

## **53.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS**

*Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014*

---

CD53/FR  
3 de octubre del 2014  
Original: inglés

**INFORME FINAL**

---

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión .....</b>	<b>6</b>
<b>Asuntos relativos al Reglamento</b>	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación de artículo 6.B de la Constitución de la OPS .....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día.....	7
<b>Asuntos relativos a la Constitución</b>	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo .....	7
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Brasil, Chile y El Salvador .....	10
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013.....	11
Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado).....	13
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud .....	16
Plan de acción para el acceso universal a sangre segura .....	19
Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación.....	21
Plan de acción sobre salud mental .....	22
Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia .....	23
Plan de acción sobre la salud en todas las políticas .....	27
Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales .....	28
Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria .....	30
Estrategia sobre legislación relacionada con la salud .....	32
Avance hacia una posición regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional .....	35
Colaboración de la OMS con los agentes no estatales (Consulta regional).....	37
Agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (Mesa redonda).....	40
Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas: desafíos y oportunidades ...	43
<b>Asuntos administrativos y financieros</b>	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	45
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013 .....	46
Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo .....	48
Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	49

**ÍNDICE** (cont.)

Página

<b>Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités</b>	
Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS .....	52
Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	52
<b>Premios</b>	
Premio OPS en Administración (2014) .....	52
Premios de la Fundación de la OPS.....	52
<b>Asuntos de información general</b>	
Actualización sobre la reforma de la OMS.....	54
Anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017 .....	58
Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS .....	60
Informe de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles .....	63
Sistematización de los mandatos de la OPS .....	64
Informes de progreso sobre asuntos técnicos	
A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático .....	66
B. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.....	67
C. Plan de acción para acelerar la reducción de mortalidad materna y la morbilidad materna grave .....	68
D. Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio .....	68
E. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza .....	70
F. Plan de acción de hospitales seguros .....	70
G. Situación de los centros panamericanos .....	71
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	
A. 67. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud .....	72
B. Cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos .....	72
C. Organizaciones subregionales.....	72

## ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
<b>Otros asuntos .....</b>	<b>73</b>
<b>Clausura de la sesión .....</b>	<b>73</b>
<b>Resoluciones y decisiones</b>	
<i>Resoluciones</i>	
CD53.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas.....	73
CD53.R2 Plan de acción sobre la salud en todas las políticas .....	74
CD53.R3 Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado .....	77
CD53.R4 Elección de tres estados miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Brasil, Chile y El Salvador.....	78
CD53.R5 Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la salud (BIREME).....	78
CD53.R6 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura .....	79
CD53.R7 Plan de acción sobre salud mental .....	82
CD53.R8 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales.....	84
CD53.R9 Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria .....	86
CD53.R10 Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo .....	88
CD53.R11 Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana....	89
CD53.R12 Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación.....	90
CD53.R13 Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia .....	93
CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	95
<i>Decisiones</i>	
CD53(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	99
CD53(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva.....	99
CD53(D3) Establecimiento de la Comisión General.....	99
CD53(D4) Adopción del orden del día .....	100
CD53(D5) Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por haber llegado a su término el mandato de Perú .....	100
CD53(D6) Estrategia sobre la legislación relacionada con la salud .....	100

**ÍNDICE** *(cont.)*

**Anexos**

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. El 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 66.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la OPS en Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

2. La doctora Carina Vance Mafla (Ecuador, Presidenta saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la doctora Vance Mafla; la doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP o la Oficina]); la Excm. Sra. Sylvia Mathews Burwell, Secretaria de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos; el Excmo. Sr. Ferdinando Regalia, Jefe de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo; el Excmo. Sr. José Miguel Insulza, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos; y el doctor Anarfi Asamoah-Baah, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud. Los respectivos discursos se pueden encontrar en el sitio web del 53.º Consejo Directivo.<sup>1</sup>

### Asuntos relativos al Reglamento

#### *Nombramiento de la Comisión de Credenciales*

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Argentina, Santa Lucía y San Martín para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD53[D1]).

#### *Establecimiento de la Mesa Directiva*

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CD53[D2]):

<i>Presidencia:</i>	República Dominicana	(Dr. Lorenzo Hidalgo)
<i>Vicepresidencia:</i>	Barbados	(Excmo. Sr. John David Edward Boyce)
<i>Vicepresidencia:</i>	Costa Rica	(Dra. María Elena López)
<i>Relatoría:</i>	Uruguay	(Dra. Susana Muñiz)

<sup>1</sup> Se encuentra en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es).

5. La Directora fue la Secretaria *ex officio* y el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP) actuó como Secretario Técnico.

***Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación de artículo 6.B de la Constitución de la OPS***

6. Se informó al Consejo Directivo que no sería necesario establecer un grupo de trabajo dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, párrafos 171 al 175 más adelante).

***Establecimiento de la Comisión General***

7. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo Directivo eligió a Cuba, Estados Unidos de América y Panamá para integrar la Comisión General (decisión CD53[D3]).

***Adopción del orden del día (documento CD53/1)***

8. El Consejo adoptó el orden del día provisional que figuraba en el documento CD53/1 sin cambio alguno. El Consejo también adoptó un programa de reuniones (documento CD53/WP/1, Rev. 1) (decisión CD53[D4]).

**Asuntos relativos a la Constitución**

***Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD53/2)***

9. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Brasil, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre octubre del 2013 y octubre del 2014, y mencionó especialmente aquellos temas que habían sido examinados por el Comité pero que no se habían sometido a la consideración del 53.º Consejo Directivo y explicó que informaría sobre los otros temas a medida que fueran tratados por el Consejo. Entre los temas que no estaban a la consideración del Consejo se encontraban los informes anuales de la Oficina de Ética, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y del Comité de Auditoría; el informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS; una actualización sobre la situación de los proyectos aprobados por el 48.º Consejo Directivo para ser financiados a partir de la Cuenta Especial; informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de los funcionarios de la OPS; modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana; y la solicitud de seis organizaciones no gubernamentales de entablar o renovar las relaciones oficiales con la OPS. Se puede encontrar mayor información en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD53/2).

10. La Directora agradeció su inestimable labor al Presidente y a los Miembros del Comité Ejecutivo.

11. El Consejo también agradeció su labor a los Miembros del Comité y tomó nota del informe.

***Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD53/3, Rev. 1)***

12. La Directora presentó su informe anual, cuyo tema fue “Innovar en pro de la salud”. El informe abarcaba el período desde mediados del 2013 hasta mediados del 2014, el primer año completo desde que los Estados Miembros le habían encomendado la tarea de dirigir la OPS y su secretaría, la Oficina Sanitaria Panamericana. Durante ese primer año, ella había entablado un fecundo diálogo con los Estados Miembros, los asociados y los interesados directos, que la había ayudado a fundamentar mejor y perfeccionar su visión de la manera en que debía posicionarse la Organización de cara al futuro.

13. La innovación era la base sobre la cual la Oficina y los Estados Miembros avanzarían y lograrían una repercusión positiva en el futuro de la salud en la Región de las Américas. En el informe se ponían de relieve algunos logros importantes durante el año anterior al proporcionar soluciones innovadoras, aunque a la vez prácticas, a los retos en materia de salud pública de la Región. Algunos ejemplos incluían la puesta en marcha de nuevos marcos de colaboración para el tratamiento de la infección por el VIH y el control de la tuberculosis, el progreso tangible en cuanto a la eliminación del cólera en la isla La Española, y la elaboración y ejecución de enfoques amplios e integrales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en los países de la Región. Esto último incluyó algunas iniciativas para disminuir la obesidad en la niñez y la adultez, reducir el consumo de bebidas gaseosas y otras bebidas azucaradas, prevenir el suicidio, y mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino.

14. Otro logro digno de mención era la Semana de la Vacunación en las Américas del 2014, en la cual habían participado 44 países y territorios, muchos de los cuales habían además aprovechado la oportunidad de llevar a cabo otras medidas preventivas. La optimización de cada contacto de las personas con los servicios de salud sería de fundamental importancia para lograr la cobertura universal de salud, una de las metas más ambiciosas emprendidas alguna vez por los Estados Miembros de la OPS. Para avanzar hacia esa meta, los países de la Región de las Américas debían superar las insuficiencias en cuanto a los recursos humanos para la salud y la distribución desigual de esos recursos. Algunos de esos desafíos estaban afrontándose mediante enfoques innovadores como la telemedicina y el ciberaprendizaje. Algunas iniciativas como el proyecto *Mais Médicos* [más médicos] en Brasil buscaban ampliar el acceso a la atención primaria de salud, en particular en zonas rurales y de difícil acceso.

15. La Organización podía sentirse legítimamente orgullosa por los muchos logros e innovaciones registrados en el año anterior. Sin embargo, la Oficina afrontaba importantes retos en su labor con los Estados Miembros. El cambio sería inevitable a medida que los Estados Miembros continuaran fortaleciendo su propia capacidad de liderazgo en el ámbito de la salud pública y que surgieran nuevos actores en el campo de

la cooperación internacional para la salud. Había una necesidad sustancial de adoptar enfoques innovadores para financiar y administrar las operaciones de la Oficina, y para adaptar su cooperación técnica a fin de satisfacer las necesidades de los Estados Miembros, tanto a nivel individual como de manera conjunta. En consonancia con los enfoques de la toda la sociedad y de todo el gobierno, la Oficina también tendría que explorar nuevas alianzas con otros sectores, otros organismos bilaterales y multilaterales, y los posibles asociados a los que aún no se había recurrido dentro de la Región de las Américas y fuera de ella.

16. Al mismo tiempo, la Organización debía afianzar sus logros pasados y la firme tradición de solidaridad panamericana que los había hecho posibles. La meta recientemente respaldada de lograr la cobertura universal de salud reflejaba el compromiso continuo de la Región de lograr resultados de salud pública innovadores a pesar de las enormes dificultades.

17. La Oficina mantenía su firme compromiso de lograr la excelencia técnica, mejorar la eficiencia y la eficacia de la Organización, movilizar los recursos necesarios para facilitar y apoyar los programas de cooperación técnica, y asegurar que sus recursos humanos tuvieran las mejores competencias y aptitudes. Seguiría trabajando en estrecha colaboración con los Estados Miembros y bajo su orientación en pos de las metas conjuntas de salud pública que protegerían y mejorarían la vida de todas las personas en todo el continente americano.

18. El Consejo Directivo manifestó su agradecimiento a la Directora por su labor de liderazgo y elogió los logros de la Oficina durante el período que abarcaba el informe. Los delegados subrayaron la importancia de la innovación para afrontar los desafíos en materia de salud de la Región. También se destacó la importancia de la cobertura universal de salud y, en ese contexto, se hizo hincapié en la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, trabajar para eliminar las disparidades socioeconómicas y en torno a la salud, y asegurar que la salud ocupase un lugar prominente en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. Los delegados también subrayaron la necesidad de redoblar los esfuerzos para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el tiempo que quedaba antes del 2015. Se instó a prestar especial atención a la salud de la madre, del recién nacido y del niño. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo conexos, y la promoción de modos de vida saludables también se consideraron prioridades. Se destacó la importancia del esfuerzo continuo para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y fortalecer los sistemas de vigilancia, en particular en vista de los brotes recientes de la enfermedad por el virus del Ébola.

19. Se destacó que el logro de los objetivos futuros en materia de salud dependería del compromiso colectivo y la voluntad política de los gobiernos, del liderazgo político eficaz y del financiamiento sostenible. La acción colaborativa intersectorial y los enfoques de toda la sociedad y de la salud en todas las políticas también se consideraron esenciales. Se señaló que los esfuerzos continuos hacia la reforma de la OMS tanto a nivel mundial como regional seguían siendo otra prioridad.

20. Las delegaciones agradecieron a la Oficina por el apoyo prestado a los esfuerzos de salud pública de sus países y describieron algunas iniciativas en marcha a nivel nacional encaminadas a, entre otras cosas, reducir la obesidad y la diabetes, disminuir el consumo de sal y azúcar y el tabaquismo, prevenir la infección por el VIH y mejorar el tratamiento para las personas que ya habían contraído el virus, disminuir las tasas de mortalidad materna y mejorar la salud maternoinfantil, abordar la violencia familiar y eliminar la oncocercosis. Con respecto a esta última enfermedad, se informó que Ecuador había sido certificado por la OMS como libre de oncocercosis y que México se estaba preparando para intentar recibir esa misma certificación. Varios Estados Miembros ofrecieron compartir sus experiencias al controlar y eliminar diversas enfermedades, fortalecer sus sistemas de atención de salud y de información de salud, trabajar para lograr la cobertura universal de salud y en otras áreas. El Delegado de Cuba señaló en ese sentido que su país estaba participando en los esfuerzos internacionales para combatir el ébola y ampliar el acceso a la atención de salud en otros países en desarrollo.

21. Un representante del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) destacó la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del cáncer, y dijo que el OIEA estaba trabajando en colaboración con la OPS y otros asociados para apoyar a los países de ingresos bajos y medianos en la ejecución de programas nacionales de lucha contra el cáncer con miras a lograr la meta establecida en el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* de la OMS de lograr una reducción relativa del 25% de la mortalidad relacionada con las enfermedades no transmisibles para el 2025.

