Oficina a que buscara maneras de redistribuir los fondos entre los componentes asignados a puestos y no asignados a puestos y a que estudiara métodos innovadores, como la adscripción de funcionarios de las organizaciones donantes y los Estados Miembros o un aumento del porcentaje cobrado para cubrir el costo de las compras de suministros y vacunas. También se alentaba a la Oficina a que identificara las posibles esferas de convergencia y colaboración entre los programas; a promover mayor cooperación Sur-Sur y Norte-Sur entre los países; y a mejorar la interacción con los centros colaboradores de la OPS y la OMS para aumentar al máximo la capacidad de cooperación técnica de la Organización.

43. En respuesta a la solicitud del Comité, la Oficina presentó posteriormente el escenario D, junto con un cuadro que mostraba su efecto sobre las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y las asignaciones del presupuesto ordinario (documento CE148/DIV/2). El escenario nuevo requería un aumento de 4,5% en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y una reducción de 28,25% de la porción del presupuesto no asignada a puestos (frente a una reducción de 23,7% según el escenario B y de 37,8% según el escenario C). El presupuesto ordinario total según el escenario D sería de \$290.500.000 (en comparación con \$294.500.000 según el escenario B y \$282.100.000 según el escenario C). La porción correspondiente a los puestos totalizaría \$222.500.000, según los tres escenarios, mientras que la porción no asignada a puestos sería de \$67.000.000 según el escenario B, \$54.600.000 según el escenario C y \$63.000.000 según el escenario D.

44. El Comité agradeció a la Oficina la preparación de un cuarto escenario, que varios delegados apoyaron, considerándola como una buena fórmula conciliatoria entre el escenario B y el crecimiento nominal cero. Otros, al tiempo que subrayaban su apoyo decidido a la Organización y a su labor, dijeron que sus gobiernos todavía no habían adoptado una decisión en cuanto al escenario que apoyarían. Los delegados que habían apoyado el escenario C en el debate anterior seguían estando a favor del crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas.

45. Se señaló que en los cuatro escenarios el aumento de las contribuciones señaladas se destinaría a la porción del presupuesto asignada a puestos, que aumentaría 14,5% en todos

los escenarios, mientras que el presupuesto para las actividades de cooperación técnica descendería. Se instaba a la Oficina a que estudiara las maneras de redistribuir los fondos para que el aumento de la porción del presupuesto asignada a puestos fuese menor, y de ese modo reducir la disminución en la porción no asignada a puestos. Se sugirió, por ejemplo, que los funcionarios de la OPS quizá podrían renunciar voluntariamente a los ajustes por costo de vida y otros aumentos estatutarios como una forma de contener los costos relacionados con los puestos y aumentar así los recursos para los programas sustantivos de la Organización. Varios delegados señalaron que, ante la crisis económica y financiera, sus gobiernos habían impuesto reducciones presupuestarias y medidas de austeridad a nivel nacional, incluso la congelación de los sueldos en el sector público, y expresaron su opinión de que la OPS debía estar preparada para tomar medidas similares.

46. Una delegada, apoyada por varios otros, solicitó formalmente que la Oficina preparara opciones a los escenarios B, C y D que requirieran un aumento más pequeño del componente de puestos del presupuesto. Subrayó que planteaba esa propuesta con miras a facilitar el consenso sobre un proyecto de programa y presupuesto que no pusiera a la Organización en la situación difícil de tener un presupuesto según el cual una proporción muy grande del financiamiento total se asignaba a los puestos, pero el personal que los desempeñaba tendría muy poco dinero a su disposición para ejecutar los programas y otras actividades.

47. Otro delegado señaló que los aumentos propuestos según el escenario D (4,5% en contribuciones señaladas y 14,5% en la porción del presupuesto asignada a puestos) no representaban un aumento del presupuesto de la Organización sino que tenían por objeto sufragar costos y mantener el nivel de gasto necesario para alcanzar los objetivos estratégicos.

48. El doctor Gutiérrez afirmó que los aumentos propuestos no representaban ningún crecimiento del presupuesto de la OPS, ni implicaban ningún aumento de los sueldos del personal. Señaló que la porción del presupuesto asignada a los puestos aportaba el financiamiento del personal básico de la Organización, que eran de vital importancia para sus programas y para los servicios de asistencia técnica prestados a los Estados Miembros. Según se explicaba en el apéndice I al documento del presupuesto, en una situación de crecimiento nominal cero sería imposible lograr algunos de los resultados previstos a nivel regional establecidos de conformidad con el Plan Estratégico. También observó que era precisamente en épocas de crisis cuando era más importante invertir en la salud y la protección social.

49. El señor Sotela agregó que, según se explicaba en los párrafos 13 a 18 del *Documento Oficial 338*, el aumento propuesto de 14,5% del presupuesto asignados a los puestos era insuficiente para sufragar los aumentos reales de costos que habían resultado de la inflación y, especialmente, de la devaluación del dólar de los Estados Unidos. Tal como había sucedido en los dos bienios anteriores, se usaría el aumento propuesto de las

contribuciones para hacer frente a los aumentos obligatorios del costo de los puestos. Aunque en cada bienio se había reducido el número de puestos, los costos relacionados con los puestos habían seguido aumentando y, en consecuencia, la porción del presupuesto no asignada a puestos se reducía continuamente. Actualmente, era menor en términos nominales de lo que había sido 12 años antes.

50. La Directora señaló que según la situación B el presupuesto general seguiría siendo igual al del bienio 2010-2011 —es decir, crecimiento nominal cero— y según los escenarios C y D descendería en \$10 millones y \$1,6 millones, respectivamente. También señaló que el presupuesto de la Organización seguiría expuesto a repercusiones negativas debido a las tasas de interés bajas, que reducirían sus ingresos varios.

51. Al tiempo que agradecía las sugerencias del Comité con respecto a las maneras posibles de reducir los costos de personal, explicó que la Oficina tenía poca capacidad de acción con respecto a los aumentos estatutarios para puestos de plazo fijo, ya que estaba obligada a seguir las reglas de remuneración del personal del régimen común de las Naciones Unidas, que habían sido establecidas por los Estados Miembros en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Lo que podía hacer era limitar el número de funcionarios y había eliminado puestos en cada bienio por más de 20 años, aun cuando había habido aumentos sustanciales de las contribuciones señaladas. La Oficina había impuesto una moratoria en la adjudicación de algunos puestos y estaba retrasando la adjudicación de otros, aunque había recibido críticas por mantener puestos vacantes durante más de seis meses. La Oficina también clasificaba sistemáticamente los puestos uno a dos grados por debajo del nivel al cual se clasificaban en otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluso en la OMS, lo que había generado ahorros sustanciales. Cuando los Estados Miembros habían solicitado que se aumentara el número de funcionarios en áreas como la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y la Oficina de Ética, a fin de no tener que agregar personal, la Oficina había reducido los puestos en otras áreas o había actualizado profesionalmente al personal para cumplir con nuevas funciones. También siguió buscando maneras de mejorar la eficiencia y la productividad y de reducir costos por medio de, por ejemplo, la introducción de nuevas tecnologías y formas de trabajar.

52. La OPS recibía a funcionarios de los Estados Miembros y otras organizaciones cada año, tanto en la Sede como en las oficinas en los países. También trabajaba muy de cerca con los centros colaboradores de la OMS y los incluía explícitamente en el programa de trabajo de la Organización. Constantemente se buscaban maneras de mejorar la capacidad de cooperación técnica de la OPS, como por ejemplo, mediante la política de colaboración con los centros de excelencia nacionales, aprobada por los Cuerpos Directivos en el 2010.⁴ Además, se examinaba regularmente el trabajo de los centros panamericanos y en los 15 años anteriores se habían cerrado varios centros o la responsabilidad de su administración

⁴ Véanse el [documento CD50/8](#) y la [resolución CD50.R13](#).

se había transferido a los gobiernos miembros correspondientes u otras entidades, lo que había generado una reducción de costos considerable para la Organización.

53. Reconoció que los Estados Miembros se habían visto obligados a hacer sacrificios como consecuencia de la crisis económica y financiera. Sin embargo, en el bienio anterior, en el punto máximo de la crisis, habían optado por mantener la inversión en salud como un medio de superar la crisis. Las perspectivas para el crecimiento económico eran ahora mucho mejores, e instó a los Estados Miembros a que tuvieran eso en cuenta al considerar el proyecto de presupuesto.

54. Después de otros debates, el Comité acordó celebrar una reunión virtual 30 días después de concluida la sesión para seguir considerando el proyecto de programa y presupuesto y lograr el consenso sobre una recomendación que se presentaría al Consejo Directivo.

55. El Comité realizó una reunión virtual el 22 de julio del 2011 para considerar un proyecto de programa y presupuesto revisado preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial 338, Rev. 1) junto con una versión revisada del Addendum I al proyecto (OD338, Add. I, Rev. 1). El doctor Gutiérrez presentó el proyecto revisado, que se basaba en el escenario D. Señaló a la atención que la Oficina también había modificado el escenario C, debido a que todavía se estaba considerando (mientras que los escenarios A y B ya no lo estaban). En ambos escenarios, el cálculo de los ingresos varios se había reducido en \$8 millones (de \$20 millones a \$12 millones), para reflejar la proyección financiera más reciente. Por otra parte, el número de puestos de plazo fijo se había reducido aun más (se eliminarían 21 puestos en lugar de los 18 previstos en el proyecto original), lo que generaría un ahorro de \$5,8 millones en costos relacionados con los puestos). De conformidad con el escenario D modificado, un 9% de las metas del Plan Estratégico no se alcanzará en el 2013; según el escenario C modificado, no se alcanzará un 19% de las metas.

56. El total del presupuesto según el escenario D modificado sería de \$626,7 millones, una reducción de 2,5% (\$16,2 millones) con respecto al presupuesto actual. El componente del presupuesto asignado a los puestos equivaldría a 40% del presupuesto total y el componente no asignado a los puestos a 60%. El presupuesto ordinario no cambiaría —es decir, la situación sería de crecimiento nominal cero— y sumaría \$287,1 millones. Sin embargo, para mantener el presupuesto ordinario a ese nivel, sería necesario un aumento de 4,3% de las contribuciones señaladas para compensar la reducción de \$8 millones en concepto de ingresos varios. El doctor Gutiérrez subrayó la importancia del presupuesto ordinario, que financiaba los puestos de personal y por lo tanto permitía que ese ejecutara el programa aprobado por los Estados Miembros. Más aún, los fondos del presupuesto ordinario eran completamente flexibles, mientras que las contribuciones voluntarias estaban asignadas a fines específicos y no podían utilizarse cada vez que se necesitaran para colmar brechas en las actividades programáticas. Los fondos ordinarios también eran cruciales para

las funciones básicas de la Organización y permitían que esta administrara un presupuesto total de \$1.800 millones (630 millones para los programas básicos de la OPS/OMS, \$148 millones para los proyectos internos financiados por los gobiernos, \$22 millones para la respuesta a epidemias y crisis y \$1.000 millones para la compra de vacunas y otros insumos médicos a nombre de los Estados Miembros).

57. El Comité agradeció a la Oficina el trabajo suplementario que había hecho en relación con el proyecto de programa y presupuesto. Algunos delegados expresaron su apoyo firme al escenario modificado D que, según ellos, sería menos perjudicial para la Organización que el escenario C y le permitiría cumplir una proporción mayor de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico. Otros seguían mostrándose reacios a aceptar cualquier tipo de aumento de las contribuciones señaladas, aunque algunos dijeron que sus gobiernos respectivos tal vez estarían dispuestos a considerar un aumento más pequeño. Una delegada dijo que, a su modo de ver, no se había desplegado un esfuerzo suficiente para reducir el aumento del componente del presupuesto asignado a los puestos y a cambiar la distribución de los fondos entre el componente de fondos asignados a los puestos y el de fondos no asignados a los puestos, a fin de asignar una cantidad mayor a estos últimos. Le pidió a la Oficina que preparara un escenario en el que el aumento del componente de fondos asignados a los puestos fuese bastante inferior a 14%. En el anexo D de este informe se presentan con más detalle las opiniones expresadas por los diferentes miembros del Comité.

58. En vista de que la mayoría de los miembros del Comité apoyaban el escenario D, el Comité acordó aprobar una resolución para recomendar que el Consejo Directivo, a su vez, aprobara el proyecto de programa y presupuesto basado en dicho escenario. Sin embargo, de acuerdo con la solicitud de uno de sus miembros, el Comité decidió además pedirle a la Oficina que preparara otro escenario para su consideración en el Consejo Directivo, según el cual el aumento propuesto de las contribuciones señaladas sería de 2,15%, es decir, la mitad del aumento de 4,3% propuesto en el escenario modificado D. Estas decisiones están contempladas en la resolución CE148.R16.

59. El Comité aprobó también la resolución CE148.R17, en la que se recomienda que el Consejo Directivo establezca las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados sobre la base del escenario modificado D.

Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana (documento CE148/8)

60. El doctor Carlos Santos-Burgoa (Asesor Principal, Violencia, Lesiones y Seguridad Humana, OSP) presentó la estrategia y el plan de acción, que se habían preparado en respuesta a una solicitud por los ministros de salud que participaron en la mesa redonda sobre la salud urbana celebrada en ocasión del 50.º Consejo Directivo en el 2010. La estrategia tenía por objeto apoyar los esfuerzos de dichos ministerios en la promoción de la salud en las zonas urbanas y atender las necesidades especiales en materia de salud de las

poblaciones urbanas. El plan de acción correspondiente incluía cinco objetivos, acompañados de los indicadores y las actividades recomendadas que se llevarían a cabo en un período de 10 años (2012-2021).

61. El Comité recibió con agrado la estrategia y el plan de acción, subrayando la importancia del tema y reconociendo que los modelos actuales de urbanización a menudo desalentaban los comportamientos saludables como la actividad física y contribuían a causar problemas de salud pública, como los traumatismos por accidentes de tránsito, la violencia y la contaminación ambiental, y producían tasas más elevadas de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las poblaciones urbanas. Los delegados opinaron que la estrategia y el plan de acción proporcionarían orientación valiosa para las iniciativas de la Secretaría y los Estados Miembros encaminadas a mejorar las condiciones de salud en las zonas urbanas. Sin embargo, se propusieron varias revisiones a la estrategia y al plan de acción y algunas modificaciones al proyecto de resolución del documento CE148/8.

62. Se sugirió que algunas de las afirmaciones en el documento debían reformularse, ya que parecían estar basadas en percepciones y no en hechos; por ejemplo, la afirmación en el párrafo 7 de que las “ciudades de las Américas atraen a las poblaciones indígenas debido a las oportunidades económicas y sociales que ofrecen”. También se observó que algunos conceptos y términos, como “megatendencia mundial” en el párrafo 14 y “barrios pobres” en la actividad 2.1, debían definirse con más exactitud y que debía aclararse la relación entre la finalidad general de la estrategia y los objetivos específicos establecidos en el plan de acción. Se recomendó que los indicadores para los objetivos específicos 1 y 2 debían expresarse de otra manera para abarcar la situación de los Estados Miembros que tienen sistemas federales de gobierno, reemplazando la palabra “nacional” con “...en los niveles nacional e infranacional, según corresponda”. Además, se señaló que debían darse ejemplos de varias de las actividades propuestas (por ejemplo, las alianzas contempladas en la actividad 1.2).

63. Se solicitó aclarar la justificación de las actividades propuestas en el objetivo específico 5, en particular la de establecer un nuevo observatorio regional. Algunos delegados cuestionaron la necesidad de crear tal entidad en el ambiente actual de limitaciones económicas y expresaron inquietud de que quizá duplique los mecanismos internacionales existentes para la compilación y difusión de información, como el Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe (Japón). Se subrayó la necesidad de instaurar medidas interprogramáticas e intersectoriales para abordar los determinantes de la salud urbana, y se sugirió que debía revisarse el documento para aclarar la relación entre esta estrategia y plan de acción y otras estrategias, planes y programas de la OPS —en esferas como seguridad vial, salud y seguridad humanas, y enfermedades no transmisibles— y que debería agregarse al proyecto de resolución un párrafo que destacara la necesidad de adoptar medidas multisectoriales.

64. El doctor Santos-Burgoa dijo que la Oficina incorporaría los cambios y las mejoras recomendadas por el Comité en la versión revisada de la estrategia y el plan de acción que se presentaría al Consejo Directivo. Con respecto al observatorio regional propuesto, explicó que se había previsto que las consecuencias económicas fueran mínimas y que la Oficina no creía que hubiera ninguna duplicación del trabajo del Centro de Kobe; sin embargo, a él le complacería consultar aun más con los Estados Miembros y tratar sus inquietudes en ese sentido.

65. La Directora observó que la Región ya había sentado unas sólidas bases para el trabajo futuro en la esfera de la salud urbana a través del movimiento Ciudades y Comunidades Saludables, que había producido muchas enseñanzas y mejores prácticas valiosas. Varias ciudades de la Región brindaban modelos excelentes para el mejoramiento de la salud urbana. Diversos centros colaboradores y centros de excelencia en la Región, como el Instituto de Salud de las Comunidades Indígenas Urbanas (Seattle, Washington, Estados Unidos de América), también podrían proporcionar conocimientos y apoyo útiles. La OPS estaba trabajando estrechamente con el Centro de Kobe y con la Red de Conocimientos sobre Entornos Urbanos, que habían aportado datos probatorios valiosos e insumos para el informe de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. En octubre del 2011, el Brasil patrocinaría la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que brindaría otra oportunidad de destacar los temas de salud urbana.

66. El Comité adoptó la resolución CE148.R10, en la que recomienda que el Consejo Directivo respalde la estrategia y apruebe el plan de acción.

Estrategia y Plan de acción sobre cambio climático (documento CE148/9)

67. El doctor Carlos Corvalán (Asesor principal en materia de Evaluación de Riesgos y Cambio Climático Mundial, OSP) introdujo la estrategia y el plan de acción, señalando que los datos probatorios del cambio climático se aceptaban ya en casi todo el mundo. Se había entendido en general que el abordaje del cambio climático incluía dos conceptos, el de adaptación y el de mitigación, y el sector de la salud debía participar en ambas esferas. En la esfera de la adaptación, debían hacerse cambios en los sistemas de salud para reducir al mínimo los efectos sanitarios del cambio climático; y en materia de mitigación, el sector de la salud tenía que buscar maneras de reducir sus emisiones de gases de efecto invernadero. La estrategia tenía cuatro áreas estratégicas: datos probatorios, concientización, alianzas y adaptación. El plan de acción, que abarcaría el período 2012-2017, se organizaba en torno a las cuatro áreas estratégicas y tenía cuatro objetivos, cada uno de ellos con un indicador y varias acciones.

68. El Comité Ejecutivo recibió con agrado la estrategia y el plan de acción. Varios delegados describieron las repercusiones del cambio climático que ya se estaban observando en sus países respectivos y reseñaron las medias nacionales o regionales que se estaban tomando con miras a la adaptación o la mitigación. Se señaló que había

probabilidades de que un efecto importante del cambio climático sobre la salud fuese un aumento de las enfermedades de transmisión vectorial, resultantes del recalentamiento de áreas frías y templadas donde, por lo general, no ocurrían esas enfermedades.

69. Al mismo tiempo, el Comité indicó algunas áreas donde podría fortalecerse la estrategia. Por ejemplo, se sugirió que debía hacerse hincapié en proseguir el trabajo dentro de las alianzas existentes en lugar de crear otras. También se propuso que la función de concientización establecida en el área estratégica 2 quizá era mejor que la desempeñaran la sociedad civil y otras organizaciones no gubernamentales. Se consideró que la acción 1.3 (Identificar y adaptar los indicadores del cambio climático para incluirlos en los sistemas nacionales de vigilancia) debía ampliarse para abarcar diferentes tipos de indicadores, como los relacionados con la olas de calor y los cambios de los vectores. Además, las actividades 1.7, 3.2 y 3.3 debían dedicarse más estrechamente a examinar los efectos sobre la salud y no abarcar el cambio climático en general.

70. Se sugirió que el plan de acción debía abordar los efectos del cambio climático sobre la salud de las poblaciones migratorias de trabajadores, que eran especialmente vulnerables. Ya que todavía no se sabía cómo afectaría el cambio climático a la salud de grupos de hombres y mujeres de diferentes edades y en situaciones sociales, el plan también debía tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, entre ellos el sexo. Además, debían explicarse mejor los nexos entre esta estrategia y plan de acción y el trabajo de la Organización en las áreas de salud urbana y de desarrollo sostenible.

71. Una delegada señaló que la aserción en el párrafo 9 del documento de que el cambio climático se debía en gran parte a la quema de combustibles fósiles era una simplificación excesiva de un tema complejo. También opinó que la estrategia y el plan de acción no equilibraban adecuadamente los dos conceptos importantes de la adaptación y la mitigación, y que un aspecto aun más importante del debate sobre el cambio climático, el de las “responsabilidades comunes pero diferenciadas”, no se había tratado en absoluto. Además, el plan de acción debía hacer más hincapié en la importancia de trabajar en coordinación con otros organismos de las Naciones Unidas, entre ellos el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos.

72. El doctor Corvalán agradeció al Comité sus sugerencias, que serían útiles para que la Oficina mejorara la estrategia y el plan de acción. Sobre el tema de los combustibles fósiles, dijo que la Oficina aclararía la referencia a su contribución al cambio climático, que era indiscutible.