22. La Directora dijo que, tras escuchar los numerosos logros de los Estados Miembros, temía no haber captado realmente en su informe todas las innovaciones que habían ocurrido en la Región en el transcurso de los doce meses anteriores. La dirección y el personal de la Oficina seguirían esforzándose por crear un entorno en el cual el personal pudiera concebir nuevas ideas y colaborar fructíferamente con los Estados Miembros para la innovación y el cambio. Creía que, para tener una repercusión positiva sobre la vida y el bienestar de las personas, era esencial subsanar las brechas en cuanto a los conocimientos, las prácticas, el acceso y el desarrollo. Tenía la esperanza de que la Oficina y los Estados Miembros pudieran encontrar maneras de aplicar la innovación, al mismo tiempo que se aprovechaba la experiencia previa, para abordar esas brechas y procurar que todas las personas tuvieran acceso a la mejor atención de salud posible y pudieran ser ciudadanos productivos de sus respectivos países.

***Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Brasil, Chile y El Salvador (documento CD53/4)***

23. El Consejo Directivo eligió a Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, y agradeció a Brasil, Chile y El Salvador los servicios prestados (resolución CD53.R4).

**Asuntos relativos a la política de los programas*****Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013 (Documento Oficial 348)***

24. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión preliminar del informe y la evaluación, y había recibido con satisfacción el importante progreso logrado bajo los 16 Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico 2008-2013. Sin embargo, el Comité había señalado que se requería mayor acción para abordar las metas clave del Plan Estratégico que no se habían cumplido plenamente, en particular la reducción de la mortalidad materna. En ese sentido, se había puesto de relieve la necesidad de fortalecer los sistemas integrados de servicios de salud; de mejorar las condiciones con respecto al acceso, la equidad y la solidaridad; y de mejorar los sistemas de información. Dadas las limitaciones fiscales en esos momentos, se había destacado la necesidad de adoptar un enfoque realista para definir las prioridades programáticas. Los delegados habían subrayado la importancia de continuar con el debate sobre la asignación de recursos entre las regiones de la OMS. Se había destacado que, si bien la Región había logrado considerable éxito en comparación con otras, no debía ser castigada por su éxito al recibir una asignación menor de la OMS.

25. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) presentó el informe final sobre la tercera y última evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013. Explicó que en el informe se habían aprovechado los dos informes de progreso presentados a los Cuerpos Directivos a fines de los bienios 2008-2009 y 2010-2011, y se habían incorporado las recomendaciones de los Estados Miembros en relación con aquellos informes anteriores. Además agregó que el Plan Estratégico 2008-2013 había sido el primero en ser concebido, ejecutado y evaluado de acuerdo con el marco de la gestión basada en los resultados de la Oficina. La evaluación final era un componente clave de la rendición de cuentas de la Organización a los Estados Miembros. En el informe se describían muchos logros importantes a nivel del impacto y de los resultados intermedios que también se ponían de relieve en un folleto que se había elaborado recientemente bajo el título “Progress in Health—Results of the PAHO Strategic Plan 2008-2013” [progreso en salud: resultados del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013]. En términos generales, en la ejecución del Plan Estratégico se habían logrado plenamente siete de los 16 Objetivos Estratégicos y los otros nueve casi se habían logrado. Además, 75 de los 90 resultados previstos a nivel regional y 233 de las 253 metas se habían cumplido o excedido.

26. La Región había afrontado muchos retos y dificultades al ejecutar el Plan Estratégico, que se analizaban en el informe junto con los motivos por los que no se habían logrado algunos de los resultados previstos. El informe también incluía un análisis de la situación financiera de la Región durante el período de ese Plan Estratégico, que había coincidido estrechamente con el inicio de la crisis financiera mundial y la posterior recesión. En consecuencia, ninguno de los tres programas y presupuestos de los seis años de ese Plan Estratégico había sido financiado plenamente, lo que ponía de relieve la

necesidad de fortalecer y ampliar los esfuerzos de movilización de recursos con los asociados tradicionales y no tradicionales.

27. El Consejo Directivo recibió con agrado los logros descritos en el informe. Su publicación se consideró un ejercicio importante que permitía a la Oficina y los Estados Miembros reflexionar sobre los éxitos y las dificultades, y aprender a partir de ellos. El Consejo se alegraba en particular de la tasa elevada de logros programáticos en el último bienio y se sentía alentado porque había disminuido la incidencia de la infección por el VIH y la tuberculosis. Otros resultados alentadores eran la disminución general registrada en las muertes prematuras para los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles y el aumento del porcentaje de la población de la Región cubierta por algún tipo de protección social. Al mismo tiempo, se consideró de especial importancia que en el informe se señalaran las áreas en las que no se habían logrado las metas, dado que el análisis de esas experiencias brindaría apreciaciones valiosas para el nuevo Plan Estratégico 2014-2019.

28. Un delegado propuso, como había sugerido el Comité Ejecutivo, que debían presentarse informes a los Estados Miembros sobre su propio desempeño al contribuir a los resultados previstos a nivel regional del Plan Estratégico del 2008-2013, para que los países fueran conscientes de las áreas en las cuales debían trabajar más. Para el futuro, se subrayó que se necesitaban líneas de base precisas para determinar los retos y los adelantos en cada una de las áreas referidas. Se consideró importante aumentar la fiabilidad de los datos y los informes a fin de mejorar la capacidad de análisis de los Estados Miembros.

29. Se instó a la Oficina a seguir trabajando hacia un método integrado de cooperación técnica que se vinculase, por un lado, a las estrategias de cooperación en los países y, por el otro, a las capacidades nacionales existentes, por ejemplo por intermedio de los centros nacionales de excelencia y los centros colaboradores de la OMS. También se alentó a la Oficina a que abordara la recomendación formulada en el párrafo 85 del informe de trabajar para cerrar las brechas restantes en los componentes de evaluación independiente y aprendizaje a fin de aplicar plenamente en la OPS la gestión basada en los resultados.

30. Se indicó que la falta de calidad de algunos indicadores y la adopción de metas poco realistas habían sido factores que habían tenido una incidencia importante en que no se alcanzasen algunas de las metas. Se esperaba que esos temas se estuvieran teniendo en cuenta en la labor en curso para elaborar y perfeccionar el Plan Estratégico 2014-2019.

31. El señor Walter respondió que una de las enseñanzas extraídas de la experiencia de la Oficina al evaluar el Plan Estratégico era ciertamente que se debía tener menos indicadores, aunque más precisos y cuantificables, para evaluar el desempeño tanto de la Oficina como de los Estados Miembros. Garantizó al Consejo que esas enseñanzas se habían aplicado en el Plan Estratégico 2014-2019.

32. La Directora agradeció a los Estados Miembros su actuación a nivel nacional para alcanzar las metas y los objetivos que se habían establecido. La publicación del informe era una indicación del progreso que había logrado la Organización hacia una mayor transparencia y rendición de cuentas. La labor que el grupo de trabajo estaba llevando adelante en esos momentos para el perfeccionamiento de las metas y los indicadores del Plan Estratégico 2014-2019 permitiría avanzar hacia una presentación de la información y rendición de cuentas aun mejores.

33. A pesar de que en el informe se describían muchos logros estratégicos alcanzados bajo el Plan Estratégico 2008-2013, no se mostraba la inequidad que persistía en la Región. Muchos grupos pobres y vulnerables no estaban logrando alcanzar los resultados descritos en el informe. La Región en su conjunto alcanzaría la mayoría de las metas con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero al desglosarse los resultados era evidente que muchas comunidades desfavorecidas no estaban obteniendo los mismos niveles de éxito. Esto hacía importante adoptar un enfoque para el futuro en el que se otorgase prioridad a evaluar las razones por las cuales las personas pobres y en situación de vulnerabilidad no tenían acceso a los servicios de salud, y a evaluar los determinantes sociales de la salud.

34. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado) (Documento Oficial 345 y Add. I)***

35. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido una actualización a cargo del presidente del Grupo de Trabajo de los Países (CWG por su sigla en inglés) responsable de la tarea de elaborar un compendio de los indicadores del Plan Estratégico 2014-2019. También se había pedido a ese grupo que formulara recomendaciones con respecto al método de seguimiento y evaluación conjuntos del Plan Estratégico, y que examinara y recomendara mejoras en cuanto a la metodología de estratificación de las prioridades programáticas. El Comité había subrayado la importancia de concluir el trabajo con respecto a los indicadores antes del 53.º Consejo Directivo, aunque se había reconocido que era posible que se necesitara más tiempo posteriormente a fin de ultimar las líneas de base y las metas, dado que sería necesario consultar a las autoridades nacionales. El Comité también había subrayado la necesidad de que las líneas de base fueran precisas a fin de medir el avance y había destacado la importancia de aplicar las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico 2008-2013.

36. El señor Alberto Kleiman (Brasil, presidente del Grupo de Trabajo de los Países) recordó que el CWG se había establecido de conformidad con la resolución CD52.R8, en la que se había solicitado al Comité Ejecutivo establecer un grupo de trabajo para seguir avanzando en los indicadores a nivel del impacto y de los resultados intermedios del Plan Estratégico 2014-2019. El CWG había estado integrado por representantes de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Paraguay y Perú. Los miembros eran administradores y planificadores

en el ámbito de la salud, además de funcionarios internacionales de salud con un alto grado de conocimientos técnicos especializados. El trabajo de este grupo se había caracterizado por una excelente colaboración, un gran entusiasmo y un fructífero debate encaminados a perfeccionar el Plan Estratégico, que a su vez había sido producto de un proceso colaborativo e intensamente participativo. Ese tipo de colaboración era ejemplo de una manera nueva y eficaz de trabajar que debía documentarse como una mejor práctica, promoverse dentro de la OPS y transmitirse a otras regiones.

37. El Grupo había celebrado dos reuniones presenciales y cinco virtuales, que habían dado lugar a varios productos importantes: la versión modificada del Plan Estratégico, un compendio de 26 indicadores de impacto y 78 indicadores de resultados intermedios,<sup>2</sup> y la elaboración de un nuevo proceso y sistema para el seguimiento y la evaluación del Plan Estratégico. El compendio incluía definiciones, líneas de base, metas y criterios de medición en un formato estandarizado para cada indicador. Los indicadores se habían hecho más uniformes y se había mejorado su convergencia con los indicadores mundiales de la OMS. Se habían logrado considerables mejoras con respecto a la definición y la medición de los indicadores de la esperanza de vida sana, la reducción de las inequidades en materia de salud y la reducción de la mortalidad debida a la atención de salud de calidad deficiente. Esas importantes innovaciones mostraban la visión y el compromiso de los Estados Miembros de ir más allá de la prevención y el control de las enfermedades, y el énfasis que se daba a la salud y el bienestar. En efecto, se había incluido un indicador específico con el propósito de medir el avance hacia la cobertura universal de salud.

38. El sistema de evaluación y seguimiento ayudaría a que la medición del progreso fuera más precisa. Los Estados Miembros tendrían acceso al sistema, lo que facilitaría la presentación de información y garantizaría la rendición de cuentas. En el capítulo VIII del Plan Estratégico se brindaba información sobre el seguimiento y la presentación de informes; además se estaba preparando un manual y directrices sobre el uso del sistema, y se ofrecerían sesiones de capacitación. Los miembros del CWG colaborarían con la Oficina para probar el sistema antes de su puesta en funcionamiento a principios del 2015.

39. El CWG había comenzado su examen del marco de estratificación de las prioridades programáticas, pero no había podido terminarlo dado el enorme trabajo necesario para cumplir su función principal de revisar los indicadores y preparar el compendio. Por consiguiente se recomendaba que este Grupo continuase su labor con respecto al marco de estratificación de las prioridades y que continuase funcionando hasta que se hubiera terminado la evaluación del programa y presupuesto correspondiente al primer bienio del Plan Estratégico.

40. El Consejo recibió con beneplácito la versión modificada del Plan Estratégico y el compendio de los indicadores, y manifestó su gratitud al CWG por su trabajo y a Brasil por su conducción del proceso. También se recibió con agrado el enfoque de la gestión

---

<sup>2</sup> Se puede encontrar en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23129&Itemid=&lang=s](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23129&Itemid=&lang=s)  
[p](#)

basada en los resultados que se había aplicado en el Plan Estratégico, al igual que el énfasis que se hacía en la rendición de cuentas y la evaluación. El Consejo manifestó su apoyo a que continuase la labor del CWG, en particular con respecto a la metodología de asignación de prioridades. A ese respecto, se subrayó la importancia de la planificación de abajo arriba y de fijar las prioridades. Se consideró esencial terminar esa labor cuanto antes, dado que ya se había empezado a ejecutar el Plan Estratégico. También se consideró urgente emprender las consultas con los Estados Miembros para la validación de las líneas de base y las metas de los indicadores.

41. Los delegados estuvieron de acuerdo en que el enfoque participativo y colaborativo había sido muy constructivo, y en que se debía fortalecerlo aun más y compartirlo con otras regiones de la OMS. Se consideró que el enfoque había fomentado que los Estados Miembros sintieran el Plan Estratégico como algo propio, lo que contribuiría a su ejecución eficaz y al logro de los resultados deseados. Se apoyó la idea de mantener un grupo de consulta permanente para colaborar con los funcionarios técnicos de la Oficina al supervisar la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Estratégico.

42. A pesar de que se reconocieron las mejoras en los indicadores, algunos delegados consideraron que era necesario seguir trabajando en algunas áreas, en particular para armonizar los indicadores del Plan Estratégico con los de la estrategia propuesta con respecto a la cobertura universal de salud (véanse los párrafos 46 al 57 más adelante) y el plan de acción propuesto sobre la salud en todas las políticas (véanse los párrafos 92 al 98 más adelante).

43. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) manifestó su agradecimiento a los miembros de CWG y estuvo de acuerdo en que el método del grupo del trabajo podría servir de modelo para futuros emprendimientos de colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros. No cabía ninguna duda de que el compendio de los indicadores ayudaría en la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico. La Oficina era consciente de que se requerían algunos ajustes más de los indicadores y colaboraría con los Estados Miembros para hacer dichos ajustes según fuera necesario. También seguiría trabajando con el CWG en el marco de estratificación de las prioridades programáticas.