73. La Directora observó que la función del sector de la salud era llevar el tema de la salud humana a los debates del cambio climático, que hasta el presente era algo que se había pasado por alto. Obviamente, el sector de la salud tenía que desempeñar un papel en la adaptación, pero no debía descuidarse el aspecto de la mitigación. En muchos países, el

sector de la salud era el segundo o tercer usuario principal de energía, y tenía la responsabilidad de buscar maneras de reducir su propia contribución a los factores que causaban el cambio climático. El sector también tenía una responsabilidad concreta con respecto a los hospitales, que solían estar ubicados en zonas expuestas al riesgo de sucesos relacionados con los climas extremos, como huracanes o inundaciones, y era necesario lograr que pudieran seguir prestando servicios en caso de un desastre natural.

74. El Comité Ejecutivo adoptó la resolución CE148.R2 y recomendó que el Consejo Directivo diera su apoyo a la estrategia y aprobara el plan de acción.

Plan de acción sobre la seguridad vial (documento CE148/10)

75. La doctora Eugenia Rodrigues (Asesora en materia de Seguridad Vial, OSP), observando que los traumatismos por accidentes de tránsito eran la causa número uno de muerte en niños de 5 a 14 años y la segunda causa de muerte del grupo de 15 a 44 años en la Región, expuso los antecedentes y objetivos del plan de acción.

76. El Comité Ejecutivo apoyó firmemente el plan de acción. Varios delegados describieron las medidas que se estaban tomando en sus respectivos países para mejorar la seguridad vial, como el establecimiento de órganos normativos, campañas para aumentar el uso del casco protector y la organización de campañas y eventos de sensibilización. Se recalcó que el sector de la salud tenía que trabajar en cooperación con otros sectores para reducir los accidentes de tránsito y sus consecuencias para la salud.

77. Varios delegados subrayaron los nexos entre el alcohol (y en algunos casos las drogas) y los accidentes de tráfico. Algunos describieron las medidas que se estaban tomando en sus países respectivos para abordar ese tema. Se indicó que en la actividad 2.5 el límite de la concentración de alcohol en la sangre admisible para los conductores jóvenes debía fijarse en cero y no en 0,02 g/dl, y que en el objetivo 2 debía agregarse un indicador y actividades afines para abordar la necesidad de desalentar la conducción de vehículos bajo el efecto de alguna droga.

78. Se señaló que algunas de las propuestas para el establecimiento de organismos reguladores nacionales quizá no serían adecuadas, y tal vez sería más conveniente adoptar un enfoque diferente que se adaptara mejor a las circunstancias de un país particular; en los países con sistemas de gobierno federales, por ejemplo, la seguridad vial podría manejarse a nivel del estado o la provincia y no a nivel nacional. Al mismo tiempo, se recalcó que se requeriría un organismo de este tipo para forjar alianzas interinstitucionales y multisectoriales y apoyar la toma de decisiones relativas a la seguridad vial.

79. Se mencionó que las actividades 3.1 y 4.2, que se referían, respectivamente, a la promoción del transporte colectivo y a las auditorías de la seguridad de la infraestructura vial, podrían estar fuera de la competencia y la pericia del sector de la salud y se recomendó que se reformularan esas actividades para centrarse más bien en alentar a las

autoridades sanitarias nacionales a que participaran o promovieran la colaboración intersectorial para la ejecución de las actividades propuestas. De manera análoga, se señaló que la inspección de vehículos estaba fuera del ámbito de competencia del sector de la salud y que las actividades y los indicadores incluidos en el objetivo 5, por consiguiente, debían volver a centrarse en el apoyo de las autoridades sanitarias para alentar a los ministerios o los organismos pertinentes a que llevaran a cabo las inspecciones técnicas y los exámenes de los vehículos.

80. La doctora Rodrigues aceptó las diversas sugerencias para el mejoramiento, y se comprometió a incorporarlas en el plan de acción.

81. La Directora dijo que obviamente el tema revestía una gran importancia, ya que la Región estaba perdiendo muchas vidas debido a los accidentes de tránsito, en muchos casos asociados con el abuso del alcohol. Otros factores importantes eran la escasez de infraestructura y señalizaciones y el uso insuficiente de los cascos protectores. Por consiguiente, era necesario intensificar esfuerzos en las áreas de promoción de la causa, coordinación, recopilación de datos y establecimiento de normas.

82. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE148.R11, recomendando que el Consejo Directivo adoptara el plan de acción.

Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (documento CE148/11)

83. La doctora Maristela Monteiro (Asesora principal en materia de consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, OSP), al presentar el documento sobre este tema, dijo que la Oficina había elaborado el plan de acción en consulta con los Estados Miembros y su finalidad era facilitar la ejecución a nivel regional de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2010. El plan se centraba en torno a los cinco objetivos de la estrategia mundial (descritos en el documento CE148/11, párrafo 3) y 10 esferas de acción para las medidas de política (mencionadas en el párrafo 4).

84. Los delegados reafirmaron el apoyo de sus países a la Estrategia Mundial y recibieron con beneplácito el plan de acción propuesto y agradecieron el acento que pone en el apoyo técnico y la formación de capacidad. Se recalcó la importancia tanto para la Oficina como para los Estados Miembros de velar por la disponibilidad de recursos suficientes para la puesta en práctica del plan. Se consideró especialmente importante para la OPS ayudar a los Estados Miembros en el mejoramiento de una infraestructura suficiente de salud pública para llevar a cabo las funciones de vigilancia descritas en el plan y aplicar las estrategias eficaces de prevención. Sin embargo, se señaló que algunos Estados Miembros quizá no contaban con los recursos para ejecutar un plan nacional a gran escala destinado a combatir el consumo nocivo del alcohol y, por consiguiente, se sugirió que la redacción del párrafo 3(g) del proyecto de resolución que figura en el documento CE148/11 debía modificarse para que dijera lo siguiente “asignar recursos financieros, técnicos y

humanos para la ejecución nacional de las actividades descritas en el plan de acción”. Se instó a la Oficina a que ayudara a los países a establecer prioridades para la ejecución de las actividades, teniendo en cuenta la capacidad y la infraestructura existentes, los sistemas actuales de vigilancia de salud pública y la rentabilidad de las estrategias de intervención.

85. Se recalcó que el plan de acción debería hacer hincapié en el consumo abusivo o nocivo del alcohol, no en el consumo de alcohol *per se*, y que en el segundo párrafo del preámbulo del proyecto de resolución la frase “asociado con el consumo del alcohol” debía reemplazarse con “asociado con el consumo nocivo del alcohol”. También se indicó que en el párrafo 5 del documento debía aclararse que el consumo moderado de alcohol trae aparejados tanto beneficios como daños para la salud y que los datos científicos actuales indicaban que los beneficios se limitaban a los individuos mayores de 45 años. Se destacó la necesidad de hacer participar al sector privado en el abordaje del consumo nocivo del alcohol y se instó a la Directora a que se reuniera con los representantes de la industria de las bebidas alcohólicas con esa finalidad.

86. Se sugirieron algunos otros cambios en el plan de acción, en particular con respecto a las actividades propuestas en el objetivo 3. Se indicó que esas actividades debían ampliarse para incluir tanto planes de acción nacionales como subnacionales y que los Estados Miembros debían designar un punto focal para la política en materia de alcohol, en lugar de un organismo nacional, a fin de tener en cuenta la situación de los Estados Miembros cuyos sistemas de gobierno eran federales. Se recalcó que los asuntos relativos a la reglamentación y las decisiones de fijación de precios, tributación y restricciones en la comercialización y venta de bebidas alcohólicas deberían corresponder a los gobiernos, y se recomendó que cualquier actividad que estuviese fuera del ámbito de la salud o fuese más allá de lo que se había acordado de conformidad con la Estrategia Mundial debía eliminarse del plan de acción. No obstante, si se decidía mantener esas actividades en el plan, era necesario aclarar, tal como se había hecho en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que se trataba solamente de recomendaciones sin perjuicio del derecho soberano de los países a determinar y establecer sus propias políticas sobre la tributación y la reglamentación. Además, se pedía a la Oficina que eliminara la actividad relacionada con el comercio y los acuerdos comerciales que figuraba en el objetivo 4, ya que esos asuntos estaban fuera del mandato y la competencia de la OPS.

87. La doctora Monteiro dijo que la Oficina se esforzaría por revisar el plan de acción de acuerdo con las recomendaciones de los Estados Miembros. Observó, sin embargo, que todas las actividades de cooperación técnica contempladas las habían acordado los Estados Miembros según lo estipulado en la Estrategia Mundial y se basaban en los mejores datos científicos recopilados de todo el mundo. La Oficina ya se estaba ocupando de las conversaciones con los representantes de la industria de bebidas alcohólicas y seguiría buscando su opinión sobre la mejor manera de llevar a la práctica la Estrategia Mundial en la Región, aunque no consideraría a la industria como un socio, ya que era política de la

OPS no forjar alianzas con entidades que podrían influir negativamente en la política de salud pública ni recibir contribuciones de ellas.

88. La Directora afirmó que, si bien el plan de acción tenía que concordar con la Estrategia Mundial, era posible introducir mayor flexibilidad para permitir a los Estados Miembros adaptar las diversas actividades a sus contextos nacionales y subnacionales.

89. El Comité aprobó la resolución CE148.R8, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara una resolución para exhortar a los Estados Miembros a que aplicaran la Estrategia Mundial mediante el plan regional de acción.

Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CE148/12, Rev. 1)

90. La doctora Maristela Monteiro (Asesora principal en materia de consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, OSP) presentó el tema, recordando que en el 2010 el Consejo Directivo había adoptado una estrategia regional de salud pública para abordar los problemas de salud asociados con el uso de sustancias psicoactivas.⁵ En el documento CE148/12, Rev. 1 se planteaba un plan de acción para la aplicación de esa estrategia. En el plan se describían las actividades que se llevarían a cabo en las cinco áreas estratégicas establecidas y se recalca la necesidad de integrar los enfoques y la cooperación con otros sectores.

91. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción. Se observó que el plan subrayaba la necesidad de colaborar estrechamente con otros socios como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y, en general, estuvo de acuerdo con el enfoque internacional actual de mejorar y fortalecer los recursos en la esfera de atención primaria, formular programas dirigidos a la prevención y reducción de la demanda y orientar las actividades de prevención y d atención hacia los grupos de alto riesgo. Se recalcó que las actividades propuestas deberían adaptarse a las condiciones y el contexto específicos de cada país.

92. En aras de la uniformidad con la estrategia regional y otros documentos, se sugirió que el término “consumo de sustancias y los efectos perjudiciales conexos” en el documento debían cambiarse a “consumo de sustancias y sus consecuencias adversas”. El Comité también señaló a la atención algunas discrepancias entre la redacción del plan de acción y el de la estrategia regional, así como la necesidad de hacer algunas correcciones en la terminología usada en las referencias a la estrategia continental de drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

93. Se señaló que el objetivo 1.1, que se refería a los instrumentos, declaraciones y recomendaciones pertinentes en materia de derechos humanos, tanto del sistema

⁵ Véase el [documento CD50/18, Rev. 1](#).

interamericano como del sistema de las Naciones Unidas, también debía incluir una referencia a las convenciones de control de drogas ilícitas de las Naciones Unidas. También se mencionó que el plan de acción debía incorporar más claramente una perspectiva de género. En cuanto al proyecto de resolución, se expresó que en el cuarto párrafo del preámbulo la frase “al mismo tiempo que se protege y promueve la salud como un derecho humano fundamental” se convirtiera en “al mismo tiempo que se protege y promueve el derecho de todos al goce del nivel más alto posible de salud física y mental”.

94. La doctora Monteiro agradeció al Comité sus sugerencias y dijo que la Oficina revisaría el plan de acción como correspondía.

95. La Directora dijo que la adopción del proyecto de resolución sería un paso importante para enfrentar un asunto de salud grave en la Región, ya que la estrategia y el plan de acción responderían a la demanda de directrices claras y convenientes para abordar los problemas cada vez mayores de que se acompaña el uso de sustancias psicoactivas.

96. El Comité aprobó la resolución CE148.R9, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo respaldara el Plan de Acción.

Estrategia y Plan de acción sobre epilepsia (documento CE148/13)

97. El doctor Jorge Rodríguez (Asesor principal en materia de salud mental, OSP), observando que los Cuerpos Directivos de la OPS estaban considerando por primera vez el tema de la epilepsia, presentó la estrategia y el plan de acción, que representaban el resultado de un esfuerzo colectivo que incluía a los Estados Miembros, a expertos de toda la Región, a la OMS y a la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia (IBE). La estrategia ponía de relieve el estigma ligado a la epilepsia y la discriminación y las violaciones de los derechos humanos a las cuales estaban sujetas las personas que la padecen. También subrayaba la existencia de opciones de tratamiento sencillas y de bajo costo aplicables al nivel de la atención primaria, que permitirían cerrar la enorme brecha terapéutica que existía en la Región.

98. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción y se encomiaron los esfuerzos de la OPS para poner de relieve la brecha existente entre el número de personas con epilepsia y el las que recibían la atención adecuada, así como la necesidad de combatir el estigma y la discriminación` contra estos enfermos. Se señaló, sin embargo, que la sección “Carga, prevalencia y mortalidad” de la estrategia debía abordar el tema de la comorbilidad psiquiátrica en las personas con epilepsia; además, en el párrafo 27 del documento CE148/13 se debía indicar que entre 25% y 50% de estos enfermos también sufrían trastornos psiquiátricos que a menudo no se reconocían ni se trataban; también debía abordar más ampliamente la carga de la depresión, la ansiedad y la deficiencia cognoscitiva. Asimismo, se indicó que debía hacerse más hincapié en las estrategias de atención por el propio paciente y que la educación relativa correspondiente debía incluirse

en el conjunto de las intervenciones esenciales mencionadas en el objetivo 2.1 del plan de acción.

99. En el objetivo 1.1, se señalaba que la actividad 1.1.3 (Identificar los grupos en situación de vulnerabilidad y en condiciones especiales que puedan requerir una atención específica) se llevaría a cabo como parte de la actividad 1.1.2 (Formular o revisar el programa nacional de atención de la epilepsia y ejecutarlo), por consiguiente, no debía figurar como otra actividad. Se comentó que el objetivo 1.4 (Crear y fortalecer las alianzas del sector de la salud con otros sectores y actores clave, incluido el sector privado) debía incorporarse en el objetivo 1.1 y que el objetivo 3.2 (Incorporar un componente de promoción de la salud y prevención de la epilepsia en los programas nacionales de atención de la epilepsia) debía influir en el área estratégica 1, que trataba sobre los programas contra la epilepsia. Se recomendó que en el objetivo 4.2 se ampliaran las actividades nacionales determinadas a fin de promover la investigación basada en la población sobre factores como variables demográficas, situación socioeconómica, uso de los servicios de atención de salud, factores de riesgo conductuales y la comorbilidad que quizá tengan relación con las tasas de epilepsia en diversos grupos de personas.

100. Se señaló que la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, por su sigla en inglés) había establecido un esquema de clasificación nuevo⁶ que reconocía tres grupos de causas de la epilepsia —genética, estructural/metabólica y desconocida— y, por lo tanto, la información sobre etiología que figura en la estrategia debía concordar con esa clasificación. También se propuso que la información del párrafo 11 de la estrategia debía revisarse para aclarar que el pronóstico en los casos de epilepsia dependía tanto de la causa como del tratamiento temprano sostenido, ya que el pronóstico para algunas formas de la enfermedad, como la epilepsia mioclónica progresiva, era malo aunque el tratamiento empezara temprano.

101. El doctor Rodríguez agradeció al Comité sus observaciones, que la Oficina incorporaría en la versión revisada del documento. Con respecto al área estratégica 3, recordó que durante las consultas sobre la estrategia y el plan de acción se había acordado que la educación y la prevención merecían atención especial, ya que la mayoría de los casos de epilepsia en la Región eran secundarios a otras causas y, por consiguiente, eran prevenibles. En consecuencia, las actividades encaminadas a prevenir la enfermedad, mediante la educación sobre epilepsia y la lucha contra el estigma, se habían agrupado dentro de otra área.

102. La Directora señaló que la epilepsia formaba parte de la asignatura pendiente de las enfermedades para las cuales había tratamientos económicos y métodos de atención pero

⁶ Berg A et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Informe de la Comisión de la ILAE sobre Clasificación y Terminología, 2005-2009. *Epilepsia*, 51(4):676-68. [DOI:10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x](https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x)

estos no estaban al alcance de todos los que los necesitaban, en parte porque muchos profesionales de la salud, en especial a nivel de la atención primaria, carecían de los conocimientos y los medios para diagnosticar y tratar eficazmente la epilepsia. La estrategia y el plan de acción tenían por objeto generar rápidamente un mejoramiento notable en el control de una enfermedad que afectaba no solo a los pacientes sino también a sus familias y comunidades, así como a sus entornos educativo y laboral.

103. El Comité aprobó la resolución CE148.R3, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo diera su apoyo a la estrategia y aprobara el plan de acción.

Estrategia y Plan de acción sobre la malaria (documento CE148/15)

104. El doctor Keith Carter (Asesor Principal en materia de malaria y otras enfermedades transmisibles, OPS) recordó que el Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2006-2010 se había establecido de conformidad con la resolución CD46.R13 del Consejo Directivo. La estrategia y el plan de acción para 2011-2015 que se proponían en el documento CE148/15 tenían por objeto aprovechar ese Plan Estratégico con la intención de reducir aun más la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la malaria y prevenir la reintroducción de la forma endémica en países que se habían declarado libres de ella. La estrategia y el plan de acción propuestos se habían elaborado mediante un proceso consultivo que incluía a muchos socios diferentes y diversos programas de la OPS.

105. El Comité Ejecutivo apoyó la estrategia y el plan de acción y encomió el esfuerzo de la OPS para impulsar las iniciativas de control de la malaria en la Región, e hizo notar que esta enfermedad afecta no solo a la salud de la población sino también al desarrollo económico de los países. Se subrayó la importancia de aprovechar las tareas en curso, como la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía. Se comentó que la labor principal de la OPS debería ser darles orientación a los programas antimaláricos de los países y ayudarlos a fijar metas apropiadas para el control, la preeliminación o la eliminación de la malaria. También se manifestó que la vigilancia entomológica debía incluir actividades acerca de la densidad de los mosquitos y su comportamiento, así como la resistencia a los insecticidas, para hacer el seguimiento de la repercusión de las medidas de control de vectores. Debía asignarse prioridad a la vigilancia de los indicadores operativos de control de vectores, como los que se relacionan con la propiedad de los mosquiteros tratados con insecticida y el uso del rociamiento de interiores con insecticida de acción residual. Se consideró fundamental para los programas antimaláricos en la Región establecer programas de control y garantía de la calidad tanto para el uso de pruebas de diagnóstico rápido como para la microscopía.

106. Se destacó el vínculo entre la malaria y la agricultura. En concreto, un delegado señaló que se había encontrado que el medio de los arrozales inundados promovía la reproducción de los mosquitos anófeles y que, según varios estudios, otros métodos de cultivo, como el riego intermitente, podrían reducir enormemente los casos de malaria sin incidir en la producción agrícola ni en los ingresos. Dijo que el proyecto de resolución

contenido en el documento CE148/15 debía atender la necesidad de continuar la investigación sobre el asunto. Otro delegado observó que en la resolución se debía subrayar la necesidad de la colaboración internacional a nivel subregional, ya que la malaria no podía detenerse en las fronteras nacionales. Varios delegados subrayaron la necesidad de aumentar la producción de los medicamentos antimaláricos, especialmente en los países donde la malaria es endémica, a fin de remediar la escasez de esos medicamentos en la Región. También se recalcó la necesidad de alentar a las empresas farmacéuticas a que suministraran los antimaláricos y otros medicamentos a precios asequibles por conducto de los fondos de adquisiciones de la OPS.

107. Un delegado instó a que se aumentara el financiamiento a los países de la isla La Española para fortalecer los sistemas de salud dañados por el terremoto del 2010, mejorar los programas de control de la malaria y revertir la tendencia ascendente de los casos notificados. El mismo delegado observó la urgente necesidad de que la OPS y otros socios prestaran asistencia técnica para permitir que Haití ejecutara su subvención de la ronda 8 del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

108. El doctor Carter dijo que la OPS había estado colaborando con los países del Caribe donde la malaria era endémica, en particular Haití y República Dominicana, y que se proponía en el futuro trabajar más intensivamente con Haití. Con respecto a la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía, señaló que su trabajo se estaba extendiendo desde los países de la subregión amazónica a otros países de la Región, entre ellos los de Centroamérica. Respondiendo a la inquietud por la escasez de medicamentos antimaláricos, informó que Brasil estaba colaborando con una empresa en la producción de medicamentos para uso en regímenes de tratamiento combinado basado en la artemisina, lo cual podría aumentar el acceso a los medicamentos antimaláricos en la Región, aunque todavía había que considerar los asuntos reglamentarios y de importación.

109. La Directora señaló que las metas relacionadas con la malaria para el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 (Combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades) probablemente se lograrían en la Región de las Américas en su totalidad, ya que la mayoría de los países de la Región ya las habían alcanzado o estaban cerca de alcanzarlas. La nueva estrategia y el plan de acción tenían por objeto garantizar ese resultado. En particular, su finalidad era ayudar a la República Dominicana y a Haití, los dos países de la isla La Española, y para ello se apoyarían en las experiencias de iniciativas en curso, en particular la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía.