44. La Directora sumó también su agradecimiento a los miembros de CWG y observó que era importante la participación tanto de los Estados Miembros como de la Oficina en la elaboración de indicadores bien formulados para el Plan Estratégico, dado que ambas partes eran responsables de los resultados inmediatos y los resultados intermedios. El compendio de los indicadores ayudaría a que ambas partes garantizaran la vigilancia continua que se requeriría. Estuvo de acuerdo en que era urgente terminar el trabajo con respecto a la asignación de las prioridades de las áreas programáticas si se pretendía aplicarlo en el presupuesto 2016-2017 y, por consiguiente, recibió con agrado la recomendación de que el CWG continuase su labor en ese sentido. A medida que la Organización avanzara en la ejecución, se necesitaría la colaboración continua entre la Oficina y los Estados Miembros para asegurar que los detalles operativos de las

estrategias y los planes de acción futuros estuvieran en consonancia con el Plan Estratégico.

45. El proyecto de resolución que figuraba en el *Documento Oficial 345, Add. I*, se modificó a fin de incluir varios cambios propuestos por el CWG y fue aprobado por el Consejo Directivo como la resolución CD53.R3.

***Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2)***

46. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con agrado la estrategia propuesta como una base sólida para el trabajo futuro a fin de lograr la cobertura universal de salud, pero había recomendado algunas modificaciones tanto de la estrategia como del proyecto de resolución sobre el tema. Por consiguiente, el Comité había decidido formar un grupo de trabajo para revisar el proyecto de resolución y para seguir colaborando posteriormente con la Oficina para ultimar la estrategia antes de someterla a la consideración del Consejo Directivo. El Comité había aprobado la resolución CE154.R17, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptase la estrategia, en el entendimiento de que seguirían las consultas en el período antes del Consejo Directivo y de que la Oficina revisaría la estrategia sobre la base de los aportes recibidos de los Estados Miembros.

47. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó la estrategia revisada que figuraba en el documento CD53/5, Rev. 1 y señaló que era el resultado de un proceso sumamente participativo que había reflejado el compromiso firme de los Estados Miembros con el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En la estrategia se abordaba un reto fundamental para la OPS en los próximos años que era asegurar que todas las personas y las comunidades tuvieran acceso de manera oportuna a servicios integrales y de alta calidad sin sufrir dificultades financieras indebidas. En el documento se reconocía que los países tenían distintos enfoques y maneras de organizar sus sistemas de salud para responder a ese reto y, sobre la base de esas experiencias y la evidencia disponible, se señalaban algunos elementos orientadores a fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

48. El doctor Antonio Barrios Fernández (Paraguay, presidente del grupo de trabajo) informó que el grupo de trabajo establecido por el Comité Ejecutivo, integrado por Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México y Paraguay, había celebrado cinco reuniones durante las cuales había emprendido una revisión detallada del documento de estrategia. El grupo había modificado el título del documento, agregando el “acceso universal a la salud”, y había hecho varios cambios en la propia estrategia, en particular había incluido algunas definiciones clave y modificado algunos elementos de las líneas estratégicas propuestas. Había logrado el consenso sobre prácticamente la totalidad del documento, aunque todavía debía acordarse la redacción de los párrafos 33, 36 y 52. El grupo de trabajo también había examinado el proyecto de resolución aprobado por el Comité

Ejecutivo y había recomendado diversas modificaciones. El doctor Barrios Fernández agradeció a los miembros del grupo de trabajo su espíritu de compromiso y panamericanismo.

49. El Consejo Directivo recibió con agrado la estrategia revisada y agradeció su labor al grupo de trabajo. Los delegados elogiaron el proceso participativo mediante el cual se había elaborado y revisado la estrategia, y se manifestaron complacidos de que la versión que figuraba en el documento CD53/5, Rev. 1 reflejase muchos de los puntos planteados durante las consultas nacionales al respecto. Se consideró que en la estrategia revisada se incorporaba un enfoque más pragmático que la versión examinada por el Comité Ejecutivo y que proporcionaría orientación útil a los Estados Miembros al afrontar algunos retos importantes con relación a los recursos humanos para la salud, el financiamiento de la salud, la reducción de los gastos en efectivo para recibir atención de salud y otros temas. Los delegados recibieron con beneplácito el reconocimiento que se hacía en la estrategia y en el proyecto de resolución de que cada país debía encontrar su propio camino hacia el acceso universal y la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, jurídico e histórico. Al mismo tiempo, se señaló que todos los países, independientemente del modelo estructural de su sistema de salud, tenían que adoptar medidas para eliminar las inequidades, lograr la estabilidad financiera y fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

50. Varios delegados citaron la falta de financiamiento adecuado y sostenible como el mayor reto para lograr y mantener la cobertura universal de salud. Se subrayó la necesidad de políticas públicas dirigidas a corregir las inequidades, reducir la exclusión y promover la justicia social, y crear un sistema de protección social para todos los grupos poblacionales. A pesar de que se apoyó en general el objetivo de eliminar gradualmente el pago directo de los servicios de salud, se señaló que el pago directo no siempre constituía una barrera al acceso y que podría tener un efecto redistributivo y, de ese modo, ayudar a reducir la inequidad. Por consiguiente, algunos delegados recomendaron que en la estrategia y el proyecto de resolución se debía requerir una reducción gradual del pago directo en lugar de su eliminación total.

51. Los delegados también destacaron la necesidad de fortalecer la gobernanza de la salud y los sistemas de salud. Muchos subrayaron la importancia de fortalecer la atención primaria de salud como un medio para ampliar el acceso a los servicios de salud. Se señaló que se había demostrado que la inversión en la atención primaria de salud producía tasas elevadas de rendimiento tanto con respecto a la ampliación de la cobertura como a la mayor satisfacción de la población. También se observó la necesidad de contar con personal de salud adecuado y con buen desempeño, y con un sistema de información de salud eficaz que pudiera mostrar las disparidades con respecto al estado de salud y la cobertura de salud.

52. Varios delegados señalaron los estrechos vínculos entre este punto y otros en el orden del día del Consejo, incluidos aquellos en relación con la salud en todas las políticas (véanse los párrafos 92 al 98 más adelante), la legislación relacionada con la

salud (véanse los párrafos 116 al 128 más adelante) y la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (véanse los párrafos 148 al 160 más adelante). También se sugirió que las enseñanzas extraídas de la iniciativa anterior sobre la “Salud para todos en el año 2000” debían aplicarse al esfuerzo para lograr la cobertura universal de salud.

53. Aunque se consideró que en general la estrategia revisada había mejorado sustancialmente, algunos delegados manifestaron que era necesario aclarar algunos conceptos, incluido el de los servicios de salud integrales y de buena calidad en el párrafo 36, y la noción de asegurar una vida más sana y la promoción del bienestar como objetivos clave en relación con la cobertura universal de salud en el párrafo 18. Se opinó que este último punto era vago y sería difícil de medir. En ese sentido, se destacó la necesidad de tener indicadores para medir el avance hacia la cobertura universal de salud. Se sugirieron como posibilidades los indicadores establecidos por la OMS y el Banco Mundial, como el pago directo de los servicios de salud y la asistencia calificada del parto. La disponibilidad de los medicamentos esenciales también se consideró un indicador importante.

54. Se manifestó decidido apoyo a un enfoque basado en los derechos y varios delegados afirmaron que el reconocimiento del derecho a la salud constituía la base para lograr el acceso universal y la cobertura universal de salud. Varios delegados hicieron hincapié en que era fundamental centrarse en los derechos en lugar de centrarse en el financiamiento. Sin embargo, otros delegados señalaron que no todos países reconocían los derechos relacionados con la salud en sus constituciones y subrayaron la necesidad de acordar una redacción que reflejase la diversidad de los enfoques en la Región. Con ese fin, se sugirió que en la estrategia no debía hacerse referencia al derecho a la salud sino al goce del grado máximo de salud que se pudiera lograr, como figuraba en la Constitución de la OMS, mencionándose además el derecho a la salud reconocido a nivel nacional, donde fuera aplicable.

55. El doctor Fitzgerald observó que los comentarios del Consejo coincidían con el rico debate que había tenido lugar en el Comité Ejecutivo, el grupo de trabajo y las consultas nacionales, que se había centrado en los principios y los valores que los Estados Miembros habían adoptado al desarrollar sus sistemas de salud y su enfoque sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La Oficina esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros para abordar los temas pendientes en la estrategia y el proyecto de resolución.

56. La Directora agradeció a los Estados Miembros que hubieran colocado la meta de la atención universal de salud en un lugar alto en la agenda nacional y regional, y señaló que muchos ya habían emprendido iniciativas para la realización progresiva de esta meta. Tenía la esperanza de que el Consejo pudiera lograr el consenso con respecto a los pocos puntos pendientes en la estrategia y el proyecto de resolución para que la Región de las Américas pudiera avanzar en pos del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

57. A petición del Consejo, el grupo de trabajo celebró varias reuniones durante la semana con miras a alcanzar el consenso con respecto a la estrategia y el proyecto de resolución. El Consejo posteriormente estuvo de acuerdo en revisar la redacción de los párrafos 33, 36 y 52 de la estrategia como se muestra en el documento CD53/5, Rev. 2 y aprobó la resolución CD53.R14, mediante la cual se adoptó la estrategia.

***Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (documento CD53/6)***

58. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo), al informar sobre la consideración del Comité de una versión anterior del plan de acción propuesto, dijo que el Comité había agradecido a la Oficina por asegurar la atención continua al importante tema del acceso y la seguridad de la sangre, y había elogiado el enfoque participativo usado para elaborar el plan. Se había sugerido que en las políticas y la toma de decisiones con respecto a la seguridad y la disponibilidad de la sangre debían tenerse en cuenta consideraciones éticas, la eficiencia operativa y el análisis de costos y beneficios, al igual que el uso racional de los hemoderivados, en el marco de una evaluación de las necesidades nacionales. El intercambio de datos a nivel nacional e internacional se había considerado fundamental para la toma de decisiones acerca de las políticas nacionales sobre la seguridad y la disponibilidad de la sangre.

59. Varios delegados habían mencionado algunas cuestiones en las que creían que no se había hecho suficiente hincapié en el documento. Una de ellas era la seguridad inmunológica, que iba más allá de realizar pruebas para detectar agentes infecciosos en la sangre; otra era el uso racional de la sangre a fin de garantizar el uso más eficiente y eficaz de las donaciones y reducir el desperdicio. El Comité había examinado una resolución modificada en la que se habían incorporado los cambios propuestos y había hecho algunas modificaciones más de la redacción. Con esos cambios, el Comité había aprobado la resolución CE154.R16, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptase el plan de acción.

60. El Consejo Directivo recibió con agrado el plan de acción propuesto y señaló que el suministro fiable y sin riesgos de sangre y hemoderivados mejoraba extraordinariamente la calidad de vida y la esperanza de vida de los pacientes con una variedad de enfermedades agudas o crónicas. Se señaló que la sangre segura tenía un papel particularmente importante que desempeñar en los países que estaban realizando un esfuerzo considerable para disminuir la mortalidad de la madre y el lactante. El acceso universal a sangre segura se consideraba imprescindible para el desarrollo integral de los sistemas de salud y el cumplimiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Se subrayó que debía garantizarse el acceso sin distinciones en cuanto a la edad, el sexo, el origen étnico, la ideología política, la situación económica o social, la religión o la orientación sexual.

61. Varios delegados describieron los mecanismos de sus países a nivel nacional, tanto médicos como reglamentarios, para el acceso a sangre segura y afirmaron su compromiso de lograr que dicho acceso fuera universal. Algunos también describieron los planes de su país para lograr mejoras a corto y mediano plazo en cuanto al suministro,

la manipulación y el uso de la sangre y los hemoderivados. Un delegado señaló que el organismo nacional responsable del suministro de sangre también incluiría a representantes del sector de la educación, a fin de ayudar a inculcar en los niños en edad escolar una cultura de donación voluntaria. Varios delegados observaron que al menos algunas de las medidas en el plan de acción ya estaban en vigor en sus países o lo estarían en breve, y algunos solicitaron el apoyo de la Oficina para instituir diversas medidas y mecanismos. Otros delegados dijeron que algunas mejoras en sus sistemas nacionales de sangre habían surgido a partir de las deliberaciones que habían tenido lugar en el transcurso de la preparación del plan de acción.

62. Se estuvo de acuerdo en que la donación altruista voluntaria era una de las mejores maneras de reducir el riesgo de infecciones y se alentó a todos los Estados Miembros a que fomentaran una cultura de donaciones voluntarias reiteradas. Algunos delegados proporcionaron datos sobre su nivel actual de donaciones de sangre voluntarias y no remuneradas, y describieron sus iniciativas para aumentar las tasas de donación, incluida la creación de clubes de donantes y esfuerzos para persuadir a los donantes de reemplazo de las familias a que se convirtieran en donantes voluntarios no remunerados. Se reconoció que el avance de los países había sido desigual y se sugirió que los Estados Miembros debían apoyarse entre sí a fin de alcanzar la meta de 100% de donación voluntaria no remunerada.

63. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) describió el largo proceso que había llevado a la presentación del plan de acción propuesto, que había comenzado en el 2006 con la adopción del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010<sup>3</sup> y que había sido examinado cinco años después. En ese examen se había encontrado que era necesario aplicar un enfoque más firme de la organización de los servicios de sangre, incluida su integración dentro de los sistemas de salud, el fortalecimiento de los procesos reglamentarios pertinentes y la consideración de cuestiones relativas a la gestión de la calidad. El resultado había sido el plan de acción propuesto que figuraba en el documento CD53/6. Se esperaba que el plan llevara a un aumento sustancial de la tasa de donación voluntaria no remunerada, que actualmente era de aproximadamente 41% para la Región en su totalidad.

64. La Directora dijo que estaba claro que la Región debía moverse rápidamente hacia el acceso universal a sangre segura, dentro de un enfoque integrado de los sistemas de salud y sobre la base de las donaciones altruistas voluntarias, preferentemente reiteradas. Era también necesario mejorar la capacidad de tamizaje universal, la hemovigilancia y el seguimiento. La Oficina esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros en la ejecución del plan de acción.

65. Tras la consideración de algunas modificaciones propuestas durante el debate, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R6 mediante la cual se adoptó el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura*.

---

<sup>3</sup> Véase el documento CD46/16 y la resolución CD46.R5.

***Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (documento CD53/7, Rev. 1)***

66. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había apoyado el plan de acción propuesto. Los Miembros del Comité habían recibido con beneplácito el hincapié que se hacía en el plan a la necesidad de abordar la escasez de servicios públicos para las personas con discapacidad y el suministro inadecuado de dispositivos de asistencia técnica para ellos, así como el estigma, los prejuicios y las transgresiones de los derechos humanos que enfrentaban las personas con discapacidad. El plan había sido considerado como un camino hacia adelante para mejorar los sistemas de salud y profundizar el diálogo intersectorial necesario en los países. Se había sugerido que debía haber un número mayor de indicadores para permitir una evaluación integral del grado de logro de los objetivos propuestos. También se había sugerido que podría ser aconsejable incluir en el plan de acción una lista de las causas posibles de discapacidad y determinar aquellas que debían priorizarse, ya fuera por la mayor vulnerabilidad que causaban o porque las intervenciones contra ellas eran particularmente costoeficaces. El Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE154.R5, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo adoptase el plan de acción.

67. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto. Los delegados se manifestaron complacidos de que estuviera en estrecha consonancia con otros instrumentos similares, como el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021*, y consideraron que contribuiría a promover una sociedad inclusiva y armoniosa en la cual las personas con discapacidad pudieran gozar de sus derechos plenos y tuvieran realmente acceso a los servicios de salud.

68. Varios delegados describieron la atención que se brindaba a las personas con discapacidad en sus países y los servicios que tenían a su disposición. La Delegada de Ecuador comentó que hasta hacía poco no se sabía cuántas personas con discapacidad había en su país ni qué tipo de discapacidad tenían: en efecto, habían sido invisibles. Sin embargo, recientemente la atención de las personas con discapacidad y la defensa de sus derechos humanos se había convertido en una prioridad nacional. Los esfuerzos de Ecuador habían contado con el apoyo de Cuba y Venezuela, y ahora su país estaba orgulloso de estar en la vanguardia de este tipo de cometidos en todo el mundo. Por ejemplo, había promovido, con el apoyo de otros países de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021* que había sido adoptado en la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Varios delegados elogiaron el liderazgo de Ecuador en este tema.

69. Algunos delegados informaron que sus países ya estaban ofreciendo al menos algunos de los servicios y beneficios recomendados en el plan de acción. Otros describieron las medidas tomadas recientemente para estar en consonancia con el plan propuesto o con el plan de acción mundial de la OMS. Se subrayó que el cuidado de las personas con discapacidad era una actividad multisectorial, que iba más allá del ministerio de salud e incluía a todos los ministerios, los prestadores de servicios pertinentes y la sociedad civil. Se opinó que este tipo de colaboración multisectorial se

lograría mejor mediante la rehabilitación comunitaria en la que se procuraba empoderar a las personas con discapacidad y a sus familias.

70. Se sugirieron diversas modificaciones a la redacción del plan de acción y del proyecto de resolución. En particular, se subrayó que, si bien el plan de acción debía estar en consonancia con los principios establecidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no debía dar la impresión de que se exigía la ratificación de esa Convención, dado que no todos los países lo habían podido hacer aun. También se sugirió que en el plan de acción y la resolución propuestos la discapacidad debía presentarse como una cuestión de salud pública, en lugar de hacerlo como una carga o un problema, y que la redacción debía modificarse en consecuencia.

71. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) afirmó que las observaciones de los Estados Miembros ponían de manifiesto su compromiso de enfrentar los temas relativos a la discapacidad y la rehabilitación, y dijo que las diversas sugerencias servirían indudablemente para mejorar la calidad del plan de acción y la resolución.

72. Tras la incorporación de las diversas modificaciones propuestas, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R12 mediante la cual se adoptó el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación*.

***Plan de acción sobre salud mental (documento CD53/8, Rev. 1)***

73. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había apoyado en general la visión y las líneas de acción del plan de acción propuesto. Sin embargo, se había sugerido que algunos temas merecían un énfasis mayor. Uno de los temas que varios delegados habían mencionado era la rehabilitación y la reintegración social, para las cuales no se había incluido ningún indicador en el plan. Se había considerado que también se debía hacer hincapié en la prevención, el diagnóstico oportuno y la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud, y que debía aclararse que todos los aspectos del plan se aplicaban al espectro total de los trastornos de salud mental, incluido el consumo nocivo de alcohol y el consumo de sustancias psicotrópicas. Se había considerado importante mencionar explícitamente que los Estados Miembros tendrían la flexibilidad para ejecutar las actividades de una manera apropiada según su contexto nacional. El Comité había aprobado la resolución CE154.R12, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptase el plan de acción.

74. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto y señaló que reflejaba la importancia de afrontar los retos en el área de la salud mental, así como los esfuerzos que se estaban realizando para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad conexas. El Consejo notó en particular que el plan regional de acción estaba en consonancia con el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* de la OMS. También se manifestó complacido de que en el plan se incorporasen claramente tanto los trastornos mentales como los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas e

hizo considerable hincapié en la importancia de integrar los trastornos conductuales en la atención primaria. El Consejo recibió con agrado la inclusión en el plan de un objetivo específico en relación con la prevención del suicidio y reconoció el trabajo emprendido por la Oficina para dar al plan un enfoque amplio, incluida la consideración de los retos que presentaban los cambios demográficos y su efecto sobre los servicios de salud mental en la Región de las Américas.

75. Varios delegados describieron la manera en que se abordaba el tema de la salud mental en sus países, cómo se integraba el plan nacional de salud mental en el sistema nacional de salud más amplio, y cómo convergía con el plan regional propuesto y el plan mundial de la OMS. Algunos delegados hablaron de que en su país era necesario poner en marcha una reestructuración progresiva del sistema de salud a fin de promover la atención de los trastornos mentales al nivel primario y secundario, reservando el nivel terciario de la atención para una porción más pequeña de los pacientes con una necesidad mayor. Varios delegados sugirieron que en el plan se debía hacer más hincapié en la rehabilitación de los pacientes de salud mental y su reintegración en la sociedad.

76. Algunos delegados informaron que en sus países se estaban reestructurando los servicios de salud mental para reducir el número de hospitales psiquiátricos o que se estaba revisando el enfoque existente con respecto a los hospitales para pasar a un modelo integral de atención en el que hubiera pleno respeto de los derechos humanos de los pacientes y se eliminase el estigma asociado a estos trastornos. Se subrayaron las ventajas de la atención basada en la comunidad y en la familia. Se destacó además la importancia de la participación de la sociedad civil para ampliar el alcance de las intervenciones de salud mental, al igual que la necesidad de consultar a las comunidades indígenas y locales al elaborar enfoques de salud mental.

77. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) resumió el extenso proceso que había culminado en el plan de acción propuesto, que había empezado con la Declaración de Caracas adoptada en 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Manifestó que le complacía ver el amplio apoyo al plan propuesto y que había tomado nota de las diversas observaciones para perfeccionarlo.

78. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R7, mediante la cual se adoptó el *Plan de acción sobre salud mental*.

***Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (documento CD53/9, Rev. 2)***

79. Las deliberaciones del Consejo sobre el plan de acción propuesto fueron precedidas por un discurso de apertura a cargo de la Exma. Sra. Wilma Pastrana Jiménez, Primera Dama de Puerto Rico, quien describió algunas de las iniciativas que se habían puesto en marcha en Puerto Rico a fin de reducir la obesidad en la niñez y la adolescencia. Señaló que las tasas de obesidad en la Región eran las más elevadas del mundo y que el problema era particularmente grave en la población infantil. En el Caribe

oriental, por ejemplo, la tasa de obesidad en niños de 4 años de edad o menos se había duplicado entre el 2000 y el 2010 y, en consecuencia, esos niños tenían mayores probabilidades de contraer otras enfermedades, como la diabetes de tipo 2, el asma y las enfermedades cardiovasculares, y se reducía su esperanza de vida.

80. Sin embargo, la obesidad en la niñez y la adolescencia se podía prevenir y los gobiernos, la sociedad civil, las universidades e instituciones de investigación y el público en general tenían la responsabilidad ética de adoptar medidas para abordar el problema. Puerto Rico había puesto en marcha su propio plan en el que se incorporaban las líneas estratégicas de acción contempladas en el plan de acción propuesto por la OPS: atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna; mejor nutrición y más actividad física en el entorno escolar; políticas fiscales favorables, reglamentación de la publicidad y promoción del etiquetado adecuado de los alimentos; y vigilancia, investigación y evaluación de los resultados.

81. Los esfuerzos de Puerto Rico para prevenir la obesidad en la niñez y la adolescencia se basaban en la firme convicción de que la salud era un derecho fundamental de todos los ciudadanos y de que asegurar un sistema de salud eficaz era una cuestión de justicia social y derechos humanos. Desde que se había convertido en Primera Dama en el 2013, había centrado su labor en el desarrollo de proyectos sociales y educativos que promulgasen el bienestar en condiciones de equidad para toda la población. Una de esas iniciativas procuraba promover la actividad física y la alimentación saludable. Otra tenía como finalidad facilitar la siembra de huertos comunitarios y en las escuelas a fin de que hubiera más frutas y verduras disponibles. La Primera Dama invitó a todos los Estados Miembros a que se unieran para combatir la epidemia de la obesidad en la Región y así asegurar una vida mejor para las generaciones actuales y futuras. El texto del discurso de la Primera Dama se puede encontrar en el sitio web del 53.º Consejo Directivo.

82. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había reconocido la gravedad del problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia, y que había acogido con agrado el hincapié que la OPS estaba haciendo sobre este problema. Se había reconocido la necesidad de actuar de manera urgente, pero se había considerado necesario adoptar un enfoque escalonado para que la ejecución tuviera un ritmo manejable. También se había considerado esencial adoptar un enfoque intersectorial integrado. Se había señalado que las políticas y los enfoques de los Estados Miembros estarían configuradas por su contexto nacional, y se había destacado la importancia de la flexibilidad, la adaptabilidad y la determinación de las prioridades dirigida por el país. También se había señalado que el plan debía ser lo bastante flexible como para hacer lugar a las recomendaciones del grupo de trabajo especial sobre ciencia y pruebas científicas, que había sido convocado por la Directora General de la OMS con miras a alcanzar el consenso a escala mundial con respecto a la evidencia y recopilar la mejor evidencia posible sobre la manera en que se debía abordar la crisis de la obesidad en la niñez. En el entendimiento de que el plan se modificaría para incorporar las observaciones que se habían hecho, el Comité había aprobado la resolución CE154.R2 en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptase el plan de acción propuesto.

83. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción y señaló que estaba en consonancia con el enfoque de la totalidad del curso de vida para la prevención de las enfermedades no transmisibles. Los delegados manifestaron confianza de que las líneas estratégicas de acción y el enfoque multisectorial propuestos los ayudarían a avanzar hacia la meta de reducir la obesidad en la niñez y la adolescencia. Se indicó que la Región de las Américas tenía la responsabilidad de actuar como catalizadora del cambio dado que era la región con las tasas más elevadas de sobrepeso y obesidad del mundo. Algunos delegados explicaron que la obesidad en la niñez tenía una repercusión doblemente negativa, dado que amenazaba con anular muchos de los adelantos médicos y sociales logrados hasta ese momento, en particular la reducción considerable de la mortalidad infantil y la disminución de la prevalencia de la desnutrición en la Región.

84. Varios delegados señalaron que el sobrepeso y la obesidad no eran tan solo un problema de salud y, por consiguiente, no podían ser enfrentados por enfoques de una única solución elaborados de manera aislada; más bien, era esencial lograr respuestas multisectoriales sostenidas. Por ejemplo, era necesario que hubiera cooperación entre el sector de la salud y los ministerios de educación, deportes o asuntos juveniles para procurar que se diera mayor prominencia a la educación física en los programas juveniles y en las escuelas, y entre el ministerio de salud y el de agricultura y ganadería para promover los alimentos frescos. Además, abordar eficazmente el problema requería incluir a los sectores público, privado y no gubernamental.

85. Se indicó que un complejo conjunto interrelacionado de factores contribuía a las tasas cada vez mayores de sobrepeso y obesidad, a todos los niveles desde el individuo y la familia hasta la sociedad en su conjunto. En particular, la obesidad en la primera infancia se vinculaba en parte al comportamiento de los padres, lo que incluía la disminución de la comida casera y de la actividad física en las familias. Otro factor importante era el acceso menor a alimentos de alta calidad que fueran asequibles. Se consideró necesario promover un cambio cultural a fin de abordar este problema multifacético. La reglamentación eficaz de la producción y la publicidad de alimentos también se consideraron esenciales. A este respecto se señaló que algunas iniciativas reglamentarias nacionales estaban en riesgo debido a los intereses comerciales inescrupulosos y los grupos de presión transnacionales que procuraban evitar la aplicación de las políticas de salud pública o hacerlas fracasar. Un delegado comentó que, si bien la Oficina podía desempeñar una función valiosa al ayudar a los Estados Miembros a tomar medidas integrales con respecto al importante tema de la obesidad, al mismo tiempo tenía que respetar las prioridades fijadas por los países y la necesidad de flexibilidad para responder a los contextos nacionales específicos.