110. En la resolución CE148.R5, aprobada por el Comité, se recomendaba que el Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CE148/16, Rev. 1)

111. El doctor Ricardo Fescina (Director del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva) observó que la meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio era una en las que se había avanzado menos. En 10 años, la Región de las Américas había logrado una disminución de la mortalidad materna de cerca de 30%; para alcanzar la meta 5 tendría que lograr una reducción de otro 40%. El plan de acción tenía como finalidad acelerar la reducción de la mortalidad materna, que era una de las manifestaciones más flagrantes de la inequidad por razón de género.

112. Aunque algunos miembros del Comité Ejecutivo expresaron su apoyo firme al plan de acción tal como se había presentado, otros consideraron que tenía graves deficiencias y que no estaba listo para la consideración y aprobación por los Cuerpos Directivos. Se señaló que el documento se había puesto a la disposición de los delegados solamente una semana antes de la sesión y, por consiguiente, los Estados Miembros no habían tenido tiempo suficiente para estudiarlo. Se propuso que el plan no se considerase antes del Consejo Directivo y que, entretanto, se creara un grupo de expertos técnicos para revisarlo y mejorarlo. También se recomendó que el presupuesto de \$30 millones debía examinarse para determinar si era realista contemplar el aumento a ese nivel de financiamiento.

113. Los delegados pusieron de relieve varias deficiencias concretas del documento. Se señaló, por ejemplo, que no tenía en cuenta gran parte del trabajo anterior realizado por la OPS sobre el problema de la mortalidad materna ni contenía ningún análisis de las actividades que habían tenido éxito y las que habían fracasado. Por otro lado, no se hacía un análisis serio de cuáles eran los puntos de comparación actuales, lo que hacía difícil determinar si las metas del plan de acción eran realistas. Además, se propuso que el plan de acción incluyera actividades encaminadas a aumentar la capacidad de vigilancia de los países para hacer el seguimiento de los diversos indicadores propuestos. También se apuntó que las fases del anexo B del documento deberían reformularse de manera que se logaran más resultados antes del año 2015.

114. Se consideró que había varios temas generales de política que también ameritaban un análisis más detallado, como, por ejemplo, si el acceso universal a los servicios gratuitos de maternidad era factible económicamente o si podría ser un elemento desestabilizador en las economías frágiles. Se señaló que en el plan de acción no se habían abordado varios problemas que se observan en la Región, como la utilización exagerada e indebida de la tecnología en detrimento tanto de las madres como de los recién nacidos, y la necesidad de incluir a los hombres no solo en la prevención de los embarazos no deseados sino también en el cuidado de la mujer y el niño cuando ocurre el embarazo. Se dijo también que la exposición del problema de la eclampsia en el documento estaba incompleta.

115. Varios delegados describieron la labor que estaba en curso en sus respectivos países para reducir la mortalidad materna. Un delegado opinó que debía crearse un observatorio regional sobre morbilidad y mortalidad maternas. Luego de las preguntas y el debate, aclaró que su intención era proponer un mecanismo de coordinación para compilar y difundir información, no una nueva estructura física, que no sería práctica en momentos de limitaciones presupuestarias. Por ende, se acordó que el proyecto de resolución sobre este punto le solicitaría a la Directora establecer “un depósito regional al alcance de todos los interesados directos”.

116. La delegada del Canadá presentó un informe breve sobre el trabajo de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud Maternoinfantil, establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas y copresidida por el Primer Ministro del Canadá y el Presidente de Tanzania. Dijo que el Comité Ejecutivo podría estudiar las 10 recomendaciones⁷ concretas de la Comisión y considerar cómo podrían incorporarse al plan de acción.

117. El doctor Fescina agregó alguna información sobre el Sistema Informático Perinatal elaborado por la OPS en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Agradeció a los delegados sus observaciones, que serían útiles para el trabajo de fortalecimiento del plan de acción. También aclaró que la cifra del presupuesto para el plan de acción se había basado en un cálculo de muy alto nivel de \$5 millones por año durante los seis años del Plan. Esa cifra se afinaría y se presentaría con mayor precisión.

118. La Directora puso de manifiesto la preocupación mundial por el progreso insuficiente en la reducción de la mortalidad materna, una de cuyas manifestaciones había sido el establecimiento, por el Secretario General, de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas mencionada anteriormente.

119. En opinión de la Directora, el Consejo Directivo no era el foro apropiado para realizar un examen técnico detallado del plan de acción. Por lo tanto, propuso que el debate del asunto continuara durante 30 días por medios electrónicos, para que el plan pudiera revisarse y luego presentarlo oportunamente al Consejo Directivo.

120. El Comité decidió adoptar el proyecto de resolución (resolución CE148.R14) y recomendar que el Consejo Directivo respaldara el plan de acción, en el entendimiento de que el plan se revisaría teniendo en cuenta las observaciones y sugerencias de los Estados Miembros. Se acordó que la Oficina organizaría las consultas electrónicas sobre el plan durante el mes de julio.

⁷ Las recomendaciones de la Comisión se encuentran en su informe, [Keeping Promises, Measuring Results](#).

Estrategia y Plan de Acción sobre *eSalud* (documento CE148/17)

121. El señor Marcelo D'Agostino (Gerente de Área, Gestión de Conocimientos y Comunicación, OSP) describió las cuatro áreas estratégicas contempladas de acuerdo con la estrategia y el plan de acción. Observó que, de acuerdo con una sugerencia hecha durante la quinta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, la Oficina había procurado lograr la convergencia entre la estrategia y el plan de acción y otras iniciativas afines, como la Estrategia para la Sociedad de Información en América Latina y el Caribe (e-LAC) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la iniciativa de cibergobierno de la OEA. La estrategia y el plan de acción se habían preparado en consulta con los Estados Miembros, especialmente el Canadá, a través de una comunidad de prácticas coordinada por Salud Canadá, que le había permitido a la Oficina recibir observaciones de 14 instituciones, además de varias organizaciones y redes.

122. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS para promover el uso de tecnología de la información sanitaria como un medio de ampliar el acceso a los servicios de salud, y expresó su apoyo a la estrategia y el plan de acción propuestos. Los miembros del Comité opinaron que en la estrategia y el plan de acción se exponían bien los desafíos en relación con la gestión del conocimiento y la incorporación de las tecnologías de la información y de la comunicación en los sistemas de salud. Se elogió el reconocimiento que se hacía en la estrategia de la naturaleza *intersectorial* de la *eSalud*, y se señaló que el apoyo y la colaboración entre diferentes sectores en cuanto a infraestructura, financiamiento, educación, innovación e interoperabilidad eran esenciales. Al mismo tiempo, se recalcó que el desarrollo de la *eSalud* debe estar bajo la dirección y la supervisión de los ministerios de salud, no de la industria de la tecnología de la información ni otras partes con intereses comerciales. Una delegada expresó sus dudas de que el cálculo de los recursos necesarios que figuraba en el anexo C del documento CE148/17 fuera razonable.

123. Se expresó apoyo para las cuatro áreas estratégicas descritas en la estrategia y el plan de acción y para los objetivos respectivos. También se respaldó la propuesta de establecimiento de un foro de expertos para promover el uso de tecnologías de la información y de la comunicación para las aplicaciones de salud pública. Se observó que el foro debería incluir instancias normativas y a profesionales técnicos con un conocimiento diverso acerca del uso de esas tecnologías en los entornos de salud pública y debía ser representativo de los diferentes sectores y de los interesados clave involucrados en las políticas y práctica de *eSalud*.

124. Se comentó que la estrategia debía hacer más hincapié en trabajar en el marco de las alianzas y otros arreglos colaborativos existentes, y mejorarlos, en lugar de establecer mecanismos nuevos que quizá duplicarían esfuerzos. Se señaló que las funciones para el laboratorio regional propuestas en el objetivo 1.4 se solapaban con las del comité consultivo técnico propuestas en el objetivo 1.2, ya que ambos mecanismos vigilarían y

evaluarían las políticas de *eSalud* en la Región; se recomendó, en cambio, que el laboratorio regional sirviera de recurso para los Estados Miembros para el intercambio de las mejores prácticas. También se subrayó que algunos de los indicadores propuestos debían afinarse y aclararse todavía más. El indicador para el objetivo 1.1, por ejemplo, debía ampliarse para abarcar los diferentes tipos de tecnologías de la información y de la comunicación, así como las políticas que los Estados Miembros podrían establecer, como los expedientes médicos electrónicos, y también habría que examinar si los Estados Miembros tenían políticas sobre la protección de la privacidad de las personas y sobre la interoperabilidad de las tecnologías de la información y de la comunicación. Se opinó que algunos de los indicadores del objetivo 4.2 estaban poco claros. En particular, se le pedía a la Oficina que aclarara lo que se entendía por “contenido certificado de salud pública”. Además, se señaló que debía explicarse la referencia a la salud pública veterinaria en el cuarto párrafo del preámbulo del proyecto de resolución contenido en el documento CE148/17.

125. La delegada de México observó que su país tenía un centro nacional de excelencia en tecnología que había preparado cursos en relación con la *eSalud*, que pondría a disposición de otros países electrónicamente a través de la OPS.

126. El señor D’Agostino dijo que la Oficina había prestado atención cuidadosa a las observaciones y las sugerencias del Comité y los tendría en cuenta al modificar la estrategia y el plan de acción. Con respecto a la certificación de los sitios web, dijo que la idea era velar por que hubiera información sanitaria fidedigna en internet. La Organización estaba trabajando con la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y la fundación Health on the Net, una organización no gubernamental que había elaborado un procedimiento para certificar sitios web de información sanitaria. En cuanto a la referencia a la salud pública veterinaria en el proyecto de resolución, explicó que se había adquirido mucha experiencia en la utilización de medios móviles en esa esfera; por ejemplo, para la vigilancia de las zoonosis y las enfermedades transmitidas por los alimentos.

127. Con respecto al laboratorio regional propuesto en el objetivo 1.4, su función sería servir de mecanismo para recopilar datos y promover las mejores prácticas, mientras que la función del comité consultivo técnico propuesto en el objetivo 1.2 sería informar a la Oficina sobre aspectos políticos, técnicos, de gestión y administrativos acerca de la ejecución de la estrategia. Con respecto a la pregunta acerca de los recursos, observó que *eSalud* era una esfera atractiva para los donantes y, por consiguiente, era relativamente fácil movilizar financiamiento para los proyectos de *eSalud*. De hecho, la OPS, conjuntamente con los Estados Miembros y otras organizaciones, ya tenía en marcha tres proyectos muy importantes, todos los cuales habían logrado un financiamiento considerable.

128. La Directora destacó la importancia de utilizar la tecnología para abordar la asignatura pendiente de las enfermedades infecciosas y las brechas, disparidades e inequidades en el acceso a los servicios y recursos de salud de la Región. Señaló que la

estrategia y el plan de acción también apoyaría y aumentaría los esfuerzos para mejorar las estadísticas vitales y de salud y reducir la fragmentación de los sistemas de información sanitaria.

129. El Comité aprobó la resolución CE148.R4, en la que recomendaba que el Consejo Directivo apoyara la estrategia y aprobara el plan de acción.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE148/18 y Add. I)

130. La señora Linda Kintzios (Tesorera y asesora principal, Servicios y Sistemas Financieros, OSP), hizo notar que si bien en el documento CE148/18, Add. I se presentaba información sobre la recaudación de las cuotas hasta el 13 de junio del 2011, desde esa fecha la Organización había recibido otros pagos, a saber: \$16.844 de Costa Rica, \$191.992 de la República Dominicana y \$257.299 de México. La recaudación combinada de contribuciones atrasadas y del año en curso desde la sesión de apertura del Comité sumaba \$54,7 millones, en comparación con \$49,3 millones en el 2010 y \$38,0 millones en el 2009. Veintiún Estados Miembros habían efectuado pagos de sus compromisos de contribuciones en el 2011, y once habían pagado la totalidad. La recaudación de contribuciones del año en curso ascendía a \$31,0 millones, o sea 32% de la suma total adeudada para el 2011.

131. Actualmente, sólo un Estado Miembro tenía un plan de pagos diferidos y estaba cumpliendo a cabalidad los términos de ese plan. Dos Estados Miembros estaban potencialmente sometidos a las restricciones al voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. La Oficina había alentado a esos Estados Miembros a que adoptaran las medidas necesarias para conservar su derecho de voto en el 51.º Consejo Directivo.

132. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE148.R1, en la que se agradece a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos para el 2011 y se insta a los otros Estados Miembros a que paguen sus contribuciones pendientes cuanto antes.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE148/19)

133. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) presentó el informe, señalando que comprendía tres secciones: los párrafos 1 a 14, sobre antecedentes del tema, recursos, rutinas de planificación y coordinación con otros recursos de garantía institucional; los párrafos 15 a 33, sobre resultados y recomendaciones de las asignaciones individuales de supervisión y el seguimiento por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) de esas

recomendaciones; y los párrafos 34 y 35, sobre la opinión general de IES acerca del ambiente de control interno.

134. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe sobre el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, cuyas operaciones se consideraban muy importantes para el funcionamiento de la OPS, y se instó a la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) a que prestara mucha atención a las recomendaciones de la IES. En el ámbito de las auditorías temáticas, las recomendaciones formuladas acerca de los informes de fin de servicio se consideraron bien fundadas, pero se comentó que quizá debería darse mayor difusión a esos informes. Se alentó a la OSP a que tomara las medidas necesarias para lograr que los informes fueran verdaderamente integrales y útiles.

135. Se expresó inquietud acerca de la naturaleza fragmentaria de la función de gestión de riesgos en la OSP y el lento desarrollo de un marco formal de gestión de riesgos, especialmente en algunas de las oficinas en los países. Se indicó que debería prestarse mayor atención al mejoramiento de la manera como se usaban las cartas de acuerdo en dichas, dadas las inquietudes expresadas por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007. También debían redoblar los esfuerzos para poner en práctica las recomendaciones de la IES sobre el mejoramiento de la incorporación de las prioridades transversales como género, grupo étnico y derechos humanos en los planes de trabajo bienales.

136. El señor O'Regan agradeció al Comité sus expresiones de apoyo y tomó nota de sus observaciones relativas a ciertas esferas de interés especial. Con respecto a los informes de fin de servicio, observó que por lo general se distribuían solo a un círculo pequeño de funcionarios, entre ellos quienes habían colaborado más de cerca con el funcionario saliente y su sucesor, pero examinaría la factibilidad de hacer circular estos informes más ampliamente.

137. Con respecto al establecimiento de una gestión de riesgos institucionales a nivel de toda la Organización, señaló que el concepto se había arraigado muy lentamente en el sistema de las Naciones Unidas en conjunto. Otros factores que obstaculizaban el progreso dentro de la OSP habían sido los cambios de personal, por ejemplo en el caso del Director de Administración, y la dificultad de conseguir personas que colaboraran en la identificación de los riesgos de una manera sistemática.

138. La Directora dijo que se había establecido un marco para la gestión de riesgos bajo la coordinación del Director de Administración y que se preveía un progreso significativo en el establecimiento de una función rigurosa e integral de gestión de riesgos en el resto del 2011 y en el 2012. Con respecto a los informes de fin del servicio, señaló que, conjuntamente con la OMS, la OPS estaba involucrada en un proyecto encaminado a preservar la memoria institucional y a crear un sistema computadorizado para recabar y difundir esa información. Además, la Organización tenía un procedimiento organizado de

transferencia, que aseguraba que el trabajo realizado y el conocimiento acumulado por el funcionario de nivel gerencial que dejaba la Organización se transmitiera formalmente a su sucesor.

139. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2010 (*Documento Oficial 340*)

140. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) reseñó la consideración de este tema por el Subcomité de (véanse párrafos 27 a 37 del Informe Final del Subcomité, documento SPBA5/FR).

141. La señora Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros) presentó aspectos destacados del Informe Financiero de la Directora, que revelaban que los recursos financieros totales de la Organización habían seguido aumentando considerablemente y habían alcanzado un total de \$932,6 millones en el 2010, en comparación con los ingresos de dinero en efectivo en el 2009 que fueron de \$731 millones. Las contribuciones recaudadas para el 2010 sumaron \$98,3 millones; los ingresos varios devengados ascendieron a \$5,2 millones. La contribución de la OMS al Presupuesto Ordinario de la OPS había sido de \$39,5 millones en el 2010, que equivalía a la mitad del total de la asignación bienal a la Región de \$79,1 millones. La recaudación de las contribuciones en dinero en efectivo en el 2010 había sumado \$101 millones, de los cuales \$72 millones correspondían al 2010 y \$29 millones a bienios anteriores. Las contribuciones pendientes sumaron \$29,7 millones, el nivel más bajo en 10 años. La Organización había recibido y ejecutado un total de \$200 millones de los fondos en fideicomiso según acuerdos de varios años para los programas de salud pública, entre ellos \$82,8 millones recibidos de los gobiernos para proyectos financiados externamente, \$106,8 millones para proyectos financiados internamente y casi \$10 millones recibidos para la respuesta de emergencia en Chile y Haití.

142. Los gastos habían sumado \$927,3 millones. En materia de adquisiciones, el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas siguió aumentando, con casi \$511 millones gastados en vacunas y jeringas, un aumento de 49% con respecto al 2009. Se habían comprado insumos médicos por un total de \$8,8 millones mediante el mecanismo de Compras Reembolsables, y otros \$21,7 millones por conducto del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. Agregó que los detalles acerca de las otras categorías del gasto podían encontrarse en la sección 15 de las notas a los Estados Financieros del Informe Financiero. El excedente neto de los ingresos sobre los gastos era de \$5,3 millones.

143. La señora Helen Freetenby (Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) resumió el informe del Auditor Externo y señaló que la auditoría no había revelado debilidades ni errores. En consecuencia, se había emitido un

dictamen de auditoría sin reservas acerca de las cuentas. Al señalar a la atención del Comité las 12 recomendaciones que figuran en el informe, destacó cuatro temas. En primer lugar, felicitó a la OPS por su aplicación eficaz de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) y por sus respuestas a las recomendaciones anteriores del Auditor Externo en ese sentido. Comentó, sin embargo, que, a pesar de la buena planificación general, algunos aspectos de la adopción de las IPSAS se habían retrasado y en consecuencia el plazo previsto para efectuar la auditoría había sido muy ajustado. Los retrasos habían surgido en especial con respecto a los procedimientos de cierre del ejercicio en las oficinas en los países, donde habría que mejorar tanto la gestión como la supervisión.

144. En segundo lugar, las IPSAS iban a permitir el mejoramiento de la toma de decisiones financieras, a condición de que la OPS tuviera la capacidad de recibir información fidedigna acerca de la forma en que se estaban utilizando los recursos. Para contar con esa capacidad, haría falta mejorar o reemplazar algunos sistemas de información que eran fundamentales para la contabilidad y la gestión financiera. También era crucial que los datos de esos sistemas se mantuvieran actualizados.

145. Su tercer punto se refería a las oficinas en los países. La visita del Auditor Externo a Haití había determinado que la oficina estaba afrontando de manera notable los retos que habían surgido después del terremoto. La Organización debería analizar a cabalidad la respuesta que había dado la oficina de Haití ante la situación con miras a aprovechar las enseñanzas extraídas. Las visitas a otras oficinas en los países habían revelado ciertas inquietudes con respecto a varios proyectos que están ejecutando funcionarios de la OPS; aparentemente, algunos de esos proyectos no se encuentran dentro del alcance usual de las actividades de la Organización. Además, los contratos de compras para algunos proyectos no parecían haberse otorgado mediante licitación.

146. En el cuarto punto, gobernanza, la oradora puso de relieve la necesidad de contar con un marco bien establecido para la gestión de los riesgos. Al mencionar el progreso logrado, alentó a la Organización a que continúe las iniciativas en ese sentido y a los Estados Miembros a que las apoyen.

147. El Comité Ejecutivo recibió con agrado la información sobre la situación financiera sólida de la Organización y la constatación de que, una vez más, el dictamen de auditoría se había formulado sin reservas. El Comité también felicitó a la señora Frahler y a su equipo por la preparación de los estados financieros verificados por el Auditor Externo, que eran plenamente compatibles con las IPSAS. La alta calidad de las cuentas de la Organización, así como la mayor transparencia aportada por las IPSAS, se consideraban de particular importancia teniendo en cuenta el crecimiento continuo de los recursos administrados por la Organización.

148. El Comité alentó a la Oficina a que preste mucha atención a los temas planteados por el Auditor Externo y a sus 12 recomendaciones. Se mencionaron en particular las

relativas a la actualización frecuente de los datos de proyectos a fin de que la información para la gestión esté actualizada, y a la adopción de un método para sufragar las obligaciones no financiadas relativas a las prestaciones del personal. En vista de la inquietud expresada acerca de proyectos inapropiados, el Comité indicó que era necesario aplicar reglas más estrictas para dejar claro a todos los Estados Miembros, que según el Reglamento Financiero, todo proyecto emprendido tenía que estar acorde con el mandato y el alcance de la labor de la OPS. Se recalcó que todas las actividades de compras de la OPS debían hacerse mediante licitación.