86. Varios delegados describieron la situación de la obesidad en sus países, en particular la obesidad en la niñez y la adolescencia. En la mayoría de los casos la prevalencia no solo era preocupantemente alta, sino que estaba aumentando en forma sostenida. Los delegados también describieron los pasos que sus gobiernos estaban dando a fin de combatir la epidemia, y muchos señalaron que las medidas contra la obesidad se habían incluido en las iniciativas para combatir las enfermedades no transmisibles o estaban estrechamente relacionadas con dicha labor, dado el vínculo estrecho entre el

sobrepeso y estas enfermedades, en particular la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías.

87. Varios delegados informaron que sus gobiernos estaban promoviendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida. Esto había requerido cambios en diversas leyes y reglamentos para que, por ejemplo, los empleadores proporcionasen espacios de lactancia materna en el lugar de trabajo. Además se habían introducido o fortalecido las leyes que reglamentaban la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Otra iniciativa generalizada había sido el aumento de los impuestos sobre las bebidas azucaradas. Algunos Estados Miembros también habían incrementado los impuestos sobre los alimentos muy procesados o de alto contenido calórico y bajo valor nutricional. Varios Estados Miembros habían trabajado para mejorar el etiquetado de los alimentos a fin de lograr mayor claridad en cuanto a los ingredientes y el contenido de sal, azúcar y grasa. Se había prestado especial atención al etiquetado, la publicidad y la venta de los alimentos y las bebidas dirigidos a la población infantil y adolescente. Además se hizo hincapié en el aumento de la práctica del ejercicio físico en la niñez y la adolescencia.

88. Se sugirió que la Oficina o la Secretaría de la OMS podrían establecer algunos criterios científicos con respecto a la ingesta de calorías recomendada para diferentes grupos etarios, así como las normas para el etiquetado y la publicidad de los alimentos. Otra sugerencia fue que la Oficina crease un comité de expertos para preparar una propuesta de límites con respecto al contenido de sodio, azúcar y grasas insalubres en los productos alimenticios. Algunos delegados comentaron la repercusión del comercio internacional en el suministro de alimentos de la Región y señalaron que, si bien el comercio entre los países en muchos casos había enriquecido la cocina, en otros casos había dado lugar a una mayor importación de alimentos poco saludables.

89. La doctora Chessa Lutter (Asesora Regional, Alimentación y Nutrición, OSP) observó que los Estados Miembros de la OPS eran líderes mundiales en cuanto a las medidas encaminadas a reducir la obesidad en la niñez y la adolescencia, incluidas las políticas fiscales y reglamentarias. Los temas particularmente importantes que habían surgido del debate eran la necesidad de emprender acciones multisectoriales para prevenir la obesidad en la niñez, y la importancia fundamental de la lactancia materna para reducir la obesidad y muchos otros problemas de la salud infantil.

90. La Directora dijo que era evidente a partir de las observaciones que los Estados Miembros entendían la urgencia de la situación con respecto a la obesidad en la niñez y la adolescencia, y agradeció su compromiso firme para abordar la epidemia.

91. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R13, mediante la cual se adoptó el plan de acción.

***Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (documento CD53/10, Rev. 1)***

92. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo que el plan de acción propuesto sobre la salud en todas las políticas (STP) se había preparado en respuesta a una recomendación formulada en las consultas regionales celebradas en preparación para la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que se había centrado en la manera en que debía ponerse en práctica el enfoque de la STP. El plan de acción propuesto se había considerado un recurso útil para guiar a los países al aplicar el enfoque. Sin embargo, no se había considerado que estaba listo para ser adoptado por el Consejo Directivo, por lo que se habían formulado muchas sugerencias para mejorarlo, incluidos algunos cambios encaminados a tornar más clara la redacción del plan y hacerlo menos prescriptivo y más flexible, aclarando que cada Estado Miembro debía adaptar el plan a su propio contexto y a su sistema político y social.

93. Habida cuenta de las numerosas modificaciones sugeridas tanto del plan de acción como del proyecto de resolución sobre el tema, el Comité había decidido que se debía solicitar al grupo de trabajo que se había formado para revisar la estrategia y resolución propuestas sobre la cobertura universal de salud (véanse los párrafos 46 al 57 anteriores) que también revisase el plan de acción y la resolución propuestos sobre la salud en todas las políticas. El Comité había aprobado la resolución CE154.R14, en la que se habían incluido muchas modificaciones propuestas por el grupo de trabajo. Se había acordado que las consultas seguirían en el período antes del 53.º Consejo Directivo y que la Oficina modificaría el plan de acción sobre la base de los insumos recibidos de los Estados Miembros.

94. El Consejo apoyó el plan de acción modificado y sus líneas estratégicas, objetivos y metas, que se consideraron ambiciosos pero claros y factibles en el contexto de los países de la Región. En particular, el Consejo recibió con agrado el hincapié en la acción intersectorial que se hacía en el plan. Todos los delegados que hicieron uso de la palabra sobre este punto subrayaron la importancia de este tipo de acción para abordar los determinantes de la salud que estaban fuera del control directo del sector de la salud. Además se destacó la importancia de los enfoques de la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad. Con relación a esto último, se planteó la necesidad de que la comunidad y la sociedad civil participasen en la formulación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores. Varios delegados indicaron que las actividades previstas en el plan estaban en consonancia con los enfoques intersectoriales que se estaban aplicando en sus países para abordar los determinantes sociales de la salud, reducir las desigualdades sociales y de salud, y promover la salud y el desarrollo. Varios delegados también observaron el vínculo entre este plan y otras iniciativas tratadas por el Consejo Directivo, en particular la cobertura universal de salud (véanse los párrafos 46 al 57 anteriores) y la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (véanse los párrafos 148 al 160 más adelante).

95. Se consideró esencial compilar la evidencia sobre los efectos que las políticas de otros sectores tenían en la salud y los determinantes de la salud para promover la

colaboración entre los sectores y promover la salud en todas las políticas. También se destacó la importancia de la diplomacia en el ámbito de la salud a fin de fomentar la colaboración intersectorial.

96. Se formularon varias sugerencias con miras a fortalecer el plan desde un punto de vista operativo y aclarar los vínculos entre algunos de los indicadores y objetivos. En particular, se sugirió que el indicador 4.1.1 debía modificarse para que dijese "...hacer participar a las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas bajo el abordaje de salud en todas las políticas y no de las políticas en todos los sectores". Una delegada señaló que la mayoría de los indicadores eran indicadores de procesos y sugirió que se necesitaban más indicadores de resultados.

97. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) estuvo de acuerdo en que las modificaciones sugeridas mejorarían el plan, en particular con relación a la promoción de los métodos intersectoriales de formulación de políticas, y dijo que la Oficina intentaría determinar algunos indicadores de resultados sobre la base de algunas de las experiencias de los Estados Miembros. Alentó a las delegaciones a que proporcionaran a la Oficina más detalles acerca de las iniciativas sobre la STP a nivel nacional para que la información sobre las experiencias exitosas pudiera ponerse a disposición de otros países.

98. El proyecto de resolución se modificó de acuerdo con lo indicado durante el debate y fue aprobado por el Consejo como la resolución CD53.R2.

***Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales (documento CD53/11)***

99. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había apoyado en términos generales el plan y el proyecto de resolución sobre el tema. Sin embargo, se había indicado que en la resolución debía reconocerse el contexto nacional de cada Estado Miembro, dado que la responsabilidad de prestar los servicios de salud no siempre se encontraba a nivel nacional. Además, se había instado a la Oficina a que usara los indicadores del Plan Estratégico 2014-2019 y el *Plan de acción mundial sobre salud ocular universal 2014-2019* de la OMS a fin de que no se impusiesen a los Estados Miembros más obligaciones de presentación de información. El Comité había aprobado la resolución CE154.R9, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptase el plan de acción.

100. El Consejo Directivo manifestó su apoyo a la aprobación del plan de acción y el proyecto de resolución. Se observó que la preservación y la promoción de la salud ocular eran vitales para preservar la calidad de vida, la productividad y el bienestar. Todos los delegados que hicieron uso de la palabra recibieron con enorme agrado la contribución que el plan de acción haría a la salud de las personas de la Región. Se recibió con beneplácito el hincapié que se hacía en el plan en ciertos segmentos específicos de alto riesgo de la población, como los bebés prematuros y los mayores de 50 años.

101. Una delegada se manifestó complacida de observar que la redacción del proyecto de resolución brindaba suficiente flexibilidad para que los Estados Miembros pudieran adaptar el plan a sus responsabilidades jurisdiccionales. Otra delegada recibió con particular agrado el hincapié que se hacía en el plan de la necesidad de aumentar el acceso a la cirugía de catarata para todos los segmentos de la población, especialmente en aquellos casos que se debían al envejecimiento de la población y el aumento mundial de las complicaciones relacionadas con la diabetes.

102. Varios delegados describieron los servicios de salud ocular al alcance de la población de sus países. Esos servicios incluían el tamizaje de las enfermedades oculares y de las enfermedades sistémicas que afectaban la salud ocular, como la hipertensión y la diabetes; la prevención y el tratamiento temprano de la retinopatía del prematuro; la detección y el tratamiento del estrabismo en los niños pequeños; la cirugía para cataratas congénitas y contraídas; el tratamiento del glaucoma; la detección y el tratamiento de retinopatía diabética; el tratamiento del defecto de refracción en personas de 65 años de edad o más; el tratamiento del desprendimiento de retina; y muchos otros. Varios delegados observaron que, a pesar del considerable nivel de éxito al tratar los trastornos oculares, era necesario mejorar los esfuerzos en el futuro en torno a cada una de las líneas estratégicas de acción establecidas en el plan propuesto, concentrándose en las zonas remotas y las poblaciones vulnerables. Se consideró que se debía coordinar y focalizar mejor esta labor, y que debía hacerse más hincapié en eliminar las causas de la ceguera evitable así como en garantizar el acceso de las personas con deficiencias visuales a los servicios de rehabilitación.

103. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) recibió con agrado el respaldo de los Estados Miembros del plan de acción y confirmó que la Oficina estaba preparada para prestar apoyo y ayuda tanto para la elaboración como para la ejecución de los propios planes de acción de los Estados Miembros. En el plan de acción se adoptaba un enfoque de la totalidad del ciclo de vida y se abarcaba el espectro entero de la prevención, la detección temprana y la prestación inmediata y apropiada de atención médica. Por lo tanto, la ejecución incluiría un enfoque transversal de los servicios de atención de la salud ocular y el fortalecimiento del concepto del acceso universal a la salud en esta área.

104. La Directora dijo que, aunque los Estados Miembros habían registrado importantes progresos hacia la reducción de las deficiencias visuales y la ceguera, todavía era necesario en la Región mejorar la prevención, la detección y el tratamiento y la atención, así como centrarse en la rehabilitación, con especial énfasis en los grupos poblacionales especialmente vulnerables. La Oficina colaboraría con todos los Estados Miembros para alcanzar las metas establecidas en el plan, con el propósito de asegurar un mejor nivel de salud y bienestar para todas las personas.

105. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R8, mediante la cual adoptó el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales*.

***Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (documento CD53/12)***

106. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del plan de acción propuesto, y había considerado que las actividades previstas en él ayudarían a las autoridades locales a coordinar eficazmente la prestación de la asistencia que se recibiese a fin de reducir al mínimo la duplicación de esfuerzos y asegurar que la ayuda llegase a las poblaciones afectadas. También se había considerado que el plan ayudaría a fortalecer y ampliar las asociaciones estratégicas para la cooperación internacional para prestar ayuda humanitaria rápida y eficaz en el ámbito de la salud. Los delegados habían recibido con agrado el hecho de que en el plan de acción se aprovechaban los importantes adelantos hechos por la Oficina y los Estados Miembros al promover sus capacidades de prevención y respuesta ante los desastres. El Comité había aprobado la resolución CE154.R11 en la que recomendaba al Consejo Directivo que adoptase el plan de acción.

107. El Consejo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto y lo consideró particularmente apropiado dado que no era suficiente abordar las situaciones de emergencia y los desastres simplemente mediante la respuesta después de que habían ocurrido. Como la asistencia y los recursos se podían movilizar hacia el país afectado desde una variedad de instituciones, organizaciones u asociaciones, se señaló que la falta de mecanismos de control y coordinación podría crear un segundo desastre o, al menos, un problema secundario de importancia para el país receptor, situaciones que se pretendía prevenir o mitigar en el plan de acción propuesto.

108. Se instó a que las redes para hacer frente a emergencias en el ámbito de la salud que se creasen en la Región de las Américas de conformidad con la primera línea estratégica de acción debían incorporar las redes ya existentes a nivel subregional. Se mencionaron varios ejemplos de este tipo de redes, incluidas aquellas dentro del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). También se destacó que todo nuevo proceso o mecanismo de coordinación que se crease debía estar en clara consonancia tanto con el sistema nacional de gestión de emergencias ya implantado en cada país como con el sistema internacional de respuesta humanitaria, y complementarse con ellos.