149. La señora Frahler aseguró al Comité que la Oficina reconocía la importancia de las recomendaciones del Auditor Externo y haría el seguimiento pertinente. Estuvo de acuerdo en que el sistema financiero computadorizado actual distaba mucho de ser óptimo. La Oficina había decidido adaptarlo a las IPSAS por medio de improvisaciones para no retrasar la adopción de esas normas, pero había llegado el momento de reemplazar el sistema. La Oficina había tomado nota de las ideas expresadas acerca de la necesidad de adoptar controles financieros mejorados en un entorno descentralizado, y de velar por que los proyectos en las oficinas en los países estuvieran dentro del mandato de la OPS.

150. La Directora dijo que la Organización podía estar orgullosa de los logros del 2010. La OPS había sido pionera en la adopción de las IPSAS, lo que había generado tanto retos como beneficios. Ahora estaba asesorando sobre las IPSAS a otros organismos de las Naciones Unidas. Aunque la OPS era un organismo relativamente pequeño, estaba sujeta a verificación por seis entidades de auditoría diferentes, tanto internas como externas. Por lo tanto, los Estados Miembros y sus socios para el desarrollo podían tener la seguridad de que se estaban aplicando controles estrictos y de que se mantenían la transparencia y la rendición de cuentas.

151. El Comité tomó nota de los informes.

Informe del Comité de Auditoría (documento CE148/20)

152. La señora Amalia Lo Faso (Presidenta del Comité de Auditoría) recordó los antecedentes que habían llevado al establecimiento del Comité de Auditoría, y describió los temas que este había considerado en su primera y segunda reuniones. De especial importancia eran sus recomendaciones acerca de la adopción de un método estructurado y disciplinado para la gestión de los riesgos, que permitiría identificar y gestionar mejor los riesgos que podrían impedir que la OPS alcanzara sus objetivos.

153. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el establecimiento del Comité de Auditoría y su informe. Expresó su agradecimiento por las recomendaciones, especialmente las relativas a la gestión de los riesgos y al proceso de selección del Auditor Externo. Debido a que ahora la OPS disponía de un conjunto integral de entidades de auditoría, se propuso preparar un documento para explicar el mandato de cada una de ellas. Se solicitó más información acerca de los criterios adoptados para elegir a los países visitados por el

Comité de Auditoría y de las conclusiones de este luego de sus visitas. También se comentó que en los futuros informes del Comité de Auditoría podría dedicarse una sección al seguimiento que se había dado a sus diversas recomendaciones.

154. La señora Lo Faso explicó que las visitas sobre el terreno habían tenido una duración de apenas unas horas y que su finalidad había sido que los miembros del Comité de Auditoría comprendieran mejor el trabajo que hace la Organización en los países. Las recomendaciones de esas visitas guardaban relación con ciertos problemas de recursos humanos y sueldos, y también con la ejecución de las recomendaciones tanto por el Auditor Externo como por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación. El Comité de Auditoría había determinado que en algunos países no se estaban poniendo en práctica las recomendaciones y, por ende, era necesario que la Oficina Sanitaria Panamericana hiciera un seguimiento más cercano. El Comité de Auditoría estaba haciendo el seguimiento de la aplicación de sus propias recomendaciones, pero la decisión de si debía o no elaborarse un documento para informar sobre el avance era una decisión de la gerencia de la Oficina Sanitaria Panamericana.

155. La Directora estuvo de acuerdo en que sería útil preparar un documento aclaratorio sobre la función y las atribuciones de las diversas entidades de auditoría, que quizá incluyera también al Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos y al Mediador. Por otra parte, había que contar con un sistema más claro y más fácil de usar para registrar y vigilar la aplicación de las recomendaciones formuladas por las diversas entidades.

156. Con respecto a las preguntas de cómo se seleccionaban los temas y lugares que se iban a examinar, explicó que en el caso del Comité de Auditoría, que acababa de empezar a funcionar, la intención era que sus miembros se familiarizaran con el trabajo de la Organización. Por lo tanto, los lugares se habían seleccionado por sus ventajas en cuanto a viajes, costos y otros asuntos prácticos similares. Los lugares futuros se planificarían luego de un acuerdo entre las entidades de auditoría interna y externa y la OMS y, en general, sobre la base de los criterios de riesgos.

157. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE148/21)

158. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó acerca de la consideración de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 57 a 69 del informe final del Subcomité, documento SPBA5/FR).

159. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión de Presupuesto por Programas, OSP) presentó el informe y señaló a la atención dos aclaraciones que se habían agregado a solicitud del Subcomité. La primera se encontraba en el cuadro 2, Resumen de la ejecución

de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial, en cuya columna de “Observaciones” se presentaba información resumida sobre el estado actual de los proyectos. La segunda se refería a la inclusión de una nueva propuesta de proyecto, el 3.D, modernización del sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana, que vendría a ser la continuación del proyecto 3.A, que se había concluido. En respuesta a una pregunta, explicó que el proyecto 3.D no figuraba en el cuadro 2 mencionado porque apenas era una propuesta; en el resumen se incluían solamente los proyectos que habían estado en curso hasta el 31 de diciembre del 2010. Recordó que el Consejo Directivo había autorizado un gasto de la Cuenta Especial para el proyecto 3.D de hasta \$10 millones, y agregó que una vez que el proyecto pasara al cuadro 2, Resumen de la ejecución, el total de la columna “Monto autorizado de la Cuenta Especial” sería de \$25.290 millones (es decir, la cantidad total colocada originalmente en la cuenta), de la cual se restarían todas las cantidades de la columna “Presupuesto ejecutado”.

160. El Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento por la inclusión de la información complementaria solicitada por el Subcomité, con lo cual el informe era mucho más claro. También elogió el progreso logrado, señalando que tres proyectos ya se habían terminado y tres más debían estar listos para fines del 2011. El Comité también recibió con beneplácito la inclusión del proyecto 3.D entre los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial. Se pidió información acerca del destino del saldo de \$138.200 restante después de la conclusión del proyecto 3.A.

161. El señor Tim Brown (Asesor, Sistema de Gestión Institucional) explicó que parte de los fondos sobrantes del proyecto 3.A se estaban utilizando para un estudio relacionado con las adquisiciones para la próxima fase del proyecto del sistema de información gerencial. Una vez finalizado ese estudio, el saldo (calculado en alrededor de \$50.000) se devolvería a la Cuenta Especial.

162. La Directora agregó que la Oficina velaría por que la información presentada acerca de los proyectos de la Cuenta Especial se actualizara antes de cada reunión de los Cuerpos Directivos para que las cifras presentadas reflejaran con exactitud la situación en ese momento.

163. El Comité tomó nota del informe.

Asuntos de personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE148/22, Rev. 1)

164. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó acerca de la consideración de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 70 a 76 del informe final del Subcomité, documento SPBA5/FR); observó que el Subcomité había expresado su apoyo a los cambios propuestos del

Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP y había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara la resolución que figura en el documento CE148/22, Rev. 1.

165. La señora Nancy Machado (Asesora de Recursos Humanos, OSP) agregó que había habido un cambio desde la sesión del Subcomité, resultante de un examen integral del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos ordenado por la Directora. Se había modificado el artículo 1230 del Reglamento del Personal para establecer un presidente externo de la Junta de Apelación, suspender el apoyo de un secretario de tiempo completo para la Junta y reducir el número de sus miembros de 24 a 16. El párrafo 1230.8 se modificó para estipular que la Organización deberá establecer un reglamento interno que la Junta de Apelaciones seguirá en la tramitación de las apelaciones.

166. El Comité aprobó la resolución CE148.R12, que ratificaba las modificaciones del Reglamento del Personal, fijaba los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector con efecto desde el 1 de enero del 2011 y recomendaba al Consejo Directivo que estableciera el sueldo anual bruto del Director en \$204.391, también con efecto a partir del 1 de enero del 2011.

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE148/23)

167. La señora Pilar Vidal (Presidenta de la Asociación de Personal de la OPS/OMS) destacó los asuntos que la Asociación de Personal deseaba llevar a la atención del Comité, recalcando en particular que si bien el personal tenía ciertas inquietudes en cuanto a las políticas de contratación, administración del sistema de justicia, repercusiones posibles de la reforma de la contratación en la OMS sobre los funcionarios de la OPS y los cambios propuestos en la Junta de Apelación, ellos seguían siendo funcionarios públicos internacionales comprometidos a alcanzar las metas de la Organización para beneficio de los Estados Miembros.

168. Según se indicaba en el informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, numerosos funcionarios se jubilarían en los próximos dos años. Esa situación indudablemente iba a aumentar la carga de trabajo sobre el resto de los funcionarios y también planteaba un reto en cuanto a la preservación de la memoria institucional y los conocimientos de la Organización; no obstante, brindaría al mismo tiempo una oportunidad histórica para establecer una política de recursos humanos a mediano plazo, más participativa, que ofreciera al personal mejores perspectivas profesionales basadas en los méritos y limitaría la contratación excesiva de jubilados.

169. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el informe de la Asociación de Personal y reconoció que eran sus funcionarios los que hacían realmente el trabajo de la Organización; por consiguiente, debían participar plenamente en los procesos de planificación y supervisión. El Comité también expresó su agradecimiento por el aumento de la productividad del personal.

170. La señora Vidal afirmó que el personal consideraba su trabajo como una alianza con los Estados Miembros y la administración de la Oficina.

171. La Directora también reconoció el compromiso y los conocimientos técnicos del personal, cuya mayor productividad reflejaba su dedicación a la labor de la Oficina. Agregó una nota especial de reconocimiento para la presidenta y los miembros de la Asociación de Personal, quienes dedicaban su tiempo voluntariamente a trabajar para el bien de sus colegas.

172. El Comité tomó nota de la intervención.

Asuntos de información general

Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS (documentos CE148/INF/1 y CE148/INF/1, Add. I)

173. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el debate de este tema en el Subcomité, destacando en particular sus observaciones con respecto a la reforma de la OMS (véanse los párrafos 77 a 87 del informe final del Subcomité, documento SPBA5/FR).

174. La señora Gloria Wiseman (Canadá), en su calidad de representante de un Estado Miembro facultado para designar a una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo de la OMS, recordó que el Consejo había analizado la necesidad de que el presupuesto de la OMS correspondiente al bienio 2012-2013 fuese más realista y había pedido a la Secretaría que revisara su proyecto de presupuesto original, que se había considerado sumamente ambicioso. Durante la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del 2011, los Estados Miembros habían aprobado el proyecto modificado, que se había reducido de \$4.800 millones a \$3.950 millones. El proyecto había contemplado el crecimiento nominal cero en las contribuciones de los Estados Miembros que, por consiguiente, seguirían siendo iguales a las del bienio en curso y aportarían 24% del financiamiento del presupuesto. El 76% restante tendría que provenir de las contribuciones voluntarias. El Consejo había reconocido las dificultades que se habían planteado a la OMS por haber asignado las contribuciones voluntarias a fines especiales y por la falta de financiamiento flexible y predecible.

175. El Consejo también había destacado la necesidad de abordar los temas del presupuesto en el marco de la reforma de la OMS. Los representantes de la Región de las Américas habían señalado que esta recibía la proporción más pequeña del presupuesto de la OMS y, por otro lado, que en repetidas ocasiones no había recibido el total de su asignación de contribuciones voluntarias de la OMS. El Delegado de Panamá había hecho una declaración en nombre de los países de las Américas durante la Asamblea Mundial de la Salud, en la que exhortaba a la OMS a ejercer la equidad y la justicia en la distribución de los recursos entre las regiones y a velar por la transparencia en el proceso de

presupuestación general. Se había acordado que en la iniciativa de reforma de la OMS se incluiría un examen de los mecanismos de asignación presupuestaria.

176. En el debate que siguió, se señaló que la asignación de la Región en el ejercicio 2012-2013 seguiría siendo igual a la del bienio en curso y se apoyó la declaración del Delegado de Panamá en nombre de la Región.

177. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) expresó su agradecimiento por el apoyo de los Estados Miembros de la Región en el transcurso de la Asamblea de la Salud.

178. El Comité tomó nota del informe.

Actualización sobre la Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE148/INF/2)

179. El señor Tim Brown (Asesor, Sistema de Gestión Institucional, OSP) explicó que el proyecto de modernización se encontraba en una de fase anterior a la ejecución en la cual se iba a seleccionar el software apropiado; luego, el proyecto se ejecutaría en dos fases, con una duración de un año cada una. Por lo tanto, la fecha general de finalización del proyecto sería a mediados del 2014. Las unidades pertinentes estaban creando una base sólida para la ejecución por tratarse de un proyecto muy complejo. Esto incluía decisiones de dotación de personal, definición pormenorizada del alcance del proyecto y otros detalles. La Oficina estaba tramitando la contratación de los servicios de un consultor independiente cuya función sería velar por que la Organización identificara todos los productos de software que podrían ser apropiados para sus necesidades y lograra los mejores términos posibles en el contrato con el proveedor que se seleccionara finalmente.

180. Aunque había resultado evidente que los productos utilizados por otros organismos de las Naciones Unidas no serían adecuados para la función de planificación por programas de la OPS, se había comprobado que había opciones comerciales viables. Por consiguiente, la Oficina no tendría que elaborar el software funcional internamente. Su departamento estaba considerando además cómo se mediría el éxito del proyecto, es decir, cuánto estaba contribuyendo el sistema modernizado a la misión y las metas estratégicas de la Organización.

181. El Comité Ejecutivo recibió con agrado la actualización sobre el progreso alcanzado hasta el momento. Se señaló que valdría la pena considerar la experiencia de la OMS cuando llevó a la práctica su Sistema Mundial de Gestión y los retos enormes que había tenido que superar, porque podría ser útil para la OPS. Una delegada preguntó si los cálculos originales de los costos del proyecto seguían vigentes.

182. El señor Brown recordó que la cifra presentada al Consejo Directivo había sido de \$20,3 millones y agregó que no tenía ninguna información que indicara que el costo sería

superior a esa cantidad. Aunque algunos productos del nivel superior, como el Oracle, eran muy costosos, había productos de nivel intermedio más asequibles que parecían promisorios, como por ejemplo el que utiliza la Organización de Aviación Civil Internacional.

183. La Directora observó que gracias a que el proyecto se había formalizado bajo la Cuenta Especial (véanse párrafos los párrafos precedentes 154 a 159), se había asegurado una parte considerable del financiamiento.

184. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información suministrada.

Informe sobre los preparativos para el panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva (documento CE148/INF/3)

185. La doctora Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) describió los objetivos y el programa propuesto del panel de discusión sobre maternidad segura y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que se celebrará durante el 51.º Consejo Directivo.

186. El Comité formuló varias propuestas con respecto a los temas que debían abordarse en el panel de discusión. Uno de ellos fue el del aborto terapéutico, las ideas erróneas y los sesgos relacionados con este tema que quizá obstaculizaban las intervenciones médicas que podrían salvar muchas vidas. Otro fue la necesidad de establecer indicadores más flexibles sobre salud sexual y reproductiva que revelen las disparidades e inequidades. Se señaló que los indicadores que se estaban utilizando para medir el progreso hacia la meta de mortalidad materna del Objetivo de Desarrollo del Milenio eran promedios nacionales, que ocultaban las disparidades al nivel subnacional; por consiguiente, era posible que algunos países cumplieran la meta mediante la reducción de las defunciones maternas en algunos grupos o zonas geográficas, pero la razón de mortalidad materna podría permanecer inadmisiblemente alta y quizá hasta aumentaría en otros grupos o zonas. También se señaló que era difícil lograr mayores reducciones en los lugares donde la mortalidad materna ya era relativamente baja y que, sin indicadores más flexibles, algunos países quizá no lograrían cumplir la meta de los ODM, aunque hubieran tenido éxito en la reducción de las tasas de mortalidad materna.

187. La doctora Tambini estuvo de acuerdo en que la mesa redonda brindaría una oportunidad valiosa de analizar varios temas relativos a la maternidad segura y la salud sexual y reproductiva, en especial el del aborto en condiciones de riesgo, que sería una de las presentaciones del panel. Con respecto a los indicadores, señaló que la segunda recomendación de la Comisión sobre la Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño exigía a los países que empezaran a vigilar 11 indicadores comunes en materia de salud reproductiva y salud de la madre y del niño que se desglosaban por género y otras consideraciones de equidad. La OPS había establecido un equipo que incluía a funcionarios de diversas áreas técnicas a fin de formular un plan de trabajo y apoyar a los

países en la puesta en práctica de las recomendaciones de la Comisión. La Organización también estaba documentando y difundiendo las mejores prácticas con miras a permitirles a los Estados Miembros mejorar sus planes de acción para la reducción de la mortalidad materna y fortalecer sus servicios de salud sexual y reproductiva.

188. La Directora dijo que se esperaba que el panel aumentaría la toma de conciencia sobre diversos problemas relativos a la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a ellos; entre otros, el acceso a métodos anticonceptivos más modernos, en especial a nivel de la atención primaria de salud. Subrayó la importancia de estandarizar los indicadores en todos los países y los organismos internacionales y reconoció la necesidad de contar con indicadores más flexibles que reflejen a cabalidad la verdadera situación con respecto a la salud y la mortalidad maternas.

189. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CE148/INF/4)

190. La doctora Pilar Ramón Pardo (Asesora, Resistencia a los Antimicrobianos, OSP) informó acerca de los preparativos para el debate de mesa redonda que tendría lugar en ocasión del 51.º Consejo Directivo, cuyo tema sería la resistencia a los antimicrobianos, que también era el tema del Día Mundial de la Salud, 2011. La mesa redonda tendría tres objetivos (indicados en el párrafo 8 del documento CE148/INF/4) e incluiría a una amplia gama de interesados directos. Los participantes se dividirían en tres grupos de discusión que tratarían diversas facetas del problema de la resistencia a los antimicrobianos. El resultado de los debates se resumiría en un informe que se presentaría en la sesión plenaria.

191. El Comité recibió con beneplácito la selección del tema de la resistencia a los antimicrobianos para su consideración en la mesa redonda y propuso varios puntos que debían considerarse en los grupos de discusión, entre otros el suministro actual y futuro de antibióticos; el control de calidad y el uso racional de los antibióticos; el fortalecimiento de los servicios de farmacia de los hospitales y de las redes de laboratorios nacionales; el mejoramiento de la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias; y el mejoramiento de los métodos para recetar medicamentos. Se propuso considerar la posibilidad de elaborar un estudio multicéntrico sobre la resistencia a los antimicrobianos y el uso inapropiado de los antibióticos. También se sugirió que debía invitarse a los representantes de la industria farmacéutica y de los organismos de reglamentación farmacéutica a que participaran en la mesa redonda. Sin embargo, una delegada opinó que la participación de representantes de esa industria en las deliberaciones de un cuerpo intergubernamental no sería apropiada y podría crear conflictos de intereses graves.

192. La Directora señaló que las mesas redondas que se celebraban en ocasión del Consejo Directivo tenían por objeto brindar una oportunidad a los Estados Miembros de

tratar un tema con mayor profundidad de la que sería posible en el transcurso de las sesiones plenarias; por consiguiente, solamente los Estados Miembros podían participar en los debates. Era posible invitar a representantes del sector privado como observadores, pero estos no podían participar como oradores ni ponentes. Sin embargo, los Estados Miembros podían incluir a representantes del sector privado en sus delegaciones si así lo deseaban.

193. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documentos CE148/INF/5-A, B, C, D, E y F)

Inmunización: retos y perspectivas (documento CE148/INF/5-A)

194. La doctora Alba María Roperó (Asesora Regional en materia de Inmunización, OSP) hizo una presentación sobre la Semana de Vacunación en las Américas y los preparativos para la celebración de la Semana Mundial de la Vacunación. Manifestó que la Semana de Vacunación brindaba la oportunidad no solo de vacunar a un gran número de personas en toda la Región, promover la vacunación familiar y fortalecer los programas de vacunación, sino también de impulsar varias iniciativas, como la prestación de otros servicios de salud y el registro de nacimientos en comunidades remotas. Destacó la importancia de la coordinación transfronteriza para el éxito de la Semana de Vacunación en las Américas, que habían emulado cuatro regiones de la OMS: África, el Mediterráneo Oriental, Europa y el Pacífico Occidental. La Región del Asia Sudoriental tenía planes para iniciar su propia semana de vacunación en el 2012; por otro lado, se había previsto presentar una propuesta para celebrar la Semana Mundial de la Vacunación a la próxima reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

195. En el debate que siguió, se encomió el progreso descrito en el documento así como la labor de la OPS para velar por el suministro de vacunas tradicionales y nuevas. Se expresó el apoyo a los cuatro pasos siguientes propuestos en el informe y se mencionaron los vínculos entre esos pasos y las recomendaciones relativas a la inmunización emanadas de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas de la Salud de la Mujer y el Niño.

196. El Comité tomó nota del informe.

Aplicación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (documento CE148/INF/5-B)

197. El doctor James Fitzgerald (Asesor Principal, Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos, OSP) presentó el tema y luego solicitó al Comité que formulara sus comentarios sobre el documento.

198. Varios delegados describieron las actividades que se estaban llevando a cabo en sus países respectivos a fin de promover la estrategia mundial y el plan de acción. Se indicó que quizás los países deberían ampliar la colaboración en esferas como el establecimiento

de normas de calidad de los medicamentos o el uso racional de los medicamentos para evitar los problemas de farmacorresistencia. Algunos delegados propusieron mejoras a la redacción del informe de avance en la mención de las actividades que estaban ejecutando sus países respectivos. Se pidió más información acerca del componente de transferencia de tecnología de la estrategia y el plan de acción.