109. Un delegado indicó que en el plan de acción se debía hacer más hincapié en evaluar las necesidades y las capacidades existentes, a fin de establecer con mayor precisión qué medidas los países de la Región ya habían ejecutado y los pasos que todavía debían darse. Otros señalaron que el gran esfuerzo en marcha para contener el brote del ébola en África ponía de relieve la importancia de este tipo de trabajo y, especialmente, de prepararse con antelación para una respuesta bien coordinada. Algunos delegados también plantearon el tema de la protección del personal de salud en vista de los ataques contra los equipos de vacunación antipoliomielítica en Asia y, de manera más reciente, el personal de salud en África Occidental que ayudaba a contener la amenaza del ébola. La seguridad del personal de salud se consideró un tema fundamental, en el que los Estados Miembros debían seguir trabajando juntos.

110. Se señaló que el plan de acción todavía no parecía abordar los costos de traslado y de otro tipo de los equipos de personal médico extranjero o el tema del seguro para ellos. Además era necesario definir la rendición de cuentas de dichos equipos, en otras palabras, el órgano o el nivel al cual rendirían cuentas. Algunos delegados sugirieron que, de acuerdo con la segunda línea estratégica de acción relativa a los criterios mínimos para los equipos de personal médico extranjeros, también debían considerarse los marcos jurídicos que regulaban su envío. Se sugirió que podría prepararse un cuadro que mostrase el contexto reglamentario de los países y cómo afectaba el movimiento rápido y eficaz de estos equipos. Algunos delegados describieron las disposiciones legales y formalidades que regían la coordinación y ejecución de la ayuda humanitaria en sus países.

111. Varios delegados también describieron la manera en que sus países habían afrontado los desastres nacionales recientes y las enseñanzas extraídas de ellos. En particular, describieron las medidas para fortalecer los cuerpos de protección civil y los arreglos que se estaban haciendo para la cooperación internacional en esa esfera, incluido el establecimiento de equipos de personal médico que pudieran ser enviados a otros países. Varios delegados anunciaron que estaban dispuestos a formar parte de las posibles deliberaciones sobre la normalización internacional en el área de la coordinación de ayuda humanitaria.

112. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) agradeció la participación de los coordinadores de desastres de los Estados Miembros que se habían reunido en Guayaquil para ultimar el plan de acción. El resultado de esa reunión, junto con las observaciones del Consejo, servían de base para los pasos que se tomarían bajo las líneas estratégicas de acción, en particular las relativas al fortalecimiento de las asociaciones entre todos los actores y el vínculo con los esfuerzos multilaterales de ayuda humanitaria a nivel mundial y regional.

113. El funcionario observó que en caso de un desastre, entre 95% y 98% de la respuesta era en realidad llevada adelante por el personal de salud del país afectado, un hecho que en gran medida se pasaba por alto. Lo que se publicaba en los titulares era la contribución de los profesionales extranjeros, que representaban en general solo 2% a 5% de toda la intervención en el ámbito de la salud. Por lo tanto, era muy importante que el trabajo de estos profesionales complementase los esfuerzos nacionales. Con respecto a la protección del personal de salud, más del 90% de los ataques contra el personal de salud en las situaciones de emergencia o las campañas de vacunación eran contra el personal nacional de salud, no contra los visitantes extranjeros.

114. La Directora reconoció la larga historia de adelantos por parte de los Estados Miembros de la Región, con el apoyo de la Oficina, en el área de la coordinación de la ayuda humanitaria. En el proceso de reforma de la ayuda humanitaria de las Naciones Unidas, por medio del Comité Interinstitucional Permanente, se había nombrado a la OMS como el organismo coordinador del grupo de acción sanitaria, pero en la Región la OPS se proponía compartir la función de coordinación con los ministerios de salud. Era

esencial que se registrasen todas las alianzas y acuerdos alcanzados para que, en caso de una emergencia, pudieran entrar rápidamente en acción. Esta era una de las metas del plan de acción. Cabía prever que el mundo se enfrentaría con eventos más frecuentes y más graves, tantos relativos a las enfermedades como al clima. El nivel de coordinación que se pretendía lograr en el plan de acción ayudaría a asegurar la preparación y respuesta eficaces.

115. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD53.R9, mediante la cual adoptó el *Plan de acción para coordinar la ayuda humanitaria*.

***Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CD53/13)***

116. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado una versión anterior de la estrategia propuesta sobre legislación relacionada con la salud, con respecto a la cual algunos delegados habían manifestado firme apoyo. Esos delegados habían creído que la estrategia ayudaría a los Estados Miembros a fortalecer su legislación a fin de garantizar el acceso a la atención de salud y proteger el derecho a la salud, y que brindaría apoyo a la ejecución de un enfoque de salud en todas las políticas y contribuiría al logro de la cobertura universal de salud. Otros delegados habían considerado que la estrategia propuesta era excesivamente ambiciosa y de un alcance demasiado amplio, lo que se prestaba a la duplicación de los esfuerzos que estaba realizando la Oficina en otras áreas. Varios delegados habían considerado que el propósito práctico de la estrategia y las funciones de la Oficina no estaban totalmente claros, y algunos habían preguntado si la Oficina contaba con la pericia y los recursos humanos necesarios a fin de proporcionar el grado y los tipos de cooperación técnica que se contemplaban en la estrategia. Se había destacado que la Oficina debía brindar asistencia técnica solo a petición de los Estados Miembros y en conformidad con su contexto y necesidades; de lo contrario, podría verse como una intrusión en el derecho soberano de los países de adoptar sus propias leyes y políticas.

117. En vista de las inquietudes manifestadas, varias delegaciones habían solicitado que se celebrasen consultas entre las sesiones de los Cuerpos Directivos sobre la estrategia y que la Oficina luego preparase una estrategia modificada que se sometiera a la consideración del Consejo Directivo. El Comité había decidido formar un grupo de trabajo con miras a tratar de obtener consenso sobre un proyecto de resolución cuya aprobación se pudiera recomendar al Consejo. Sin embargo, no había sido posible lograr el consenso. El Comité había considerado la posibilidad de diferir la actuación sobre el tema hasta el 2015, pero había decidido dejar que el Consejo tomase una decisión sobre si considerar o diferir el tema, de acuerdo con el resultado de las consultas intersesionesales que tuvieran lugar.

118. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) explicó que la Oficina había llevado a cabo amplias consultas virtuales, que habían dado lugar a la versión modificada de la estrategia y del proyecto de resolución que figuraban en el documento CD53/13. La Oficina consideraba que ambos documentos habían mejorado considerablemente. Describió las finalidades y contenido del documento y señaló que, con el transcurso de

los años, los Cuerpos Directivos habían instado a los Estados Miembros a formular y ejecutar, examinar o reformar las leyes y los reglamentos en relación con diversas cuestiones de salud pública, pero que no habían señalado específicamente cómo la Oficina podría dar un mejor apoyo a los Estados Miembros para ejecutar los mandatos en cuanto a las leyes y los reglamentos en materia de salud. El propósito de la estrategia propuesta era justamente lograr eso por medio de seis líneas estratégicas de acción que guiarían la cooperación técnica de la Oficina con respecto a la legislación relacionada con la salud durante el período 2014-2023. Hizo hincapié en que dicha cooperación técnica se prestaría dentro del contexto del marco jurídico de cada país y solo a solicitud específica de los Estados Miembros.

119. El Consejo Directivo agradeció a los miembros del grupo de trabajo sus esfuerzos al examinar la estrategia y a la Oficina por haber organizado las consultas intersesionales e incorporado los aportes recibidos de los Estados Miembros. Se reconoció que en muchas resoluciones de los Cuerpos Directivos se instaba a recibir ayuda para revisar las leyes y los reglamentos a fin de que estuvieran en consonancia con las estrategias y las mejores prácticas mundiales, y se reconoció la conveniencia de establecer un mandato claro para que la Oficina prestara este tipo de asistencia. La asistencia técnica a fin de que los Estados Miembros pudieran cumplir con sus obligaciones de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se consideró una prioridad.

120. Muchos delegados expresaron apoyo decidido tanto a la estrategia como al proyecto de resolución. Destacaron la necesidad de fortalecer los marcos jurídicos nacionales para proteger y promover la salud, defender el derecho a la salud, asegurar la sostenibilidad de las políticas relacionadas con la salud y permitir a los ciudadanos exigir la rendición de cuentas al gobierno. Los delegados también opinaron que la estrategia contribuiría al logro de los objetivos de otras iniciativas tratadas por el Consejo Directivo, en particular aquellas relativas a la cobertura universal de salud y la salud en todas las políticas. Se sugirió que esta última debía incorporarse explícitamente en la estrategia para asegurar la complementariedad de las dos iniciativas y, por lo tanto, aumentar su repercusión. También se sugirió que la Oficina podría crear un mecanismo para llevar a cabo el seguimiento del avance en la formulación, la ejecución, el examen o la reforma de la legislación relacionada con la salud en la Región.

121. Sin embargo, algunos delegados consideraron que la estrategia requería una mayor revisión, en particular con respecto a la función de la Oficina y el alcance de su cooperación técnica. Destacaron que cada Estado tenía el derecho soberano de establecer sus propias leyes, reglamentos, políticas y normas en materia de salud, y que la Oficina no debía interferir en ese derecho. Se consideró que la estrategia podría estar cruzando en algunos aspectos la tenue línea divisoria entre asesorar y promover la formulación, la revisión y la aplicación de las leyes, que era el dominio soberano de los gobiernos. Eso se consideró especialmente cierto con relación a las actividades previstas para lograr progresivamente el derecho al grado máximo de salud. Se sugirió que las funciones esenciales de salud pública establecidas en el marco de la iniciativa “La salud pública en

las Américas”<sup>4</sup> proporcionarían una base sólida para la prestación de asistencia con respecto a la legislación relacionada con la salud.

122. Varios delegados hicieron hincapié en el párrafo 16, el cual a criterio de una delegada parecía estar fuera del alcance de la cooperación técnica que la Oficina emprendía normalmente con los Estados Miembros. Esa delegada también solicitó aclaración de la referencia que se hacía en ese párrafo a “otros actores pertinentes”. Otro delegado subrayó la necesidad de especificar que toda la cooperación técnica en el área de la legislación relacionada con la salud debía emprenderse siempre en consulta y coordinación con las autoridades nacionales de salud. Un representante de una organización no gubernamental alentó a la Oficina a que proporcionara orientación legal sobre la formulación de legislación que permitiera a los países aprovechar las flexibilidades disponibles bajo el Acuerdo de Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

123. Varios delegados propusieron modificaciones específicas a la redacción de la estrategia y varios también indicaron que habían entregado a la Oficina más observaciones por escrito. Se propuso que se solicitase al grupo de trabajo formado por el Comité Ejecutivo que siguiera reuniéndose durante la semana del Consejo para examinar la estrategia y el proyecto de resolución de acuerdo con los puntos de vista expresados.

124. La doctora Jiménez dijo que la idea de trabajar de cerca con los gobiernos a petición de ellos y con pleno respeto de la soberanía del Estado era un principio fundamental de la estrategia. Sin embargo, esto quizás podría expresarse de una manera más explícita. La Oficina ya había incorporado muchas de las observaciones presentadas por escrito y con gusto seguiría colaborando con los Estados Miembros para mejorar la estrategia y el proyecto de resolución. Agregó que la Oficina tenía la intención de crear un mecanismo para hacer el seguimiento del progreso, como se había sugerido. En respuesta a la pregunta con respecto al párrafo 16, explicó que otros actores pertinentes podrían comprender, por ejemplo, organismos parlamentarios subregionales como el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) o el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), o ciertas agrupaciones de la sociedad civil, pero subrayó que dicha labor siempre se emprendería en estrecha consulta y coordinación con los ministerios de salud de los países pertinentes y con el respeto estricto de su soberanía.

125. La Directora dijo que, aunque muchos Estados Miembros habían afirmado la necesidad que tenían de recibir cooperación técnica para ayudarlos con respecto a la legislación nacional relativa a la salud, parecía haber algunas inquietudes importantes con respecto a parte del contenido del documento y el enfoque propuesto. No estaba segura de que esas inquietudes pudieran resolverse en un grupo de trabajo. Para obtener consenso, podría ser necesario emprender más consultas que fueran aun más amplias con los Estados Miembros. Explicó que si el Consejo decidiese diferir la acción sobre la estrategia hasta el 2015, la Oficina podría, entretanto, seguir prestando cooperación

---

<sup>4</sup> Véase

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=%093617&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=%093617&lang=es).

técnica con respecto a la legislación relacionada con la salud a aquellos Estados Miembros que así lo solicitasen.

126. El Consejo Directivo solicitó al grupo de trabajo que siguiera trabajando durante la semana con miras a obtener consenso. El grupo de trabajo, con El Salvador a cargo de la presidencia, celebró varias reuniones, tras las cuales el Delegado de El Salvador informó que el grupo había examinado una versión revisada del documento preparada por la Oficina y puesta a disposición del grupo el 30 de septiembre, en la que se incorporaban los cambios propuestos durante debate que había tenido lugar en el Consejo. El grupo había sido informado de que la Delegación de México había presentado su propia versión revisada, pero que no había habido tiempo suficiente para examinarla, fusionarla con la versión revisada preparada por la Oficina y hacer que la versión fusionada se tradujese al inglés y se discutiese.