199. Se expresó inquietud porque algunos fabricantes de medicamentos se negaban a vender sus productos a precios asequibles por conducto de los mecanismos de adquisiciones de la OPS. Aunque se reconocía que la Organización no podía imponer sanciones legales ni económicas contra esas empresas, se dijo que era posible ejercer presiones de carácter ético y moral.

200. El doctor Fitzgerald agradeció los comentarios formulados por los delegados. Estuvo de acuerdo en que quizás sería difícil conseguir precios bajos para los medicamentos más complejos suministrados, en general, por un proveedor único. Como parte de su mandato de cooperación técnica, la OPS colaboraría con los países a fin de determinar si había otras opciones para superar el problema. Un factor importante era la transparencia en materia de precios y la OPS contaba con un procedimiento para que los países intercambiaran esa información. Con el objeto de colaborar en la esfera del uso racional de los medicamentos, la OPS inauguraría en breve la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas (REDE TSA), en Río de Janeiro. Por medio de la Red se podrían hacer evaluaciones comparativas de inocuidad y eficacia, así como de los factores económicos, por lo que sería útil para que las autoridades sanitarias de los países adoptaran decisiones relativas a la compra de medicamentos destinados a sus programas de salud pública.

201. La OPS reconocía que la transferencia tecnológica era un elemento crucial para garantizar el acceso a los medicamentos y las vacunas; por lo tanto, luego de algunas reuniones regionales, se estaba formando una red regional con esa finalidad. Los ámbitos prioritarios para la transferencia tecnológica eran la producción de vacunas antigripales, además de medicamentos y vacunas para combatir las enfermedades desatendidas.

202. La Directora dijo que la Organización colaboraba con los países para mejorar la capacidad de producción de medicamentos y vacunas a nivel nacional. Al mismo tiempo, estaba tratando de encontrar incentivos que motivaran a las empresas a fabricar más medicamentos para las enfermedades desatendidas y a vender sus productos a precios competitivos por conducto de los fondos de adquisiciones de la OPS. Un elemento fundamental era la transparencia en materia de precios y, para lograrla, era crucial que los países intercambiaran información sobre precios. De igual importancia era la coordinación entre los países y los sectores interesados para estandarizar los medicamentos que deseaban incorporar a sus programas de salud pública, con lo cual aumentarían el volumen de las compras y bajarían los precios.

203. El Comité tomó nota del informe.

Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (documento CE148/INF/5-C)

204. La doctora Adriana Blanco (Asesora en materia de Control del Tabaco, OSP) presentó el informe de avance. Observó que aunque un gran número de países había ratificado el Convenio, los que habían aprobado leyes para poner en práctica sus disposiciones seguían siendo pocos y ningún país había promulgado leyes de cumplimiento que abarcaran todo lo estipulado en la Convención.

205. La oradora destacó dos adelantos recientes que no se mencionaron en el informe: Argentina, aunque no es parte en el Convenio, había promulgado recientemente una ley que prohibía el consumo de tabaco en muchos lugares y establecía restricciones a la publicidad; además, en una ley aprobada en el Ecuador que estaba lista para la firma del presidente, se estipulaba un buen número de espacios donde se prohibía fumar, se imponían restricciones a la publicidad y se exigía que los productos de tabaco llevaran advertencias sanitarias con imágenes.

206. También señaló que la industria tabacalera estaba intentando socavar las leyes de control del tabaco en muchos países, tanto antes como después de la sanción legislativa. En el Perú, por ejemplo, estaban surgiendo muchos obstáculos a la aprobación de esas leyes. La industria también estaba efectuando contribuciones financieras en ámbitos que no tenían nada que ver con el tabaco, con miras a lograr apoyo, y estaba fomentando la producción de tabaco en países que hasta ahora no habían sido productores importantes.

207. En la discusión subsiguiente, varios delegados informados de las actividades de control del tabaco en sus países, incluidas ambas experiencias positivas, como nuevas leyes reglamentando consumo de tabaco en lugares públicos y restringiendo publicidad y negativo aquellos, como impugnaciones constitucionales a sus leyes de control del tabaco por la industria tabacalera. Se subrayó la importancia de intercambiar información de control del tabaco entre los países, y se destacó el nexo entre el consumo de tabaco y la enfermedad crónica. Se sugirió que ese enlace también debe levantarse en la próxima reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles.

208. Se consideraba que las actividades contra el tabaquismo debían incorporar, en mayor grado que en el pasado, una perspectiva de género, un enfoque de derechos humanos y la importancia de proteger la salud en el lugar de trabajo. Con respecto al aspecto del género, se subrayó la necesidad de fomentar la investigación sobre los factores que llevaban a las mujeres a fumar.

209. La doctora Blanco agradeció al Comité Ejecutivo sus observaciones y recomendaciones, en particular las relativas a la asociación entre el tabaquismo y la enfermedad crónica.

210. La Directora instó a los países que todavía no habían ratificado el Convenio Marco a que lo hicieran, y señaló que la Región de las Américas era la región de la OMS que tenía la proporción más baja de ratificaciones. La Oficina estaba dispuesta a apoyar a las autoridades sanitarias que quisieran lograr la ratificación. Además, estaba segura de que los países de la Región que ya la habían logrado también ofrecerían apoyo, asesoramiento y estímulo.

211. El Comité tomó nota del informe.

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (documento CE148/INF/5-D)

212. El doctor Sylvain Aldighieri (Asesor Principal, RSI, Alerta y Respuesta y Enfermedades Epidémicas, OSP) puso de relieve cuatro puntos del informe: la ejecución de planes nacionales de acción de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) a los diversos niveles de la administración nacional; la posibilidad de que la fecha límite para la preparación de los planes nacionales de acción pudiera prorrogarse más allá de junio del 2012; el informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se había presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2011; y el fortalecimiento de los sistemas regionales y mundiales de alerta y respuesta.

213. El Comité Ejecutivo manifestó que, de acuerdo con el informe, las capacidades básicas necesarias no estarían funcionando en todo el mundo para la fecha límite del 2012, por lo que instó a los países de la Región a que aceleren sus esfuerzos en ese sentido. Se consideraba fundamental que todos los coordinadores nacionales contaran con la autoridad y los recursos necesarios.

214. Los países expresaron su agradecimiento por el apoyo que prestaba la OSP para llevar a la práctica el RSI, en particular en materia de formación de capacidades básicas. Se señaló que si bien no cabía duda de que la vigilancia y la respuesta eran importantes, era necesario promover además otras capacidades básicas, entre ellas la de aplicar medidas de salud pública con respecto a puntos de entrada, modalidades de transporte internacional, pasajeros, carga y correo, y vectores. También quedaba mucho por hacer para crear mecanismos eficaces de comprobación del cumplimiento del RSI. Se pidió información acerca de cuántos países de la Región habían establecido sus capacidades básicas hasta el momento.

215. Se mencionó que el informe debería haber incluido información acerca de las reuniones que la OPS había celebrado con los países del Mercado Común del Sur

(MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), en las que los países de la subregión habían presentado iniciativas para mejorar el instrumento de presentación de informes propuesto por la OMS. Un delegado recordó el compromiso de la OPS de ayudar a la transferencia de los datos entre el instrumento de la OMS y el del MERCOSUR.

216. El doctor Aldighieri dijo que el fortalecimiento de los coordinadores nacionales era una de las actividades más importantes de la cooperación técnica directa prestada por la Organización a los países. Con esa finalidad, se había establecido un sistema de residencia y por un período de unas tres semanas los profesionales de la coordinación nacional de un país participaban en el trabajo del grupo de alerta y respuesta en la sede de la OPS. Un número considerable de países de la Región ya había participado en el programa. Al mismo tiempo, la OPS estaba tratando de fortalecer todas sus oficinas en los países para lograr un diálogo constante entre estas y el coordinador nacional, con lo cual podrían emprender una evaluación conjunta de los riesgos. Con respecto al fortalecimiento de la vigilancia en los puntos de entrada, informó que la OPS estaba recibiendo apoyo decidido del Gobierno de España, que había designado a un experto en la materia para responder a las inquietudes de los países. De conformidad con ese acuerdo, la OPS había organizado varias actividades de capacitación.

217. Explicó que la falta de referencia a la reunión importante de MERCOSUR y UNASUR se debía solamente a la fecha límite fijada para la preparación del informe de avance; pero esa omisión se corregiría en una versión revisada del informe. Con respecto a la pregunta sobre la situación de avance en la aplicación del RSI, observó que a los países se les exigía que informaran anualmente sobre su nivel de avance, y hasta tanto no se recibieran esos informes, no se sabría cuántos países iban a tener las capacidades básicas en pleno funcionamiento en junio del 2012. Entretanto, la Secretaría del RSI estaba adoptando medidas para que los países pudieran solicitar una prórroga de la fecha límite.

218. El Comité tomó nota del informe.

Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas (documento CE148/INF/5-E)

219. La doctora Sofía Leticia Morales (Asesora Principal para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, OSP) presentó el informe sobre los progresos realizados y señaló a la atención las cinco líneas estratégicas de acción propuestas en el párrafo 83 del documento, que tenían como finalidad conseguir que todos los países de la Región cumplieran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015.

220. Varios miembros del Comité informaron acerca del avance de sus países hacia el logro de los Objetivos; todos señalaron las disparidades en el avance a nivel subnacional y subrayaron la necesidad de centrarse en las zonas y comunidades subatendidas y en condiciones de vulnerabilidad y de adaptar las actividades relativas a los ODM a las características de esas comunidades. Se subrayó la importancia de considerar los factores

culturales, sociales, económicos, geográficos y de otro tipo que incidían en las condiciones de salud, así como de fortalecer los sistemas y servicios de salud, especialmente a nivel de la atención primaria. Los miembros del Comité también pusieron de relieve la necesidad de mejorar las estadísticas vitales y los sistemas de información sanitaria para seguir avanzando en el cumplimiento de los ODM y determinar las zonas y las poblaciones que requerían mayor atención. Se alentó a la Oficina Sanitaria Panamericana a que siga asignando prioridad a la cooperación técnica encaminada a apoyar a los Estados Miembros para el cumplimiento de las metas en el 2015.

221. El doctor José Antonio Escamilla (Asesor, Información Sanitaria y Análisis, OSP) afirmó el compromiso de la Oficina de seguir ayudando a los Estados Miembros a fortalecer sus sistemas de estadísticas sanitarias y sus capacidades de análisis de información y de poner a su alcance todas las herramientas y métodos informáticos que la OPS había elaborado con el transcurso de los años.

222. La doctora Morales reconoció la necesidad de asignar prioridad a las comunidades vulnerables y de orientar las actividades hacia el cumplimiento de los ODM por esas comunidades. La Oficina seguiría apoyando a los países para que determinen cuáles son esas comunidades, salven las brechas en materia de salud y eliminen las inequidades.

223. El Comité tomó nota del informe.

Situación de los Centros Panamericanos (documento CE148/INF/5-F)

224. El doctor Carlos Samayoa (Asesor Principal, Desarrollo Institucional, OSP), presentó el informe de avance y señaló que el objetivo del examen periódico de los centros panamericanos era conseguir que, en un entorno político, económico, técnico y epidemiológico en constante cambio, los centros siguieran siendo un medio eficiente y eficaz para la prestación de la cooperación técnica a los Estados Miembros. Recordó que en los 60 años precedentes la OPS había creado o administrado 13 centros panamericanos; de ellos, seis se habían cerrado o habían pasado a ser entidades autónomas o semiautónomas bajo la responsabilidad de un gobierno o grupo de gobiernos. El ejemplo más reciente era el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), cuya administración había pasado al Consejo Directivo del Instituto en el 2009.⁸

225. En el debate que siguió, el delegado del Perú reafirmó el apoyo constante de su país al Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS), antiguo Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), ubicado en el Perú. De conformidad con el nuevo acuerdo firmado por el gobierno de este país y la OPS en septiembre del 2010, el ETRAS seguiría realizando el trabajo del CEPIS, pero sería un mecanismo más ágil y sostenible para la prestación de cooperación técnica en la esfera del

⁸ Véanse el [documento CD49/18](#) y la [resolución CD49.R16](#).

saneamiento ambiental. Hizo notar que en vista de que el 51.º Consejo Directivo iba a elegir a dos miembros para formar parte del Comité Consultivo del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), a su gobierno le complacería formar parte de ese organismo, por conducto de su ministerio de salud, y consideraba que podría hacer una contribución útil a la labor de BIREME, ya que el ministerio estaba coordinando la red de Institutos Nacionales de Salud de UNASUR y había desempeñado una función importante en la coordinación de las actividades de esas instituciones relativas a la investigación sanitaria y la información en ciencias de la salud.

226. El Presidente, en su calidad de representante de la subregión del Caribe, dijo que los países del Caribe seguían dependiendo en gran medida del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) para el apoyo de laboratorio y de otro tipo e instaba a la OPS a seguir participando en las funciones de administración y supervisión de esas dos instituciones.

227. El doctor Samayoa observó que, tal como había manifestado la Directora en la presentación del proyecto de programa y presupuesto 2012-2013 (véase el párrafo 52), los exámenes periódicos de los centros panamericanos eran una manera de controlar costos y velar por la calidad de los servicios que prestaban.

228. La Directora dijo que la Oficina estaba colaborando ampliamente con el CAREC, el CFNI y la Comunidad del Caribe (CARICOM) para contribuir al avance del Organismo Caribeño de Salud Pública (CARPHA) y estaba comprometida a conseguir que no se interrumpieran los servicios que prestaban actualmente los dos centros panamericanos.

229. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros (documento CE148/INF/6-A, B y C)

Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) (documento CE148/INF/6-A)

230. La señora Ana María Sánchez (Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 38 a 47 del informe final del Subcomité, documento SPBA5/FR).

231. La señora Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros), presentó el informe final sobre los progresos realizados en cuanto a las IPSAS e hizo un recuento de los antecedentes de la adopción de dichas normas en la OPS, que había culminado exitosamente el 1 de enero del 2010. Señaló que dos fases particularmente difíciles habían sido la aplicación de improvisaciones para que el sistema de información financiera de la Organización funcionara con las nuevas normas, y la determinación del valor del activo de toda la Organización a la fecha de la puesta en práctica de las IPSAS.

232. El Comité Ejecutivo felicitó a la OPS por su adopción exitosa y oportuna de las IPSAS, y reconoció la importancia de esta transición para la OPS y todo el sistema de las Naciones Unidas; además, recibió con agrado la información financiera que no había sido posible suministrar en el pasado. Se observó el nivel elevado de las obligaciones no financiadas para las prestaciones del personal, y se pidió a la Oficina informar periódicamente al Comité de las medidas relacionadas con el financiamiento de esa obligación. Se propuso que se solicitara la opinión de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación acerca de cuál de las opciones de financiamiento propuestas en el párrafo 16 del informe sería la más apropiada y tendría un mínimo de repercusiones sobre las actividades de cooperación técnica de la Organización. Se pidió información acerca de la repercusión que habían tenido los nuevos plazos para el reconocimiento de los ingresos y los gastos en la preparación de los informes financieros.

233. La señora Frahler dijo que si bien la adopción de las IPSAS había finalizado, haría falta seguir trabajando a medida que se emitieran normas nuevas. Agradeció la propuesta de consultar con la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación acerca del asunto de los pasivos no financiados. En cuanto a la preparación de los informes financieros, uno de los cambios más difíciles en comparación con el método de contabilidad anterior había sido diferenciar las “transacciones con contraprestación” (como por ejemplo la recaudación de fondos de las actividades de compras, en las que había una correlación directa entre la suma de dinero que recibía la Organización y la cantidad de suministros que supuestamente tenía que comprar) y las “transacciones sin contraprestación”, como la recaudación de las contribuciones señaladas, en las que no había ese tipo de correlación numérica.

234. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Actualización sobre el nombramiento del auditor externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015 (documento CE148/INF/6-B)

235. La señora Linda Kintzios (Tesorera, Asesora Principal, Servicios y Sistemas Financieros, OSP) informó que, además de las tres postulaciones para el puesto de Auditor Externo mencionadas en el informe sobre este tema, el Gobierno de Jamaica había presentado la candidatura de PricewaterhouseCoopers, pero esta había llegado después de la fecha límite, por lo que no se había podido considerar. Toda la documentación pertinente se había remitido al Comité de Auditoría y se presentaría al 51.º Consejo Directivo junto con las observaciones de ese Comité. En la sesión del Consejo en septiembre, se invitaría a los representantes de las entidades postuladas a que hicieran una exposición resumida de sus propuestas. El Auditor Externo sería seleccionado por mayoría sencilla determinada por voto secreto.

236. La Directora comentó que los Estados Miembros que habían participado en la presentación de candidaturas y la selección reciente del Auditor Externo de la OMS hicieron recomendaciones o propuestas para mejorar el proceso.

237. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE148/INF/6-C)

238. La señora Ana María Sánchez (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 SPBA5/FR).

239. El señor Edward Harkness (Gerente, Operaciones de Servicios Generales, OSP) expuso un resumen del trabajo que se había llevado a cabo de conformidad con el Plan Maestro de Inversiones de Capital. También hizo una presentación en diapositivas que mostraba algunas obras de renovación y reconstrucción emprendidas, en particular en Haití y Chile, después de los terremotos respectivos. Observó que en algunos países, en lugar de reparar un edificio muy dañado o renovar uno antiguo se había decidido reubicar la oficina en el país en un lugar diferente, que en varios casos había sido un edificio propiedad del gobierno anfitrión que la Organización podía ocupar sin pago de alquileres, lo que representaba un ahorro considerable.

240. Agregó que se había previsto firmar en breve el contrato de construcción del Centro de Operaciones de Emergencia y que había comenzado el trabajo de rehabilitación de los ascensores en el edificio de la Sede. En el caso de la renovación de la Representación de la OPS/OMS en Haití, la Oficina iba a solicitar fondos a la OMS, tal como lo había indicado el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

241. El Comité Ejecutivo recibió con agrado los cambios hechos al informe en respuesta a las observaciones del Subcomité. Se señaló que habría gastos sustanciales en el bienio en curso y que, por lo tanto, el Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información quedaría casi totalmente agotado, lo que iba a ser una dificultad en el futuro. Se pidió aclarar por qué en el anexo A al documento SPBA5/6 los gastos de la Cuenta Especial para los proyectos de bienes inmuebles en el 2010 eran de un monto aproximado de \$3 millones, mientras que en el anexo C-2 al documento CE148/INF/6 figuraba una cantidad inferior a \$600.000.

242. El señor Harkness explicó que en su mayor parte la discrepancia se debía a que la firma de ciertos contratos había pasado del 2010 al 2011.

243. La Directora dijo que era importante señalar que no se habían utilizado otros recursos del presupuesto ordinario para reparar daños causados a edificios de la OPS por desastres naturales como los terremotos en Chile y Haití. El costo de las obras necesarias de reparación y reconstrucción se había sufragado con recursos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital. También se habían recibido fondos de los gobiernos anfitriones.

244. La Oficina estaba haciendo todo lo posible por preservar la infraestructura existente y planificar eficazmente para los gastos futuros de capital, asignando la prioridad a los que se necesitaban con mayor urgencia. Con esa finalidad, por ejemplo, se estaba preparando un plan maestro de inversiones de 10 años para cada una de las entidades de la Organización, lo que incluiría un componente importante de mantenimiento preventivo encaminado a prolongar la vida útil de los edificios y el equipo. Sin embargo, había que reconocer que no había ninguna disposición para reponer el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, excepto la de utilizar para este fin cualquier excedente que ocurriera a final de un bienio. Era posible que se recibiera alguna ayuda del plan de mejoras de la OMS, pero seguiría siendo una inquietud constante debido a que no había ninguna fuente de financiamiento segura para reponer y mantener el Fondo. En su opinión, había llegado el momento de empezar a estudiar cómo se podían garantizar los aportes regulares de capital para el Fondo.

245. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 64.^a Asamblea Mundial de la Salud (documento CE148/INF/7)

246. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas, OSP) presentó el documento acerca de las resoluciones y otras acciones de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud y de la 129.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS, y subrayó en particular las resoluciones sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería (WHA64.7), prevención y control del cólera (WHA64.15), los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (WHA64.12) y los preparativos para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (WHA64.11).

247. La 129.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS había establecido un mecanismo consultivo sobre la reforma de la OMS y había pedido a la Directora General que preparara para fines de julio del 2011 tres documentos de exposición de conceptos acerca de los siguientes temas: gobernanza de la OMS, una evaluación independiente de la OMS y el Foro Mundial de la Salud, según se describe en la resolución WHA64.2.⁹ Se había pedido a los comités regionales que examinaran esas ponencias y el proceso de reforma de la OMS en general antes de la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo que se celebrará en noviembre del 2011. En consecuencia, el asunto de la reforma de la OMS sería tratado por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre.

248. El Comité tomó nota del informe.

⁹ Véase la [decisión EB129\(8\)](#).

Otros asuntos

249. Se proyectó un video que mostraba varios ejemplos de la luminiscencia cosísmica, o luces de un terremoto; entre otros, un terremoto ocurrido en el 2007 cerca de la ciudad de Pisco (Perú). El doctor Óscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud del Perú, explicó que se habían observado luces similares tanto antes como en el curso de otros terremotos; por ende, los científicos tenían esperanzas de que las investigaciones sobre el fenómeno conducirían a la elaboración de un método para predecir terremotos.

250. También se proyectó un video¹⁰ sobre la Semana de Vacunación en las Américas, 2011.

Clausura de la sesión

251. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 148.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

252. Las siguientes son las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 148.^a sesión:

Resoluciones

CE148.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE148/18 y Add. I), incluido un informe sobre el estado del fondo fiduciario denominado *Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios: vigilancia, prevención y atención de enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida; y dirección;*

Observando que dos Estados Miembros presentan atrasos en el pago de las contribuciones señaladas al punto de que podrían estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

¹⁰ Puede verse en: http://www.youtube.com/watch?v=ccPVGyULYwQ&feature=channel_video_title.

Tomando nota que ha habido una reducción importante en los atrasos de las contribuciones señaladas al punto de que no quedan pagos pendientes anteriores al bienio 2008-2009, y

Observando que hay 20 Estados Miembros que no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2011,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas, que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado *Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios: vigilancia, prevención y atención de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida; y Dirección* (documentos CE148/18 y Add. I).
2. Felicitar a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2011 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 51.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 20 de junio del 2011)

CE148.R2: *Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático*

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático* (documento CE148/9),

RESUELVE:

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

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático* (documento CD51/___);

Reconociendo que el cambio climático es una de las amenazas más graves para la salud y que incidirá en el cumplimiento y el mantenimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que el cambio climático plantea una amenaza para la salud pública en la Región de las Américas y que las repercusiones de este cambio las sentirán con mayor intensidad las poblaciones vulnerables que viven en áreas bajas y costeras, en islas pequeñas, en regiones montañosas o con escasez de agua y en las zonas rurales y urbanas pobres;

Observando que la Convención Marco sobre el Cambio Climático de las Naciones Unidas ha reconocido y documentado las repercusiones adversas del cambio climático sobre la salud;

Recordando la “Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional” (documento CD48/16) y su informe final (documento CD48/16, Add. II) y el proyecto de plan regional de acción para proteger la salud de los efectos del cambio climático en la Región de las Américas;

Recordando la resolución WHA61.19 (2008) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el cambio climático y la salud, y el plan de trabajo sobre el cambio climático y la salud de la OMS sometido a la consideración de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2009 (documento A62/11);

Observando que hay una necesidad urgente de que el sector de la salud en la Región de las Américas proteja la salud de las consecuencias del cambio climático,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el plan de acción sobre el cambio climático y salud.

2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que fortalezcan su capacidad para determinar las repercusiones del cambio climático en la salud a los niveles nacional y local, centrándose en las inequidades socioeconómicas, étnicas y por razón de género;
 - b) a que fortalezcan la capacidad de los sistemas de salud de vigilar y analizar la información sobre el clima y la salud para poder ejecutar medidas preventivas oportunas y eficaces;
 - c) a que fortalezcan la capacidad y fomenten la concientización de los líderes de salud pública para proporcionar orientación técnica en la elaboración y aplicación de estrategias para abordar los efectos sobre la salud del cambio climático;
 - d) a que apoyen la elaboración de materiales, métodos y herramientas didácticos para formar capacidad dentro y fuera del sector de la salud con el objeto de abordar las medidas de adaptación y mitigación para hacer frente al cambio climático;
 - e) a que promuevan la participación del sector de la salud con todos los sectores, organismos y asociados clave, tanto nacionales como internacionales, para ejecutar intervenciones que reduzcan los riesgos para la salud, tanto actuales como previstos del cambio climático;
 - f) a que ejecuten gradualmente las actividades propuestas en el plan de acción, a fin de facultar y fortalecer a los sistemas nacionales y locales de salud para que puedan proteger eficazmente la salud humana ante los riesgos relacionados con el cambio climático.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que siga cooperando estrechamente con los Estados Miembros para establecer redes que faciliten la recopilación y la difusión de la información y promuevan los sistemas de investigación y vigilancia relacionados con el clima y la salud;
 - b) que apoye las iniciativas de los países para poner en marcha campañas para concientizar acerca del cambio climático, reducir la huella de carbono del sector de la salud y preparar a los profesionales de la salud para que ejecuten intervenciones eficaces de adaptación;
 - c) que trabaje con los países a fin de movilizar recursos para las actividades encaminadas a reducir los efectos del cambio climático en la salud;

- d) que colabore con los países, los mecanismos de integración subregional, organismos internacionales, redes de expertos, sociedad civil y el sector privado para crear alianzas que promuevan medidas sostenibles desde el punto de vista ambiental que tomen en cuenta el efecto sobre la salud a todos los niveles;
- e) que apoye a los Estados Miembros en la evaluación de la vulnerabilidad de su población al cambio climático y en la formulación de opciones de adaptación basadas en estas evaluaciones;
- f) que ayude a los Estados Miembros en la ejecución del plan de acción, en la elaboración de planes nacionales adaptados a las necesidades locales y en la información de su progreso a este respecto en las reuniones de alto nivel pertinentes, como la Cumbre para la Tierra del 2012.

(Primera reunión, 20 de junio del 2011)

CE148.R3: Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Oficina, *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* (documento CE148/13),

RESUELVE:

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

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EPILEPSIA

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Oficina, *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* (documento CD51/__);

Reconociendo la carga que representa la epilepsia—en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad—en el mundo y en la Región de las Américas en particular, así como la brecha que existe entre el número de personas enfermas y las que no reciben ningún tipo de tratamiento;

Entendiendo que se trata de un problema relevante de salud pública, cuyo abordaje en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación es factible mediante medidas concretas basadas en las pruebas científicas;

Considerando el contexto y fundamento para la acción que nos ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, el Programa de Acción de la OMS (mhGAP) y la Campaña Mundial contra la Epilepsia “Salir de la sombra”;

Observando que en la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* se abordan las áreas de trabajo principales y se definen las líneas de cooperación técnica para responder a las diversas necesidades de los países,

RESUELVE:

1. Respalda lo establecido en la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la epilepsia y su aplicación en el marco de las condiciones especiales de cada país para responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que incluyan a la epilepsia como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de programas nacionales específicos acordes con las condiciones de cada país, a fin de mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existentes;
 - b) a que fortalezcan los marcos legales según corresponda con miras a proteger los derechos humanos de las personas con epilepsia y lograr la aplicación eficaz de las leyes;
 - c) a que fortalezcan el acceso universal y equitativo a la atención médica de todas las personas con epilepsia, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios;
 - d) a que aseguren que se cuente con los cuatro medicamentos antiepilépticos considerados como esenciales para el tratamiento de las personas con epilepsia, especialmente en el nivel primario de atención;

- e) a que promuevan los servicios de neurología como apoyo al trabajo de identificación y manejo de casos en el nivel primario, asegurando una adecuada distribución de los medios auxiliares de diagnóstico necesarios;
- f) a que apoyen la participación eficaz de la comunidad y de las asociaciones de usuarios y de familiares en actividades destinadas a lograr una mejor atención de las personas con epilepsia;
- g) a que consideren el fortalecimiento de los recursos humanos como un componente clave para el mejoramiento de los programas nacionales de atención de la epilepsia, mediante la ejecución de actividades sistemáticas de capacitación, especialmente las dirigidas al personal de atención primaria de salud;
- h) a que impulsen iniciativas intersectoriales y de educación dirigidas a la población, a fin de hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con epilepsia;
- i) a que reduzcan la brecha de información existente en el campo de la epilepsia mediante el mejoramiento de la producción, el análisis y el uso de la información, incluida la investigación;
- j) a que fortalezcan las alianzas del sector salud con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de programas nacionales de atención de la epilepsia dentro del marco de sus políticas de salud, teniendo en cuenta esta estrategia y plan de acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención a los grupos vulnerables y con necesidades especiales; incluidos los pueblos indígenas;
- b) que colabore en la evaluación y reestructuración de los servicios de neurología y de salud mental de los países;
- c) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- d) que fomente alianzas con la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y la Oficina Internacional por la Epilepsia (IBE), así como organismos internacionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y otros actores regionales

en apoyo a la respuesta amplia y multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de esta estrategia y plan de acción;

- e) que evalúe el cumplimiento de esta estrategia y plan de acción e informe al Consejo Directivo en un plazo de cinco años.

(Segunda reunión, 20 de junio del 2011)

CE148.R4: Estrategia y Plan de acción sobre eSalud

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y plan de acción sobre eSalud* (documento CE148/17),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada de acuerdo a los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE eSALUD

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD51/____, *Estrategia y plan de acción sobre eSalud*;

Reconociendo que la revisión de la situación actual indica que la aplicación de la *eSalud* 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 *eSalud* (viabilidad tecnológica) y hay 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 que en 1998, en el documento *Política de salud para todos para el siglo XXI*, encargado por la OMS, se recomendaba el uso apropiado de la telemática de la salud en la política y estrategia generales de salud para todos; la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA51.9 (1998) sobre publicidad, promoción y venta transfronterizas

de productos médicos a través de Internet; la Agenda de Conectividad para las Américas y el Plan de acción de Quito (2003); las Cumbres Mundiales de las Naciones Unidas sobre la Sociedad de la Información (Ginebra, 2003 y Túnez, 2005); la resolución del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, EB115.R20 (2004) sobre la necesidad de formular estrategias de *eSalud*; la resolución WHA58.28 adoptada en la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se establecieron los ejes de la estrategia de *eSalud* de la OMS; la Estrategia e-LAC 2007-2010 de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL);

Considerando la amplia experiencia de la Región de las Américas en los programas de salud pública veterinaria;

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 *eSalud*;

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

Considerando la importancia de contar con una estrategia y un plan de acción que permita a los Estados Miembros, de forma eficaz y eficiente, mejorar la salud pública en la Región a través del uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia, aprueba el Plan de acción sobre *eSalud* y apoya su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales permitiendo crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto de mejorar la salud pública en la Región a través del uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones, en sus respectivos países.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen prioridad al uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar la salud pública humana y veterinaria en la Región, incluida la administración sanitaria;
 - b) elaboren y ejecuten políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales, 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 y los servicios de tecnologías de la información y de las comunicaciones, haciendo hincapié en la colaboración interprogramática y la acción intersectorial, al tiempo que vigilan y evalúan la eficacia del programa y la asignación de recursos;
- d) fomenten el aumento de la capacidad de las personas responsables de las políticas, de quienes dirigen programas y de los proveedores de atención sanitaria y servicios de tecnologías de la información y de las comunicaciones, para elaborar políticas y programas que faciliten el establecimiento de servicios de salud eficaces y de calidad, centrados en las personas;
- e) 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 garantizar el intercambio de conocimientos sobre modelos rentables, asegurando la disponibilidad de normas en materia de calidad, seguridad, interoperabilidad y ética, y respetando los principios de confidencialidad de la información, equidad e igualdad;
- f) apoyen la capacidad de generar información e investigación para la elaboración de estrategias y ejecución de modelos basados en las pruebas científicas pertinentes;
- g) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de políticas, planes, programas e intervenciones, que permita aumentar la capacidad de vigilancia y de respuesta rápida a las enfermedades y las emergencias de salud pública humana y veterinaria;
- h) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente Estrategia y Plan de acción, sobre la base de las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que respalde la coordinación y ejecución de la Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud* en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional, y preste la cooperación técnica necesaria a los países y entre ellos, para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;

- b) que colabore con los Estados Miembros en la ejecución y coordinación de esta Estrategia y el Plan de acción, impulsando su carácter transversal a través de las áreas programáticas y los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización;
- c) que facilite la difusión de estudios, informes y soluciones que sirvan como modelo en materia de *eSalud* para que, con las modificaciones apropiadas, se puedan utilizar para los Estados Miembros;
- d) que promueva la formación de alianzas nacionales, municipales y locales con otros organismos internacionales, instituciones científicotécnicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, para permitir el intercambio de capacidades y recursos y mejorar la compatibilidad entre distintas soluciones administrativas, tecnológicas y jurídicas en el ámbito de la *eSalud*;
- e) que promueva la coordinación entre la Estrategia y Plan de acción e iniciativas similares de otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento;
- 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.

(Segunda reunión, 20 de junio del 2011)

CE148.R5: Estrategia y Plan de acción sobre la malaria

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción sobre la malaria* (documento CE148/15),

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA MALARIA

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria* (documento CD51/___);

Teniendo en cuenta la resolución CD46.R13 (2005) del 46.º Consejo Directivo sobre la malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio;

Observando que existen otros mandatos y resoluciones pertinentes de la Organización Panamericana de la Salud, como el documento CD49/9 (2009); *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, que incluyó la malaria entre las enfermedades que pueden ser eliminadas en algunas zonas, y el documento CD48/13 (2008), *El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial*, que promueve el control integrado de vectores como parte de la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores en la Región;

Consciente de que la disminución continua de los casos de malaria y las defunciones causadas por la enfermedad confirma el progreso de la Región al combatir la malaria, pero también genera un conjunto singular de retos cambiantes e importantes para la Región;

Teniendo en cuenta que la diversidad del contexto de la malaria y de los retos afrontados por los países de la Región requiere la participación en un programa integral con diversas combinaciones de componentes, junto con intervenciones innovadoras basadas en datos probatorios;

Reconociendo los esfuerzos efectuados por los Estados Miembros en los últimos años para afrontar sus respectivos desafíos relacionados con la malaria, pero conscientes de la necesidad de acciones adicionales,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia y aprobar el Plan de acción sobre la malaria.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) revisen los planes nacionales o establezcan otros nuevos para la prevención, el control y la posible eliminación de la malaria, empleando un enfoque integrado que

aborde los factores sociales determinantes de la salud y prevea la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;

- b) apoyen los esfuerzos por consolidar y ejecutar actividades para reducir aun más la endemidad y avancen hacia las metas indicadas en la estrategia y plan de acción sobre la malaria, incluida la eliminación de la malaria donde esto se considere factible;
- c) fortalezcan la participación en las actividades para combatir la malaria, incluida la coordinación con otros países e iniciativas subregionales pertinentes sobre la vigilancia epidemiológica de la malaria, la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y los insecticidas y el seguimiento y evaluación;
- d) fortalezcan el compromiso tanto de los países donde la malaria es endémica como de aquellos donde la enfermedad no es endémica y de diversos sectores de combatir la enfermedad, en particular en cuanto a mantener o incrementar las inversiones y el suministro de los recursos necesarios;
- e) establezcan estrategias integradas para la prevención, la vigilancia, el diagnóstico, el tratamiento y el control de vectores con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer los sistemas nacionales de salud, incluida la atención primaria de salud, la vigilancia y los sistemas de alerta y respuesta, teniendo en cuenta factores relacionados con el género y el grupo étnico;
- f) pongan más énfasis en las poblaciones y los grupos ocupacionales más vulnerables;
- g) promuevan la participación en la elaboración y la ejecución de un programa de investigación que aborden importantes brechas en los conocimientos y la tecnología en diversos contextos de las actividades de control de la malaria en la Región, por ejemplo, la relación entre la malaria y la agricultura.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye la ejecución de la estrategia y plan de acción sobre la malaria y proporcione la cooperación técnica que los países puedan requerir para elaborar y poner en práctica planes nacionales de acción;
- b) que continúe abogando por la movilización activa de los recursos y promoviendo la estrecha colaboración a fin de forjar alianzas que brinden apoyo a la aplicación de esta resolución;

- c) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países, las entidades subregionales y las instituciones, y forje alianzas estratégicas con miras a llevar a cabo actividades encaminadas a superar las barreras a las medidas para combatir la malaria en las zonas fronterizas y las poblaciones de difícil acceso;
- d) que promueva la cooperación entre países para el acceso y la producción de medicamentos antimaláricos que cumplan las normas de garantía de calidad reconocidas en el ámbito internacional y que sigan las recomendaciones de la OPS/OMS.

(Cuarta reunión, 21 de junio del 2011)

CE148.R6: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE148/6);

Consciente de las disposiciones establecidas en los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las Organizaciones no Gubernamentales* (resolución CESS.R1, enero del 2007),

RESUELVE:

1. Renovar las relaciones oficiales entre la OPS y la Fundación Interamericana del Corazón por un período de cuatro años.
2. Aceptar que el Instituto de Vacunas Albert B. Sabin establezca relaciones oficiales con la OPS durante un período de cuatro años.
3. Tomar nota del informe de avance sobre la situación de la colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales con las que mantiene relaciones oficiales.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) notifique a las organizaciones no gubernamentales respectivas las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;

- b) siga manteniendo relaciones de trabajo dinámicas con las organizaciones no gubernamentales interamericanas de interés para la Organización en las áreas que abordan asuntos relacionados con las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
- c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que actúan en el campo de la salud.

(Cuarta reunión, 21 de junio del 2011)

CE148.R7: Modificación de los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Teniendo en cuenta la resolución CE138.R12 (2006), por la cual se estableció el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, que incluye entre sus funciones la responsabilidad del proceso anual de admisión y examen de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS;

Consciente de la resolución CESS.R1 *Revisión de los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, aprobada en la sesión extraordinaria del Comité Ejecutivo en el 2007;

Considerando que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración se reúne en marzo y en vista del tiempo requerido para examinar la colaboración con las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS y para analizar las solicitudes de organizaciones que solicitan establecer relaciones oficiales con la OPS,

RESUELVE:

Aprobar la siguiente modificación del apartado 4.3 de los *Principios* a fin de establecer el 31 de diciembre como fecha límite para la presentación de la documentación pertinente por parte de las organizaciones no gubernamentales.

**PRINCIPIOS QUE RIGEN LAS RELACIONES ENTRE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES***

Modificación propuesta del apartado 4.3:

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NUEVO
<p>4.3 Procedimiento para la entrada de organizaciones no gubernamentales interamericanas o nacionales en relaciones oficiales de trabajo con la OPS</p> <p>Las solicitudes de las ONG, presentadas por iniciativa propia o por invitación, normalmente deberán llegar a la sede de la OPS a más tardar a finales de enero para ser consideradas por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo y aprobadas por el Comité Ejecutivo en junio del mismo año.</p>	<p>4.3 Procedimiento para la entrada de organizaciones no gubernamentales interamericanas o nacionales en relaciones oficiales de trabajo con la OPS</p> <p>Las solicitudes de las ONG, presentadas por iniciativa propia o por invitación, normalmente deberán llegar a la sede de la OPS a más tardar a finales de enero el 31 de diciembre para ser consideradas por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo y aprobadas por el Comité Ejecutivo en junio del mismo próximo año.</p>

(Cuarta reunión, 21 de junio del 2011)

CE148.R8: Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (documento CE148/11),

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

* Principios aprobados mediante la resolución CESS.R1 (2007).

PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (documento CD51/___);

Reconociendo la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad asociada con el consumo nocivo de alcohol en el mundo y en la Región de las Américas, así como la brecha existente en el tratamiento y la atención que se brinda las personas afectadas por el consumo nocivo de alcohol;

Considerando el contexto y el marco para la acción de la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS y la resolución WHA63.13 (2010) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, que muestran la importancia del tema del consumo nocivo de alcohol y establecen objetivos para abordarlo;

Observando que la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol* establece las principales esferas de trabajo que deben abordarse y señala las áreas para la cooperación técnica a fin de atender las distintas necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo nocivo de alcohol;

Considerando las recomendaciones de la reunión de la OMS de homólogos nacionales sobre la implantación de la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol y la reunión de consulta sobre el proyecto de plan de acción regional;

Reconociendo la necesidad de coordinación y liderazgo regionales a fin de apoyar los esfuerzos nacionales para reducir el consumo nocivo de alcohol,

RESUELVE:

1. Ejecutar la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol* mediante el plan regional de acción propuesto, en el contexto de las condiciones propias de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con respecto al consumo nocivo de alcohol y el consumo por parte de menores de edad.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) establezcan el consumo nocivo de alcohol y el consumo por parte de menores de edad como una prioridad de salud pública y elaboren planes o introduzcan medidas para reducir su repercusión sobre la salud pública;

- b) reconozcan que el consumo nocivo de alcohol ocurre por igual en personas dependientes y en personas que no lo son, y que reducir los problemas relacionados con el alcohol requiere una combinación de políticas dirigidas a toda la población, intervenciones dirigidas a grupos específicos y el acceso a servicios de salud de calidad;
 - c) promuevan políticas públicas que protejan y preserven los intereses de la salud pública;
 - d) promuevan políticas e intervenciones que se basen en datos probatorios, sean equitativas y tengan el apoyo de mecanismos de ejecución sostenible que involucren a diferentes interesados directos;
 - e) promuevan programas que eduquen a los niños, a la población joven y a todos los que decidan no consumir alcohol sobre cómo deben resistir la presión social para beber alcohol, protegerlos frente a esta presión y defender su comportamiento abstemio;
 - f) garanticen que haya servicios eficaces de prevención, tratamiento y atención que estén disponibles y sean accesibles y asequibles para las personas afectadas por el consumo nocivo de alcohol;
 - g) asignen recursos financieros, técnicos y humanos a la ejecución de las actividades nacionales descritas en el plan de acción.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) dé seguimiento y evalúe la ejecución del plan de acción regional a los cinco años y al finalizar el período de ejecución;
 - b) apoye a los Estados Miembros en la ejecución de los planes e intervenciones nacionales y subnacionales para reducir el consumo nocivo de alcohol, en el marco de sus políticas sociales y de salud pública, teniendo en cuenta la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol*;
 - c) colabore en la evaluación de las políticas y los servicios en los países en materia del consumo de alcohol, con miras a procurar que se tomen las medidas correctivas apropiadas, basadas en datos probatorios;
 - d) facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;

- e) promueva alianzas con las organizaciones internacionales y la OMS, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y la sociedad civil, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses que pueda existir en algunas organizaciones no gubernamentales;
- f) establezca un diálogo con el sector privado sobre la mejor manera en que este puede contribuir a reducir los daños relacionados con el alcohol; se prestará la debida atención a los intereses comerciales en juego y a su posible conflicto con los objetivos de salud pública.