127. En consecuencia, dado que el grupo de trabajo tenía ante sí versiones paralelas del documento, había decidido solicitar a la Oficina que incorporase los cambios propuestos en la versión de México en la versión del 30 de septiembre preparada por la Oficina, para que sirviera de base para el debate adicional. El grupo de trabajo había decidido recomendar que el Consejo tomara las siguientes medidas: *a*) reconocer la importancia de la estrategia propuesta y el apoyo manifestado al respecto por la mayor parte de los Estados Miembros; *b*) establecer un grupo de trabajo abierto a todos los Estados Miembros, con Uruguay a cargo de la presidencia y El Salvador de la vicepresidencia; y *c*) establecer un cronograma de reuniones que incluyera dos reuniones virtuales, a celebrarse en noviembre y diciembre del 2014, y una reunión presencial de dos días de duración a celebrarse en marzo del 2015, antes de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. Sobre la base de los resultados de la reunión de marzo se recomendaría un curso de acción y el presidente del grupo de trabajo luego sometería el asunto a la consideración del Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión y del 54.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

128. El Consejo Directivo adoptó la decisión en la que avaló la recomendación del grupo de trabajo.

***Avance hacia una posición regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional (documento CD53/14)***

129. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo, tras examinar un informe de progreso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), había propuesto que se agregase un punto sustantivo en el orden del día del 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo para permitir que hubiera un debate mayor de los acuerdos alcanzados en la Reunión Regional de las Américas sobre la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que se había celebrado en Buenos Aires los días 29 y 30 de abril del 2014. En particular, se había considerado importante seguir el debate sobre la hoja de ruta para vigilar el cumplimiento del RSI que había sido redactada y aprobada por los participantes de la reunión de Buenos Aires y que, en último término, se presentaría como recomendaciones regionales a la OMS. Las

inquietudes del Comité habían incluido la necesidad de establecer un seguimiento integral que fuera más allá de la implementación de las capacidades básicas y que incluyese el seguimiento del mantenimiento de dichas capacidades en el período después del 2016. Otros temas de interés habían sido las directrices para la certificación de los puntos de entrada, la elaboración de una agenda mundial de seguridad en el ámbito de la salud y las revisiones pendientes del mapa de las zonas de riesgo de fiebre amarilla en la Región de las Américas.

130. En el debate que sostuvo el Consejo sobre este punto, los Estados Miembros manifestaron su compromiso de seguir trabajando para la implementación, el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas del RSI. Se observó que aunque ya se había logrado avanzar enormemente, muchos países necesitaban una prórroga de la fecha límite original del 15 de junio del 2014 hasta el 15 de junio del 2016. Se habían presentado solicitudes de aprobación de los planes de prórroga al Comité de Examen del RSI en Ginebra y se solicitó a la OPS que proporcionara información actualizada, de haberla, sobre el estado de esas solicitudes. Los delegados de los Estados insulares pequeños dijeron que sus gobiernos habían encontrado particularmente difícil cumplir los requisitos establecidos en el RSI debido a la falta de capacidad en sus respectivos países. Por consiguiente, se habían empezado a poner en marcha iniciativas para mancomunar los recursos, con acuerdos de cooperación implantados entre los Estados Miembros de la Comunidad del Caribe y el Caribe de habla holandesa.

131. Varios delegados destacaron la necesidad de establecer las capacidades básicas para responder específicamente a los eventos químicos y las emergencias radiológicas, y se manifestaron agradecidos por la cooperación técnica ya recibida del Organismo Internacional de Energía Atómica, la OMS y otros Estados Miembros. Se solicitó a la Oficina que siguiese prestando apoyo a la capacitación de los recursos humanos y promoviendo la cooperación multisectorial en la preparación para responder a incidentes. Se instó a la Directora a que solicitara a la Secretaría de la OMS que coordinara la provisión de cooperación técnica por parte de otras organizaciones dentro del sistema de las Naciones Unidas y que crease un mecanismo para asegurar la rendición de cuentas de todos los actores.

132. El Consejo solicitó a la Oficina que transmitiese la información y las solicitudes en torno a varios temas para que fueran considerados por la Secretaría y los órganos deliberantes de la OMS. En primer lugar, pidió que las directrices para la certificación de los puntos de entrada formuladas durante la consulta regional se presentasen para la consideración y la aprobación de los Estados Partes en la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Entre las recomendaciones sobre ese tema se había instado a una mayor coordinación entre las organizaciones intergubernamentales para que los procesos de certificación fueran compatibles. En segundo lugar, el Consejo instó a la OMS a que aplicara las modificaciones recomendadas al mapa de las zonas de riesgo de fiebre amarilla en la Región de las Américas. En tercer lugar, solicitó que la Secretaría de la OMS hiciera circular los documentos por intermedio de los centros nacionales de enlace del RSI en los idiomas oficiales de la OMS y con un plazo suficiente para permitir una respuesta de los Estados Miembros. Por último, se propuso que se incluyese un punto

sobre el marco de seguimiento del RSI en el orden del día de la 136.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS que tendría lugar en enero del 2015, con el propósito de poner en marcha un proceso de seguimiento eficaz y flexible para el período después del 2016. En apoyo de esa meta, un delegado sugirió que la OPS facilitase una consulta regional con miras a formular recomendaciones para el seguimiento y la evaluación del RSI para presentarlas al Consejo Ejecutivo en enero del 2015.

133. El doctor Sylvain Aldighieri (Jefe, Unidad de RSI, Alerta y Respuesta ante Epidemias y Enfermedades Transmitidas por el Agua, OSP) dijo que la Oficina había tomado nota de las observaciones y las recomendaciones de los delegados, incluida la alta prioridad que otorgaban a las directrices para la certificación de puntos de entrada, la revisión del marco de seguimiento del RSI para el período después del 2016 y la participación de los países afectados en la revisión del mapa de zonas de riesgo de fiebre amarilla. En respuesta a una pregunta, informó que el Comité de Examen del RSI se reuniría a mediados de noviembre del 2014 y que sus decisiones se comunicarían a los Estados Miembros poco tiempo después. Por último, sugirió que la emergencia del ébola en África Occidental debería llevar a que los países de la Región de las Américas examinasen sus planes nacionales y capacidades básicas de vigilancia y respuesta a las enfermedades de conformidad con el RSI. Esta epidemia ponía de relieve además la importancia de la cooperación multisectorial y las alianzas publicoprivadas.

134. La Directora aseguró a los Estados Miembros que la Oficina comunicaría formalmente a la Secretaría y los órganos deliberantes de la OMS las opiniones manifestadas en el 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo y la reunión regional que había tenido lugar en Buenos Aires. En respuesta a las observaciones de algunos países que indicaban que no habían sido consultados por la OMS acerca de temas de importancia nacional, explicó que la Secretaría de la OMS en general consultaba a las misiones diplomáticas de los Estados Miembros en Ginebra; por consiguiente, instó a los ministerios de salud y los centros nacionales de enlace para el RSI a que se mantuvieran en estrecha comunicación con sus misiones allí. Prometió que la Oficina colaboraría tanto con los países individuales como con las subregiones para procurar que no fueran excluidos del proceso de consulta, especialmente dado que muchos estados insulares pequeños no tenían una misión en Ginebra. Estuvo de acuerdo en que tanto los Estados Miembros como la Oficina debían aprovechar la oportunidad que brindaban los preparativos para hacer frente al ébola para fortalecer sus capacidades básicas según lo establecido en el RSI, lo que en último término tendría una repercusión positiva para la seguridad sanitaria nacional, regional y mundial.

135. El Consejo tomó nota del informe.

***Colaboración de la OMS con los agentes no estatales (Consulta regional) (documento CD53/15)***

136. El doctor Gaudenz Silberschmidt (Asesor Principal en materia de políticas y de dirección estratégica, Oficina de la Directora General, OMS) recordó que en mayo del 2011 la Asamblea Mundial de la Salud había señalado que la colaboración con otros

interesados directos era una de las áreas que debían abordarse como parte del proceso de reforma de la OMS. Desde entonces se habían celebrado varias consultas sobre el tema. De manera reciente, en respuesta a una solicitud del Consejo Ejecutivo en enero del 2014, la Secretaría de la OMS había sometido a la consideración un proyecto de marco para la colaboración en una consulta oficiosa de los Estados Miembros en abril del 2014 y luego había sometido una versión modificada a la consideración de la Asamblea de la Salud en mayo del 2014. El texto de esa propuesta se encontraba en el documento A67/6, que se reproducía en el anexo A del documento CD53/15.

137. La Asamblea Mundial de la Salud, en su decisión WHA67/14, había acogido con agrado los progresos realizados en relación con el proyecto de marco y había subrayado la importancia de un marco apropiado para la colaboración, pero había reconocido que era preciso que hubiera más consultas y debate sobre algunas cuestiones como los conflictos de intereses y las relaciones con el sector privado. De acuerdo con esa decisión, los Estados Miembros habían formulado más observaciones y planteado preguntas, que la Secretaría había resumido, junto con las solicitudes que había recibido de intervención o de aclaración, en un informe preparado para los seis comités regionales. Ese informe se encontraba en el anexo B del documento CD53/15. Se informaría el resultado del debate del Consejo Directivo, junto con el de los demás comités regionales, al Consejo Ejecutivo en enero del 2015.

138. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) dijo que para facilitar la consulta regional, la Oficina había establecido un espacio virtual de colaboración y había invitado a todos los Estados Miembros de la OPS a examinar el proyecto de marco de la OMS sobre la colaboración con los agentes no estatales y el informe preparado por la Secretaría de la OMS, y a formular las observaciones que considerasen pertinentes. Los aportes recibidos se resumían en el anexo C del documento CD53/15. La funcionaria mencionó algunos de los puntos principales planteados y dijo que los Estados Miembros habían reconocido la importancia de la colaboración con los agentes no estatales, pero habían subrayado la necesidad de una política rigurosa sobre los conflictos de intereses para evitar o reducir al mínimo todo conflicto de intereses que pudiera menoscabar la misión, reputación o independencia de la Organización. Los Estados Miembros también habían estado de acuerdo en que la OMS debía ser transparente en su colaboración con los agentes no estatales.

139. La doctora Jiménez explicó que se habían manifestado opiniones distintas con respecto a algunos aspectos, como los límites de la colaboración, la adscripción de personal y las asociaciones empresariales internacionales. Se había estado de acuerdo en que la OMS no debía colaborar con la industria del tabaco ni las industrias armamentistas, pero las opiniones habían diferido con respecto a la colaboración con otras industrias. Algunos Estados Miembros se habían opuesto a que hubiera colaboración alguna con las industrias de las bebidas alcohólicas y los alimentos, por ejemplo, mientras que otros habían sugerido que ese tipo de colaboración podría ser útil para reducir el consumo nocivo de alcohol y prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros también habían planteado algunas preguntas con respecto a la adscripción del personal de otras entidades a la OMS, la colaboración con

las asociaciones empresariales internacionales y otros temas como la función de los Estados Miembros en el marco para la colaboración con los agentes no estatales.

140. En el debate del Consejo Directivo sobre el asunto, los Estados Miembros reafirmaron muchas de las opiniones resumidas en el anexo C del documento CD53/15. Los delegados reconocieron la importancia de la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y otros agentes no estatales para tener acceso a la pericia y los recursos apropiados y lograr el avance de los mandatos de la salud pública, pero subrayaron que debían evitarse los conflictos de intereses reales o aparentes. Se destacó que cualquier tipo de colaboración con los agentes no estatales no debía socavar la supremacía de los Estados Miembros en la toma de decisiones ni exponer a una influencia indebida las funciones regulatorias o de establecimiento de normas de la OMS. Se consideró esencial determinar los posibles riesgos, y formular principios y directrices específicos con respecto a la colaboración con las diversas categorías de agentes no estatales.

141. Varios Estados Miembros consideraron que se debía prohibir expresamente todo tipo de interacción con agentes cuyas actividades o productos fueran perjudiciales o potencialmente nocivos para la salud, al igual que la adscripción de personal del sector privado. Algunos delegados también opinaron que la Organización no debía interactuar con los agentes no estatales que tuvieran prácticas laborales injustas o actividades que fueran perjudiciales para el medioambiente. Al mismo tiempo, se observó el posible valor de colaborar con algunos sectores de la industria privada y se citaron como ejemplos la colaboración con la industria alimentaria para reducir el contenido de sal y azúcar de los alimentos y con la industria farmacéutica para la compra de las vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. Se destacó la necesidad de determinar si las organizaciones no gubernamentales e instituciones filantrópicas y académicas recibían financiamiento de empresas privadas con fines de lucro.

142. Se señaló que en el marco propuesto en el documento A67/6 no se abordaba la manera en que la OMS debía colaborar con los agentes que representaban a múltiples partes o con las alianzas publicoprivadas. También se consideró que no se ofrecían suficientes detalles con respecto a los criterios que los agentes no estatales debían reunir para ser clasificados en cada categoría, la manera en la que cada grupo podría colaborar con la OMS y los tipos de recursos que la OMS podría proporcionar a una organización no gubernamental para ejecutar alguna actividad. Se recomendó realizar un examen anticipado tras la adopción del marco para determinar si se necesitaba algún ajuste. También se sugirió que debía establecerse una entidad en la sede de la OMS para dar seguimiento a la ejecución del marco y posiblemente también para promover y facilitar la colaboración con los agentes no estatales.

143. Algunos delegados consideraron que los Estados Miembros debían colaborar activamente en la gestión de las relaciones de la OMS con los agentes no estatales, incluso al decidirse si la Organización debía o no colaborar con un agente en particular. Otros manifestaron confianza en la capacidad de la Secretaría de la OMS de gestionar la aplicación del marco y sus diversos componentes apropiadamente. Se consideró esencial

que los Estados Miembros participasen en el seguimiento y la supervisión de las relaciones con los agentes no estatales. Algunos Estados Miembros cuestionaron, sin embargo, si un comité del Consejo Ejecutivo integrado por seis miembros, según lo propuesto en el documento A67/6, garantizaría la representación y participación adecuada. Se sugirió que una evaluación periódica de las prácticas de diligencia debida empleadas por la oficina de la OMS para las cuestiones de observancia, gestión de riesgos y ética ayudaría a administrar los conflictos de intereses reales, posibles o aparentes.