(Quinta reunión, 22 de junio del 2011)

CE148.R9: *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (documento CE148/12, Rev.1),

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
Y LA SALUD PÚBLICA**

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (documento CD51/___);

Reconociendo la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad asociada con los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el mundo y, específicamente, en la Región de las Américas, así como la laguna existente en el tratamiento y la atención de las personas afectadas por estos trastornos;

Entendiendo que los enfoques relacionados con la prevención, la detección, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los

servicios de apoyo constituyen acciones necesarias para reducir las consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas;

Reconociendo que estos enfoques requieren mejorar el acceso a los servicios de atención de salud y promover la salud y el bienestar social de las personas, las familias y las comunidades, al mismo tiempo que se protege y promueve el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud física y mental;

Considerando el contexto y el marco para la acción ofrecidos por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y el Plan Hemisférico de Acción de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (OEA/CICAD), la Estrategia y plan de acción regional sobre la salud mental (documento CD49/11 [2009]) y el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias* de la Organización Mundial de la Salud (conocido como mhGAP por su nombre en inglés), que muestran la importancia del tema del consumo de sustancias y determinan objetivos estratégicos para abordarlo;

Observando que en la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* aprobada en el 2010 se establecen las principales áreas de trabajo que deben abordarse y se determinan las áreas para la cooperación técnica a fin de atender las distintas necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo de sustancias,

RESUELVE:

1. Respaldar el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* y apoyar su ejecución dentro del contexto de las condiciones propias de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con relación al consumo de sustancias.
2. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) que definan el consumo de sustancias psicoactivas como una prioridad de salud pública y ejecuten planes nacionales y subnacionales para abordar los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas, que estén en consonancia con su repercusión para la salud pública, especialmente con respecto a la reducción de las lagunas existentes en el tratamiento;
 - b) que contribuyan y participen en el proceso de implementación del plan de acción.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que dé seguimiento y evalúe la ejecución del plan de acción regional a los cinco años y al finalizar el período de ejecución;
 - b) que además apoye a los Estados Miembros en cuanto a la preparación y ejecución de los planes nacionales y subnacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de sus condiciones específicas y sus políticas de salud pública, en los que se tenga en cuenta las disposiciones de la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*;
 - c) que promueva alianzas con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con las organizaciones internacionales y otros interesados directos regionales, a fin de apoyar la respuesta multisectorial requerida para ejecutar este plan de acción.

(Quinta reunión, 22 de junio del 2011)

CE148.R10: Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana* (documento CE148/8),

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* (documento CD51/___);

Reconociendo que hay numerosos mandatos de los Cuerpos Directivos que se remontan a 1992 y en los que se destaca la necesidad de abordar los problemas de salud urbana y las inequidades sanitarias causadas por la urbanización en la Región, además de la

oportunidad ofrecida por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012;

Reconociendo que la megatendencia de la urbanización se ha acelerado rápidamente en la Región y los países no han podido reaccionar ni adaptar sus programas a la amplia diversidad de problemas culturales, comunitarios, familiares, socioeconómicos y de migración planteados por este proceso de urbanización;

Habiendo estudiado la oportunidad que se presenta de abordar muchos de los problemas de salud pública más desafiantes que los países afrontan actualmente en las esferas de las enfermedades no transmisibles, los traumatismos, las enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles, así como el reto de enfrentar las diversas necesidades de la población en los entornos urbanos;

Teniendo en cuenta que la falta de consideración adecuada y sistemática de los criterios de salud pública en el crecimiento de las ciudades de la Región, que en su mayor parte no ha sido planificado, ha dado lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad, así como a la ampliación de la brecha en la equidad dentro de las ciudades;

En el entendimiento de que para impulsar con éxito la salud pública en la Región los ministerios de salud tendrán que incluir en sus sistemas de vigilancia en materia de salud información que diferencie el gradiente de inequidades de salud y sus causas e implicaciones para las políticas, los programas y los servicios de salud nacionales y urbanos;

Reconociendo que el logro de la salud urbana es un esfuerzo multisectorial que requiere de una acción concertada para promover la actividad física; diseñar opciones de transporte público seguro, eficaz y accesibles; prevenir y reducir los traumatismos; y abordar las necesidades específicas de accesibilidad y bienestar de los grupos más vulnerables, entre otros, los niños, los adultos mayores y las personas con necesidades especiales; y reconociendo además que los países que adoptan este enfoque holístico no solo están mejorando la salud de sus ciudadanos sino que también están obteniendo importantes beneficios con respecto al medio ambiente y la sostenibilidad;

Teniendo presente que la ejecución de esta estrategia y plan de acción implica movilizar una combinación única de rectoría sobre el sistema de salud y con los demás actores sociales en los entornos urbanos, a fin de defender y adaptar todo tipo de servicios de salud urbana que puedan atender las necesidades especiales del gradiente social y la heterogeneidad de las poblaciones urbanas;

Habiendo solicitado en ocasión del 50.º Consejo Directivo que la Oficina Sanitaria Panamericana preparara una estrategia y plan de acción preliminares para someterlos a la consideración del 51.º Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la salud urbana, y apoya su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país para responder apropiadamente a las necesidades y tendencias actuales y futuras en el ámbito de la salud urbana en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) adopten las directrices, las herramientas y los métodos elaborados por la Oficina y los centros de excelencia para apoyar su función intersectorial de rectoría y la reorientación de los servicios de salud;
 - b) apoyen las políticas y los programas nacionales, subnacionales y locales de promoción de la salud, incluido el fortalecimiento de la participación social, con los marcos jurídicos y los mecanismos de financiamiento apropiados;
 - c) ajusten los sistemas de vigilancia para que incluyan determinantes e indicadores relativos a la salud urbana, las poblaciones indígenas, el género y las condiciones de migración, así como documentación de los procesos y experiencias relacionados con la salud urbana;
 - d) promuevan el compromiso de las autoridades metropolitanas y de ciudades con la planificación y el desarrollo urbano saludables, con la consideración de la salud urbana y la equidad en materia de salud en las políticas y los planes nacionales y subnacionales de salud;
 - e) colaboren con las autoridades metropolitanas y de ciudades para elaborar políticas y desarrollar sistemas de transporte en los que se dé prioridad a caminar, a utilizar la bicicleta y al transporte público en condiciones seguras; y para diseñar reglamentaciones e infraestructura que contemplen el acceso equitativo y seguro a la actividad física recreativa a lo largo del curso de vida;
 - f) asistan a las autoridades metropolitanas y de ciudades en la utilización de las herramientas de análisis y acción para abordar más eficazmente la planificación y los programas urbanos que tienen en cuenta la salud y la equidad;

- g) sensibilicen a las partes interesadas clave, y elaboren planes y programas de mercadeo social;
 - h) presenten un informe cada dos años sobre los progresos realizados que incluya los datos para realizar una evaluación de mitad de período a los cinco años y una evaluación final al cabo de 10 años.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) produzca y difunda criterios, directrices, políticas modelo y marcos jurídicos en materia de salud pública para la planificación de la salud urbana y los servicios de salud urbana, y métodos para realizar actividades multisectoriales, entre ellas, el análisis del impacto en la salud, el análisis del impacto en la equidad en materia de salud y la recopilación y análisis de datos intersectoriales;
 - b) reúna y dé a conocer información nueva acerca de las experiencias, enseñanzas extraídas y mejores prácticas obtenidas a través de los foros regionales, la investigación, los observatorios, la documentación y el intercambio de experiencias y procesos prometedores;
 - c) continúe desarrollando el abordaje de la promoción de la salud y de los determinantes de la salud dentro de la cooperación técnica en materia de salud urbana y la ejecución en los Estados Miembros de la Estrategia de Cooperación en los Países;
 - d) fomente el aumento de la capacidad para la planificación, ejecución, vigilancia y funcionamiento de sistemas de información en el ámbito de la salud urbana en toda la Región;
 - e) apoye la colaboración de los ministerios de salud con las autoridades metropolitanas y de las ciudades y otros sectores pertinentes, de acuerdo con los temas detallados en el informe final del debate que tuvo lugar en el marco de la mesa redonda del 50.º Consejo Directivo, el informe final sobre los Foros de Salud Urbana y Promoción de la Salud y el Llamado Mundial a la Acción en Urbanismo y Salud.

(Sexta reunión, 22 de junio del 2011)

CE148.R11: Plan de acción de seguridad vial

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción de seguridad vial* (documento CE148/10),

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que adopte una resolución redactada de acuerdo a los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN DE SEGURIDAD VIAL

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción de seguridad vial* (documento CD51/__);

Reconociendo la carga que representan los traumatismos causados por el tránsito en la Región de las Américas, que constituyen la primera causa de mortalidad en las personas de 5 a 14 años y la segunda causa para las de 15 a 44 años de edad, así como la necesidad urgente de adoptar medidas de salud pública y promover políticas públicas en coordinación con otros sectores para reducir la carga por pérdida de vidas y el sufrimiento ocasionado por los accidentes de tránsito;

Recordando la resolución WHA57.10 (2004) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la seguridad vial y la salud y la resolución A/RES/58/289 (2004) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el mejoramiento de la seguridad vial en el mundo, la celebración del Día Mundial de la Salud 2004, dedicado a la seguridad vial, y el lanzamiento del *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial* y el informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas;

Recordando también la resolución CD48.R11 (2008) del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región*;

Recordando además que en marzo del 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 (resolución A/RES/64/255);

Reconociendo las oportunidades que ofrece la adopción de un enfoque de salud pública que promueva la acción multisectorial en la que el sector de la salud desempeñe

una función de coordinación para hacer frente a la necesidad urgente de proteger eficazmente a la población pobre, marginada y más vulnerable, que es la más afectada por los accidentes de tránsito en la Región,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción de seguridad vial*.
2. Instar a los Estados Miembros a adoptar políticas públicas intersectoriales que contemplen, entre otras, las siguientes medidas:
 - a) priorizar la seguridad vial mediante la formulación de planes nacionales, subnacionales y locales para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial;
 - b) mejorar la infraestructura de las vías urbanas y las carreteras;
 - c) mejorar las políticas y las leyes para el transporte público masivo mediante la integración de la seguridad, la equidad y los criterios de accesibilidad a fin de promover la seguridad y proteger los derechos humanos de todas las personas;
 - d) reducir la incidencia de los factores de riesgo (velocidad y consumo de alcohol) en los traumatismos derivados del tránsito y aumentar la tasa de uso de los equipos de protección (casco, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños en los automóviles);
 - e) establecer límites de velocidad en las zonas urbanas que no superen los 50 km/h; promover la descentralización para permitir que los gobiernos locales puedan modificar los límites de velocidad y promover la sensibilización del público sobre la necesidad de fijar límites de velocidad;
 - f) adoptar el límite de alcoholemia para conductores, en un valor menor o igual a 0,05 g/dl;
 - g) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio de cascos, teniendo en cuenta las normas de calidad y seguridad;
 - h) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio del cinturón de seguridad, teniendo en cuenta las normas de calidad y seguridad, y promover el uso del cinturón de seguridad;

- i) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio de sistemas de sujeción para niños en los automóviles teniendo en cuenta la calidad y las normas de seguridad, y promover el uso de estos sistemas;
 - j) crear o fortalecer un sistema de inspección y examen técnico de los vehículos;
 - k) fortalecer la capacidad técnica e institucional de la atención de víctimas de traumatismos causados por el tránsito, en especial en la fase prehospitalaria, la atención hospitalaria y la rehabilitación;
 - l) mejorar los datos sobre accidentes de tránsito mediante la formulación de servicios de vigilancia, a fin de mejorar la comprensión y la toma de conciencia sobre la carga, las causas y las consecuencias de los traumatismos causados por el tránsito, para que los programas e inversiones para la prevención, atención y rehabilitación de las víctimas puedan estar mejor dirigidos, controlados y evaluados;
 - m) promover estudios que permitan generar información científica y técnica sobre los riesgos asociados con los elementos de distracción, tanto dentro como fuera del vehículo, que pueden causar accidentes de tránsito (por ejemplo, el uso de aparatos electrónicos como teléfonos celulares y sistemas de navegación; comer, beber o fumar mientras se conduce; y anuncios publicitarios en las carreteras, entre otros).
3. Solicita a la Directora que:
- a) apoye a los Estados Miembros en sus iniciativas de fortalecimiento de la seguridad vial y en la formulación de planes nacionales y subnacionales para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial;
 - b) facilite la identificación y el intercambio de buenas prácticas en la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;
 - c) estimule y apoye la red de puntos focales nacionales y fomente la colaboración con otras redes de expertos, profesionales y organizaciones no gubernamentales;
 - d) preste cooperación para la creación de capacidad a nivel técnico y de políticas para facilitar la recopilación y difusión de información, y promover los sistemas de investigación y vigilancia relacionados con la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;
 - e) preste cooperación técnica para mejorar el tratamiento y la atención prehospitalaria de las víctimas de accidentes de tránsito;

- f) promueva las asociaciones y la colaboración con organismos internacionales, redes de expertos, la sociedad civil, las fundaciones, el sector privado y otros actores sociales para impulsar un enfoque intersectorial.

(Sexta reunión, 22 de junio del 2011)

CE148.R12: Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE148/22, Rev. 1;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 64.ª 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 párrafo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

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

RESUELVE:

1. Ratificar, 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 2011, en cuanto a la clasificación, el subsidio de educación, las normas para la contratación, el examen médico y vacunaciones, el aumento de sueldo dentro del mismo grado, el ascenso, la licencia anual, la licencia por enfermedad, la licencia por enfermedad con derecho a las prestaciones del seguro, la supresión de puestos, las medidas disciplinarias y las apelaciones.
2. Revisar la remuneración de las categorías profesional y superior en vigor desde el 1 de enero del 2011.

3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2011, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$185.809¹¹ antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$133.776 (con familiares a cargo) o \$121.140 (sin familiares a cargo).
4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2011, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$184.271 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$132.776 (con familiares a cargo) o \$120.140 (sin familiares a cargo).
5. Recomendar al 51.º Consejo Directivo que ajuste el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la aprobación de la siguiente resolución:

**MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO Y EL ESTATUTO DEL PERSONAL
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal, en vigor desde el 1 de enero del 2011,

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo, en su 148.^a sesión, de ajustar los sueldos del Director Adjunto y el Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2011, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$204.391 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$145.854 (con familiares a cargo) o \$131.261 (sin familiares a cargo).

(Séptima reunión, 23 de junio del 2011)

CE148.R13: Premio OPS en Administración, 2011

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2011 (documento CE148/5, Add. I);

¹¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

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

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los candidatos al Premio OPS en Administración, 2011 por el excelente nivel profesional y la destacada labor que realizan en beneficio de los países de la Región.
2. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2011 al Dr. John Edward Greene (Guyana) por su contribución al desarrollo del sector de la salud y de los recursos humanos en la Comunidad del Caribe (CARICOM), y por la movilización del compromiso político para alcanzar resultados significativos en una amplia gama de problemas de salud pública, incluido el establecimiento de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/sida (PANCAP), la estrategia caribeña sobre cambio climático, la Iniciativa del Caribe para la Cooperación en Salud y Desarrollo (CCH2 y CCH3), la Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo (CCHD), la Primera Cumbre de Jefes de Gobierno de CARICOM sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y el establecimiento de un nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA).
3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2011* (documento CE148/5, Add. I) al 51.º Consejo Directivo.

(Séptima reunión, 23 de junio del 2011)

CE148.R14: *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*

LA 148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CE148/16, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada de acuerdo a los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/____);

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución sobre población y salud reproductiva (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002), las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS respectivamente; los foros de Nairobi (1987), El Cairo (Egipto) (1994), Beijing (1995); la Declaración del Milenio (2000) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Teniendo en cuenta la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009) y la resolución CD50.R8 del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2010) y el documento técnico *La salud y los derechos humanos* (CD50/12), así como el alto grado de complementariedad entre este plan y otros objetivos establecidos en el *Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado* (Documento Oficial 328 [2009]);

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

Resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región, que existen intervenciones costoeficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

RESUELVE:

1. Respalda el presente *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
 - b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio, y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;
 - c) promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
 - d) promuevan el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;
 - e) adopten una política de recursos humanos en términos de cantidad y calidad que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos, involucrando a la entidades formadoras y acreditadoras de recursos humanos;
 - f) fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
 - g) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad del presente plan en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales;

h) aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función a resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;

i) promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.

3. Solicitar a la Directora que:

a) respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;

b) promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su transversalidad a través de las áreas programáticas, los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización y a través de la colaboración con los países y entre ellos en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para poner en práctica sus planes de salud de la mujer;

c) estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;

d) respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud materna y neonatal;

e) consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;

f) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en la ejecución del Plan de acción, así como las adaptaciones del mismo a nuevos contextos y necesidades, si fuese necesario.

(Octava reunión, 23 de junio del 2011)

CE148.R15: Orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD51/1) preparado por la Directora para el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE148/3, Rev. 1; y

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD51/1) preparado por la Directora para el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 23 de junio del 2011)

CE148.R16: Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338, Rev. 1*);

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE148/4);

Habiendo examinado el Addendum al Programa y el Presupuesto (documento *Justificación de la solicitud para aumentar las contribuciones señaladas*) en el cual la Oficina describe la justificación del aumento de las contribuciones señaladas, que se basa en la necesidad de evitar que haya una repercusión negativa en los resultados previstos en el Plan Estratégico 2008-2012, y teniendo en cuenta los esfuerzos para mejorar la eficiencia, la productividad, la rendición de cuentas y la transparencia, así como para incorporar los resultados del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño y la ejecución programática y presupuestaria;

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un programa y presupuesto que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización; y

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

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración por el examen preliminar y el informe sobre el Proyecto de programa y presupuesto.
2. Expresar agradecimiento a la Directora por la atención prestada durante la elaboración del programa y presupuesto a la asignación de prioridades programáticas y a las mejoras de la eficiencia mediante la ejecución de instrumentos que permitan medir la eficiencia y la productividad así como el seguimiento y la evaluación del desempeño y la ejecución programática y presupuestaria institucional.
3. Solicitar a la Directora que incorpore las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo en la versión revisada del *Documento Oficial 338* que será sometido a la consideración del 51.º Consejo Directivo.
4. Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los términos establecidos a continuación y solicitar además a la Directora que presente un nuevo escenario en el que se muestre un aumento de 2,15% de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados para la consideración del Consejo Directivo:

PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OPS 2012-2013

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338*);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD51/__);

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un programa y presupuesto que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización; y

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina como figura en el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338*).
2. Asignar para el ejercicio financiero 2012-2013 la cantidad de US\$ 312.637.902 de la siguiente manera: a) \$287.100.000 para el presupuesto efectivo de trabajo (secciones 1 a 16) lo que requiere un aumento de 4,3% de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS con respecto al bienio 2010-2011; y b) \$25.537.902 como una transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos (sección 17), según se indica en el cuadro a continuación.

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	23.302.000
2	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	6.524.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	11.700.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	11.694.000
5	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	4.500.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud	7.811.000
7	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	8.068.000

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	11.800.000
9	Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	10.825.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	8.311.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	30.600.000
12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	7.165.000
13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	9.505.000
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	5.207.000
15	Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de acción sanitaria mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas	65.885.000
16	Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	64.203.000
	Presupuesto efectivo de trabajo para 2012-2013 (Partes 1 a 16)	287.100.000
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	25.537.902
	Total: todas las secciones	312.637.902

3. Las asignaciones se financiarán por medio de:

(a) Contribuciones con respecto a:

Estados Miembros, Estados Participantes, y Miembros
Asociados de conformidad con la escala adoptada 219.937.902

(b) Ingresos varios..... 12.000.000

(c) Proporción de AMRO aprobada por la
64.^a Asamblea Mundial de la Salud 80.700.000

TOTAL.....312.637.902

4. Al establecer las contribuciones de Estados Miembros, los Estados Participantes, y Miembros Asociados, sus contribuciones señaladas se reducirán aún más por el monto pendiente a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos, excepto que los créditos de aquellos países que gravan impuestos sobre los salarios recibidos de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) por sus ciudadanos y residentes se reducirán por los montos de tales reembolsos tributarios de la OSP.

5. En conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las sumas que no excedan las asignaciones observadas en el párrafo 2 estarán disponibles para el pago de las obligaciones incurridas durante el período desde el 1 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2013, inclusive; a pesar de las disposiciones de este párrafo, las obligaciones durante el ejercicio financiero 2012-2013 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, las secciones 1 a la 16 del cuadro de asignaciones en el párrafo 2.

6. La Directora tendrá autorización para hacer transferencias entre las secciones de asignación del presupuesto efectivo de trabajo hasta una cantidad que no exceda 10% del monto asignado para la categoría desde la cual se hace la transferencia. Las transferencias entre secciones del presupuesto que superen 10% de la sección desde la cual se transfiere el crédito podrán hacerse con la aprobación de los miembros del Comité Ejecutivo, y todas las transferencias de créditos del presupuesto deberán informarse al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.

7. Hasta 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto con respecto al componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por la segunda sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, como se los presentó al Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión en el

documento CE142/8. El gasto efectuado del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las secciones correspondientes de asignación 1 a 16 en el momento de presentar la información financiera.

8. Calcular el monto del gasto en el programa y presupuesto para el 2012-2013 a ser financiado por fondos de otra procedencia en \$339.625.000, como se muestra en el *Documento Oficial 338*.

(Reunión virtual, 22 de julio del 2011)

CE148.R17: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2012-2013

LA 148.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando que en la resolución CE148.R16 el Comité Ejecutivo ha recomendado al 51.º Consejo Directivo que apruebe el Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338, Rev. 1*), y

Considerando que la escala de contribuciones señaladas de la OPS incorpora la nueva escala de cuotas de la Organización de los Estados Americanos para el período 2012-2014,

RESUELVE:

Recomendar al 51.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**CONTRIBUCIONES SEÑALADAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS,
LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2012-2013**

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD51.R__ el Consejo Directivo aprobó el Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338*); y

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de

los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD51.R__ el Consejo Directivo aprobó la escala nueva de contribuciones para los miembros de la OPS en el bienio 2012-2013,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2012-2013 en conformidad con la escala de contribuciones que figura a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 4,3% con respecto al bienio 2010-2011.

Miembros*	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Contribución bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con los que algunos Estados Miembros gravan los sueldos del personal de la OSP		Contribución neta	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros:										
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Argentina	2,408	2,408	2.648.052	2.648.052	307.476	307.476			2.340.576	2.340.576
Bahamas	0,062	0,062	68.181	68.181	7.917	7.917			60.264	60.264
Barbados	0,045	0,045	49.486	49.486	5.746	5.746			43.740	43.740
Belice	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Bolivia	0,049	0,049	53.885	53.885	6.257	6.257			47.628	47.628
Brasil	9,941	9,941	10.932.013	10.932.013	1.269.361	1.269.361			9.662.652	9.662.652
Canadá	11,972	11,972	13.165.483	13.165.483	1.528.699	1.528.699	45.000	45.000	11.681.784	11.681.784
Chile	1,189	1,189	1.307.531	1.307.531	151.823	151.823			1.155.708	1.155.708
Colombia	1,049	1,049	1.153.574	1.153.574	133.946	133.946			1.019.628	1.019.628

* Los Estados Miembros están presentados en orden alfabético basado en el inglés.

Miembros	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Contribución bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con los que algunos Estados Miembros gravan los sueldos del personal de la OSP		Contribución neta	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Costa Rica	0,221	0,221	243.031	243.031	28.219	28.219			214.812	214.812
Cuba	0,183	0,183	201.243	201.243	23.367	23.367			177.876	177.876
Dominica	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
República Dominicana	0,257	0,257	282.620	282.620	32.816	32.816			249.804	249.804
Ecuador	0,258	0,258	283.720	283.720	32.944	32.944			250.776	250.776
El Salvador	0,114	0,114	125.365	125.365	14.557	14.557			110.808	110.808
Granada	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Guatemala	0,168	0,168	184.748	184.748	21.452	21.452			163.296	163.296
Guyana	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Haití	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Honduras	0,051	0,051	56.084	56.084	6.512	6.512			49.572	49.572
Jamaica	0,093	0,093	102.271	102.271	11.875	11.875			90.396	90.396
México	8,281	8,281	9.106.529	9.106.529	1.057.397	1.057.397			8.049.132	8.049.132
Nicaragua	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Panamá	0,158	0,158	173.751	173.751	20.175	20.175			153.576	153.576
Paraguay	0,093	0,093	102.271	102.271	11.875	11.875			90.396	90.396
Perú	0,688	0,688	756.586	756.586	87.850	87.850			668.736	668.736
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Santa Lucía	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Suriname	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Trinidad y Tabago	0,180	0,180	197.944	197.944	22.984	22.984			174.960	174.960
Estados Unidos de América	59,445	59,445	65.371.043	65.371.043	7.590.503	7.590.503	10.000.000	10.000.000	67.780.540	67.780.540
Uruguay	0,214	0,214	235.334	235.334	27.326	27.326			208.008	208.008
Venezuela	<u>2,186</u>	<u>2,186</u>	<u>2.403.921</u>	<u>2.403.921</u>	<u>279.129</u>	<u>279.129</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.124.792</u>	<u>2.124.792</u>
Subtotal	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>109.510.377</u>	<u>109.510.377</u>	<u>12.715.701</u>	<u>12.715.701</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>106.839.676</u>	<u>106.839.676</u>

Miembros	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Contribución bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con los que algunos Estados Miembros gravan los sueldos del personal de la OSP		Contribución neta	
	2012 %	2013 %	2012 US\$	2013 US\$	2012 US\$	2013 US\$	2012 US\$	2013 US\$	2012 US\$	2013 US\$
Estados Participantes:										
Francia	0,219	0,219	240.832	240.832	27.964	27.964			212.868	212.868
Reino de los Países Bajos	0,068	0,068	74.779	74.779	8.683	8.683			66.096	66.096
Reino Unido	<u>0,046</u>	<u>0,046</u>	<u>50.586</u>	<u>50.586</u>	<u>5.874</u>	<u>5.874</u>			<u>44.712</u>	<u>44.712</u>
Subtotal	<u>0,333</u>	<u>0,333</u>	<u>366.197</u>	<u>366.197</u>	<u>42.521</u>	<u>42.521</u>			<u>323.676</u>	<u>323.676</u>
Miembro Asociado:										
Puerto Rico	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>92.374</u>	<u>92.374</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>81.648</u>	<u>81.648</u>
Subtotal	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>92.374</u>	<u>92.374</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>81.648</u>	<u>81.648</u>
TOTAL	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>	<u>109.968.948</u>	<u>109.968.948</u>	<u>12.768.948</u>	<u>12.768.948</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>107.245.000</u>	<u>107.245.000</u>

(Reunión virtual, 22 de julio del 2011)

Decisiones

Decisión CE148 (D1) Adopción del orden del día

De conformidad con el artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó, en su forma modificada, el orden del día presentado por la Directora (documento CE148/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 20 de junio del 2011)

Decisión CE148 (D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidente (San Vicente y las Granadinas) y Vicepresidente (Argentina) para que representaran al Comité en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Cuarta reunión, 21 de junio del 2011)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, Delegado de San Vicente y las Granadinas y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en el idioma inglés.

HECHO en Washington, D.C., en este veintidós día de julio en el año dos mil once. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

St. Clair Alphaeus Thomas
Delegado de
San Vicente y las Granadinas
Presidente de la
148.^a sesión del Comité Ejecutivo

Mirta Roses Periago
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Secretario ex officio de la
148.^a sesión del Comité Ejecutivo

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

(Artículo 9, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo)

2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

(Artículo 54, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo)

2.3 Orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

(Artículo 12.C, Constitución de la OPS)

(Artículo 7, Reglamento Interno del Consejo Directivo)

3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

3.1 Informe de la Quinta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

3.2 Premio OPS en Administración, 2011

3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

3.4 Informe anual de la Oficina de Ética

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013
- 4.2 Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana
- 4.3 Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático
- 4.4 Plan de acción sobre la seguridad vial
- 4.5 Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol
- 4.6 Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
- 4.7 Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia
- 4.8 [Suprimido]
- 4.9 Estrategia y Plan de acción sobre la malaria
- 4.10 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
- 4.11 Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud*

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.3 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2010
- 5.4 Informe del Comité de Auditoría
- 5.5 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN

- 7.1 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS
- 7.2 Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 7.3 Informe sobre los preparativos del panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva
- 7.4 Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos
- 7.5 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Inmunización: retos y perspectivas
 - B. Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual
 - C. Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - E. Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas
 - F. Situación de los Centros Panamericanos

- 7.6 Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros:
 - A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
 - B. Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015
 - C. Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 7.7 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
64.^a Asamblea Mundial de la Salud
- 8. OTROS ASUNTOS**
- 9. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

<i>Doc. Of. 338, Rev. 1</i>	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013
<i>Doc. Of. 338, Add. I, Rev. 1 y Corr. 1 y 2</i>	Adéndum del Proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013
<i>Doc. Of. 340</i>	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2010

Documentos de trabajo

CE148/1, Rev. 1 y CE148/WP/1, Rev. 1	Orden del día provisional y programa de reuniones
CE148/2	Representación del Comité Ejecutivo en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE148/3, Rev. 1	Orden del día provisional del 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE148/4	Informe de la Quinta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
CE148/5, y Add. I	Premio OPS en Administración, 2011
CE148/6	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
CE148/7	Informe anual de la Oficina de Ética
CE148/8	Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana
CE148/9	Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE148/10	Plan de acción sobre la seguridad vial
CE148/11	Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol
CE148/12, Rev. 1	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
CE148/13	Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia
CE148/14	[Suprimido]
CE148/15	Estrategia y Plan de acción sobre el paludismo
CE148/16, Rev. 1	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
CE148/17	Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>
CE148/18, y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE148/19	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE148/20	Informe del Comité de Auditoría
CE148/21	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE148/22, Rev. 1	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE148/23	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

Documentos de información

CE148/INF/1, y Add. I	Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS
-----------------------	--

Documentos de información *(cont.)*

- CE148/INF/2 Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
- CE148/INF/3 Informe sobre los preparativos del panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva
- CE148/INF/4 Informe sobre los preparativos para la mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos
- CE148/INF/5 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Inmunización: retos y perspectivas
 - B. Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual
 - C. Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - E. Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas
 - F. Situación de los Centros Panamericanos
- CE148/INF/6 Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros:
- A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)

Documentos de información (*cont.*)

B. Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015

C. Plan Maestro de Inversiones de Capital

CE148/INF/7

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 64.^a Asamblea Mundial de la Salud

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES*

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Dr. Daniel Yedlin
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Sebastián Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Dra. Susana Gallo
Asesora
Secretaría de Determinantes y Relaciones
Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Sr. Luciano Escobar
Secretario, Representante Alterno de
Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Dra. Carmen Angulo
Asesora Despacho Viceministra
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

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

GREYNADE/GRANADA

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

GUATEMALA

Sr. José Miguel Valladares
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sr. Giancarlo Gálvez
Segundo Secretario, Representante Alternativo
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

* El anexo C incluye el apéndice I, Lista de Participantes en la Reunión Virtual del 22 de julio del 2011.

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

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

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the Environment
Kingstown

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. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. David Hohman
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.

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

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Lawrence Slutsker
Associate Director for Science
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, GA

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

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

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

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

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

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

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

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dr. Eudoro Godoy
Director General del Despacho
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

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

Srta. Liz Torres
Segunda Secretaria
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Srta. Valentina Martínez Maradei
Abogada
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

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

Su Excelencia Diego Pary
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ms. Fiorella Caldera Gutierrez
Primer Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Gabriela Resendes
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CANADA/CANADA

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

Ms. Sarah Lawley
Director
International Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Adrijana Corluka
Policy Analyst, PAHO/WHO
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral and Regional Affairs
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

Mr. Darren Rogers
Counselor, Alternate Representative of
Canada to the Organization of American
States
Washington, D.C.

CUBA

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

MEXICO/MÉXICO

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora
Subdirección de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Dr. Peter A. Bootsma
Health Counselor
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

Sr. Javier Sancho
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José María de la Torre
Observador Permanente Adjunto de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. D. Fernando Fernández-Monje
Becario
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Catalina Perazzo
Becaria
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PORTUGAL

Sr. Antonio Fidalgo
Oficial Técnico, America Latina y
Organización de los Estados Americanos
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

Sra. Ana Rocha
Consejera
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

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

**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

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

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

Sra. Helvia Velloso

**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

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

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

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

VIRTUAL MEETING/REUNIÓN VIRTUAL

22 JULY 2011/22 DE JULIO DEL 2011

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Lic. Sebastián Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora técnica profesional
Dirección Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

COLOMBIA

Lic. Marcela Ordóñez
Ministro Consejero
Coordinadora de Asuntos Institucionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

Lic. Ladyz Andrea Rodríguez Vega
Asesora Cuotas y Contribuciones a
Organismos Internacionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

GRENADA/GRANADA

Hon. Ann Peters
Minister of Health
Ministry of Health
St. George's

GUATEMALA

Lic. Albertico Orrego
Gerente general Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

GUATEMALA (cont.)

Dr. Edgar González
Director, Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

HAITI/HAÏTÍ

Dr Ariel Henry
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

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

Hon. Cecil McKie
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

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

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

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. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Lic. Pedro Albarrán Depablos
Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

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

Sr. Dr. Edgar Butron
Coordinador
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Sr. Dr. Juan Moreira
Director General de Salud, (E)
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador

BRAZIL/BRASIL

Embaixador Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

COSTA RICA

Lic. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe Unidad de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
San José

CUBA

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

CANADA/CANADÁ

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CHILE

Dr. José Miguel Huerta
Jefe de la Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Sr Dr. Roberto Peguero
Viceministro Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

Sr. Dr. José Rodríguez A.
Viceministro de Salud Colectiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

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

EL SALVADOR

Dra. Laura Nervi
Asesora del Despacho Ministerial para
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
San Salvador

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

JAMAICA

Dr. Eva Fuller-Lewis
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston 5

PANAMA/PANAMÁ

Dr. Félix Bonilla
Secretario General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Ms. Ava-Gey Timberlake
Acting Director, International Cooperation in
Health
Ministry of Health
Kingston 5

PARAGUAY

Sr. Enrique García Zúñiga
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Mrs. Sandra Graham
Acting Director
Policy, Planning and Development
Ministry of Health
Kingston 5

URUGUAY

Sra. Dra. Beatriz Rivas
Asesora de la Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

MEXICO/MÉXICO

Dra. Eunice Rendón Cárdenas
Directora General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Fermín Juárez Garrido
Dirección General de Programación,
Organización y Presupuesto
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora
Subdirección de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

**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

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

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



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2011

CE148/FR (Esp.)
Anexo D
22 de julio del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

ADDENDUM AL INFORME FINAL

Observaciones de los Miembros del Comité Ejecutivo sobre el proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013 de la Organización Panamericana de la Salud

1. En la reunión virtual celebrada el 22 de julio del 2011, los Miembros del Comité Ejecutivo expresaron las observaciones que figuran a continuación acerca del proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS correspondiente al bienio 2012-2013.
2. El Delegado de **Argentina** recordó que los Estados Miembros de la OPS habían manifestado su apoyo a la aprobación del Plan Estratégico 2008-2012 y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, y que, por consiguiente, ahora tenían la responsabilidad de velar por que la Organización contara con los recursos necesarios para llevar a la práctica esos dos planes estratégicos que constituían una hoja de ruta para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros. Argentina apoyó firmemente la versión modificada del escenario D ya que, de todos los escenarios que estaban bajo consideración en ese momento, era el que tendría el efecto menos perjudicial sobre la capacidad de la Organización para cumplir los objetivos estratégicos del Plan Estratégico. Hizo un llamamiento a los demás Miembros del Comité para que respaldaran el escenario D modificado como una demostración de su compromiso con el logro de los objetivos estratégicos y su apoyo a la labor de la OPS.
3. La Delegada de **Colombia** encomió los esfuerzos de la Oficina para reducir los gastos y estuvo de acuerdo con la importancia de ejecutar todas las actividades previstas en el Plan Estratégico. Sin embargo, señaló que algunos países, entre otros el suyo, experimentarían aumentos considerables en sus contribuciones señaladas como resultado de la revisión de la escala de cuotas de la OEA. Por otro lado, su país tenía que hacer frente a limitaciones presupuestarias importantes y, por consiguiente, seguía favoreciendo

el escenario C. Propuso además que se asignase más tiempo —de preferencia dos años— al análisis de los presupuestos de la Organización a fin de contar con un plazo lo suficientemente amplio de debate y considerar los distintos ciclos presupuestarios de los Estados Miembros.

4. La Delegada de **Granada** reiteró el compromiso constante de su país con la labor de cooperación que realizaba la OPS y manifestó su apoyo al escenario revisado D.

5. El Delegado de **Guatemala** también apoyó el escenario D modificado que, en su opinión, equilibraba las inquietudes financieras con la necesidad de cumplir los objetivos estratégicos del Plan Estratégico. Si bien era cierto que no sería posible alcanzar algunos objetivos con el escenario D, consideraba que era la mejor alternativa en vista de las circunstancias.

6. El Delegado de **Haití** también expresó su apoyo al escenario D modificado ya que permitiría cumplir una proporción mayor de los objetivos estratégicos en comparación con el escenario C.

7. El Delegado de **Perú**, al manifestar su respaldo a las observaciones formuladas por el Delegado de **Argentina**, subrayó la necesidad de lograr el financiamiento necesario para ejecutar el Plan Estratégico y dijo que su Gobierno apoyaba el escenario D modificado, aunque la contribución señalada de su país se incrementaría como resultado del aumento propuesto de 4,3% y la revisión de la escala de cuotas de la OEA.

8. El Delegado de **San Vicente y las Granadinas** elogió los esfuerzos de la Oficina para establecer un escenario que fuese satisfactorio para todos en el contexto actual de crisis financiera mundial. Manifestó que esperaba que el Comité pudiera lograr consenso en torno al escenario D, que era apoyado por su delegación.

9. El Delegado de los **Estados Unidos de América**, al tiempo que subrayaba el respaldo decidido de su Gobierno a la labor de la OPS en todo el continente americano, reconoció las dificultades que afrontaba la Organización para tratar de cubrir todos los gastos en la situación actual de limitaciones financieras; además, manifestó su reconocimiento a los esfuerzos de la Oficina para reducir los costos y mejorar el desempeño de la Organización mediante, entre otras cosas, la eliminación de puestos, el traslado de algunos puestos a los países y la consolidación de varios centros panamericanos. Reconoció que el aumento de 4,3% en las contribuciones, propuesto según el escenario D, era necesario para compensar la disminución de \$8 millones en ingresos varios y mantener el presupuesto ordinario al mismo nivel nominal que en el bienio 2010-2011. También reconoció que, si bien el presupuesto ordinario no cambiaría, los costos de la OPS seguirían aumentando y, por consiguiente, el presupuesto no aportaría fondos suficientes para la ejecución del programa de trabajo de la Organización en los próximos dos años. No obstante, agregó, su Gobierno no respaldaba un aumento de

4,3% de la contribución. Los presupuestos de las dependencias gubernamentales de su país se estaban recortando en forma generalizada y había dudas de que el país pudiera cumplir con sus compromisos actuales con respecto a los organismos internacionales. Sin embargo, quizás su Gobierno estaría dispuesto a aprobar una resolución acerca de este escenario y propuso que se incluyera un párrafo para solicitar a la Oficina que preparara otro escenario con un proyecto de presupuesto que requiriera un aumento de 2,15% en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros —es decir, la mitad del aumento propuesto según el escenario D modificado— para su consideración en el Consejo Directivo.

10. La Delegada de **Venezuela (República Bolivariana de)** recordó que en la sesión de junio del Comité Ejecutivo su delegación había solicitado que la Oficina preparara un escenario que no incluyera un aumento de 14% en la porción del presupuesto asignada a los puestos de plazo fijo y que cambiara la distribución de los fondos entre el componente de los puestos de plazo fijo y el componente no asignado a puestos, para acordar una proporción más grande del financiamiento total a este último. Expresó su desilusión de que no se hubiera realizado un mayor esfuerzo para elaborar un escenario con estas características y reiteró su solicitud de que la Oficina preparara un escenario en el que el aumento del presupuesto para los puestos de plazo fijo no fuese superior a 5%. Sugirió que los costos relacionados con los puestos podrían reducirse pidiendo a los funcionarios de la OPS que renunciaran voluntariamente a los ajustes por el costo de la vida, a los aumentos de las prestaciones del seguro de enfermedad y otros aumentos reglamentarios, con lo cual se acrecentarían los fondos destinados a financiar los programas sustantivos de la Organización sin que hiciera falta necesariamente un aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros.

11. Con respecto a los puntos de vista expresados por los representantes de los Estados Miembros que participaron en la reunión como observadores, los delegados de **Brasil, Costa Rica y Paraguay** expresaron su apoyo a la versión modificada del escenario D, mientras los delegados de **Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá y México** favorecían el escenario C. La Delegada de **Canadá** dijo que su Gobierno seguía favoreciendo el crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros pero que estaba dispuesto considerar una propuesta que contemplara un aumento de 2,15% de las contribuciones señaladas. La Delegada de **México** señaló que la contribución de su país había aumentado durante los dos bienios anteriores, mientras que el presupuesto de la Secretaría de Salud había disminuido; por consiguiente, su Gobierno no estaba en condiciones de apoyar ningún aumento más a la contribución señalada que le correspondía para la OPS o cualquier otra organización internacional. El Delegado de **Chile**, al recordar que la contribución de su país había aumentado considerablemente como resultado de la revisión de la escala de cuotas de la OEA, manifestó que hacía falta más tiempo para analizar el proyecto de presupuesto. El Delegado del **Ecuador** dijo que

su Gobierno todavía estaba analizando los diversos escenarios propuestos y expresaría su opinión en el 51.º Consejo Directivo.