144. El Delegado del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, hablando también en nombre de Francia y de los Países Bajos, señaló que la Región de Europa ya había adoptado una posición con respecto a la colaboración de la OMS con los agentes no estatales. Los Estados Miembros de esa región habían considerado que ese tipo de colaboración era un componente fundamental de la función de la OMS en la gobernanza mundial de la salud y habían advertido contra la adopción de un marco excesivamente prescriptivo, favoreciendo en cambio un marco amplio de principios que dejaran a la Organización suficiente lugar de maniobra a fin de responder a cambios en las circunstancias. A pesar de que se reconocía que era posible mejorar el marco aun más, la Región de Europa deseaba que la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud lo adoptase en mayo del 2015.

145. Se señaló que la OPS tenía considerable experiencia de colaboración con los agentes no estatales y se alentó a la Oficina a que compartiera esas experiencias con la Secretaría de la OMS. Los representantes de dos organizaciones no gubernamentales destacaron el valor de su trabajo con la OPS y la OMS, y su función al ayudar a cumplir los mandatos de la Organización.

146. El doctor Silberschmidt dijo que el rico debate del Consejo y las observaciones y las preguntas compiladas por la Oficina serían aportes valiosos para el trabajo en curso con respecto a la colaboración de la OMS con los agentes no estatales. Esa labor incluía una encuesta de las prácticas de otros organismos de las Naciones Unidas con respecto al manejo de los conflictos de intereses, que se pondría a disposición de los Estados Miembros oportunamente. La Secretaría estaba también adoptando medidas para mejorar la transparencia del registro de los agentes no estatales. Los Estados Miembros podrían seguir el progreso en el asunto por medio del sitio web dedicado a la reforma de la OMS.<sup>5</sup>

147. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) estuvo de acuerdo en que el debate había sido muy fructífero.

***Agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (Mesa redonda) (documentos CD53/16, Add. I y Add. II)***

148. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado el tema de la salud en la agenda para el desarrollo

---

<sup>5</sup> Se puede encontrar en inglés: [http://www.who.int/about/who\\_reform/non-state-actors](http://www.who.int/about/who_reform/non-state-actors).

sostenible después del 2015 en el contexto de un informe de progreso sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véanse los párrafos 281 al 286 más adelante). El Comité había estado de acuerdo en que era necesario asegurar que la salud ocupara un lugar central en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015, lo que se había considerado una oportunidad de crear un nuevo paradigma basado en la equidad. El Comité había hecho hincapié en que el establecimiento de las metas, los objetivos y los indicadores para la agenda después del 2015 debía estar dirigido por los países y que el sector de la salud debía seguir desempeñando una función central en el proceso, propugnando enfoques multisectoriales y de la salud en todas las políticas que abordaran no solo las necesidades reales en materia de salud, sino también los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud.

149. Se había considerado que la resolución WHA67.14, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014, era un buen marco para los esfuerzos constantes de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y la Oficina para asegurar que la salud ocupase un lugar prominente en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. Para reafirmar esos esfuerzos y consolidar una posición regional sobre el tema, se había sugerido que la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 debía tratarse como un punto sustantivo en el 53.º Consejo Directivo.

150. En consecuencia, se llevó a cabo un debate de mesa redonda a fin de informar a los Estados Miembros sobre los objetivos propuestos por el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible para ser considerados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (que figuraban en el documento CD53/16, Add. I) y tratar sus implicaciones para el sector de la salud, haciendo hincapié en la ejecución. El doctor Roberto Dondisch Glowinski (Director General para Temas Mundiales, Ministerio de Relaciones Exteriores, México) tuvo a su cargo la presentación del tema, dado que había sido integrante del Grupo de Trabajo de Composición Abierta. Examinó brevemente el proceso de formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y observó que la Región de las Américas había tenido, en términos generales, bastante éxito en cuanto al cumplimiento de muchos de los objetivos. Ahora los ODM estaban siendo reemplazados y ampliados mediante un conjunto de objetivos de desarrollo sostenible preparados por el Grupo de Trabajo de Composición Abierta de las Naciones Unidas, que había redactado un documento en el que se establecían 17 objetivos y 169 metas, así como indicadores. De los 17 objetivos, el número 3 se refería específicamente a la salud. El tema de la salud en su sentido más amplio era indudablemente un aspecto fundamental para que se lograra un desarrollo real.

151. El doctor Dondisch Glowinski explicó que la nueva agenda era distinta de otras iniciativas sobre el desarrollo emprendidas dentro de las Naciones Unidas dado que su propósito se centraba en el desarrollo de la persona, en lugar del desarrollo del Estado. Por lo tanto se consideraba que la persona era la beneficiaria de las acciones del Estado y de la comunidad internacional. En consecuencia, la agenda tenía que ser lo suficientemente amplia y lo bastante flexible como para ser aplicable a todos los países y personas del mundo, dado que los retos que debían enfrentarse obviamente diferían mucho de un país a otro.

152. Los nuevos objetivos eran mucho más generales que los ODM, aunque las metas eran mucho más específicas. En el documento se abarcaban las tres dimensiones del desarrollo sostenible, junto con un aspecto muy importante, promovido por diversos países de la Región: un concepto general de inclusión social y económica, en el que se creasen oportunidades para todos y se subsanasen las brechas en cuanto a la equidad que afectaban enormemente a la Región. El nuevo enfoque se basaba en la idea de no dejar a nadie atrás. El desarrollo no podía concebirse exclusivamente en términos de los ingresos per cápita, sino que también tenía que tenerse en cuenta la solución de las deficiencias en cuanto a la educación, la salud y otros aspectos. Un emprendimiento de este tipo sería difícil, pero era la única manera de lograr adelantos verdaderos para todos. El objetivo era que las metas fueran transformadoras, lo que significaría abordar las causas de los problemas en lugar de sus síntomas.

153. El doctor Dondisch Glowinski destacó la importancia de la medición y el seguimiento, que eran esenciales para el intercambio de mejores prácticas y para direccionar la cooperación internacional. Los países tendrían que trabajar juntos, con la orientación de los expertos en cuanto a cuáles eran los elementos más importantes y dónde se podrían lograr los mejores resultados y los mayores beneficios, lo que daría lugar al verdadero desarrollo para las personas.

154. Después de los comentarios del doctor Dondisch, el Consejo se dividió en tres grupos de debate. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) presentó posteriormente un informe sobre las deliberaciones que habían tenido lugar (documento CD53/16, Add. II). El funcionario señaló que durante el debate de los Estados Miembros se había hecho hincapié en que era importante que cada país tuviera autonomía para identificar y decidir qué metas e indicadores priorizaría. Se había reconocido que debía continuar el trabajo en torno a algunas de las metas de los ODM actuales, por ejemplo, con respecto a la reducción de la mortalidad materna e infantil y la reducción de las tasas del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades desatendidas.

155. Los Estados Miembros habían considerado que la propuesta actual de los objetivos de desarrollo sostenible era muy pertinente para la Región de las Américas, pero habían puesto de relieve que debían tenerse en cuenta las características únicas de la Región y la diversidad de sus países. También se había subrayado la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud en el contexto de estos objetivos.

156. Los participantes habían manifestado apoyo a la propuesta de una asociación entre la OPS y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el propósito de establecer el conjunto regional de metas e indicadores relativos a la salud para los objetivos de desarrollo sostenible. Se había subrayado la necesidad del seguimiento y la evaluación de los nuevos objetivos, al igual que de fortalecer los sistemas de información de salud en los países para medir los avances.

157. Los Estados Miembros habían solicitado que la Oficina preparara un documento en el que se comparasen las metas y los indicadores de los objetivos de desarrollo sostenible propuestos con aquellos del Plan Estratégico 2014-2019, la Agenda de Salud para las Américas y los mandatos actuales de la OPS a fin de poner de relieve los retos que los diferentes países y subregiones podrían afrontar para cumplir las metas. Se había sugerido que cuando hubieran terminado los procesos nacionales y subregionales de consulta, la Oficina debía convocar una reunión regional para garantizar que los países no se vieran sobrecargados cuando empezase la ejecución de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

158. Tras el informe del doctor Galvão, se sugirió que sería útil que la Oficina proporcionase actualizaciones sobre el progreso de las negociaciones sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015, lo que ayudaría a los países a fortalecer sus posiciones y destacar la importancia de la salud en las negociaciones.

159. La Directora observó que los ministerios de salud tendrían que seguir dialogando con los representantes nacionales en las Naciones Unidas en Nueva York a fin de procurar que la salud ocupase un lugar central en el programa de desarrollo sostenible.

160. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas: desafíos y oportunidades (documento CD53/23)***

161. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) presentó el documento CD53/23, que se había elaborado en respuesta a una solicitud de algunos Estados Miembros en la sesión de junio del Comité Ejecutivo. Explicó que en el documento se describían algunas de las contribuciones del Fondo al enfoque integral de inmunización en la Región. El Fondo había sido una importante iniciativa exitosa por la cual la mayor parte de la población de la Región de las Américas estaba protegida contra una variedad de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. En el documento también se examinaba la dinámica del mercado mundial de vacunas, que en algunas áreas planteaba importantes retos para el Fondo.

162. Uno de los retos mayores estribaba en la solicitud de algunos productores —en particular de vacunas relativamente nuevas como aquellas contra los rotavirus y el virus de los papilomas humanos (VPH) producidas por un número muy reducido de fabricantes que, por consiguiente, enfrentaban poca competencia de precios— de que el Fondo debía modificar sus principios fundamentales de ofrecer un único precio a todos los países y de comprar vacunas solo al precio más bajo. Cuando el Fondo no accedió a ello, algunos productores habían optado por dejar de ofrecer vacunas mediante este mecanismo y pretendían tratar directamente con los países. Cada país que aceptaba este tipo de arreglos reducía el poder de negociación del Fondo para obtener precios favorables.

163. Todos los delegados que hicieron uso de la palabra con respecto a este punto se manifestaron complacidos por la repercusión beneficiosa que el Fondo Rotatorio había tenido en las campañas de vacunación de sus países, y los delegados de algunos países pequeños expresaron agradecimiento por las economías de escala a las que sus países podían acceder gracias a la participación de los países más grandes. Se señaló que, sin el enfoque conjunto del Fondo, algunos países, los más pequeños en particular, no hubieran podido enfrentar a los fabricantes de vacunas cada vez más poderosos. También se manifestó agradecimiento por los servicios conexos prestados por el Fondo Rotatorio en torno a la garantía y el seguimiento de la calidad, en particular en el caso de los países más pequeños, que por cuenta propia no poseían la capacidad necesaria para hacer este seguimiento.

164. Los delegados también mencionaron la necesidad de recibir apoyo técnico constante de la Oficina, por ejemplo, para capacitar a los equipos de vacunación o difundir las mejores prácticas y las experiencias exitosas. Se alentó a la Oficina a que siguiera colaborando con la Alianza GAVI, incluso en las áreas de preocupación común como el grupo de estudio recientemente creado por la Alianza GAVI sobre la fijación de precios apropiada para los países cuyo crecimiento económico los llevaría a dejar de reunir los requisitos para recibir el apoyo de esta alianza (conocidos como los “países en vías de graduarse de la Alianza GAVI”).

165. Algunos delegados que hicieron uso de la palabra sugirieron que podría ser aconsejable que la Oficina considerase si sus principios podrían relajarse en ciertos casos y negociarse un precio similar al que había sido acordado directamente con ciertos países individuales. Algunos señalaron que la insistencia de la Oficina en los principios básicos estaba haciendo que algunos fabricantes retiraran ciertas vacunas del Fondo, pero que los países más pobres, en particular, no podían hacer frente a los precios del mercado libre de vacunas.

166. La Directora dijo que comprendía las inquietudes de los Estados Miembros y que había tomado nota de sus indicaciones. Sin embargo, señaló que, sin un mandato específico de los Cuerpos Directivos, la Oficina no podía abandonar los principios del Fondo y aceptar, por ejemplo, la fijación de precios diferenciada. En el futuro, la Oficina ayudaría a los Estados Miembros a mejorar la exactitud de sus proyecciones con respecto a la demanda de vacunas, dado que poder dar cifras exactas de demanda a los fabricantes ayudaría en las negociaciones para obtener precios inferiores.

167. Era necesario definir exactamente lo que constituía “el precio más bajo”: ¿era el precio de la Alianza GAVI? ¿O era algún otro precio calculado usando el precio de la Alianza GAVI como punto de referencia? Si la Oficina insistía en que solo compraría al precio de la Alianza GAVI, podría suceder que se encontrase en la situación de que no pudiera comprar algunas vacunas en absoluto. En efecto, algunos fabricantes ya habían optado por no presentarse a la licitación de algunas de las vacunas de precio inferior que el Fondo Rotatorio deseaba ofrecer. Por otro lado, en algunos casos los fabricantes de las vacunas más nuevas estaban exigiendo compromisos de cantidades enormes de dosis, acuerdos de varios años y pagos previos considerables. La Oficina había logrado obtener

un compromiso para un préstamo de la Fundación Gates para ayudar con estos pagos previos.

168. A pesar de que se manifestó segura de que la OPS podría obtener ayuda de sus Estados Miembros en las negociaciones con los fabricantes individuales, sería importante para todos los Estados Miembros que se adoptase una actitud de solidaridad. En el caso de la vacuna contra el VPH, por ejemplo, un productor se había acercado a los Estados Miembros que tenían la mayor demanda y había negociado con ellos individualmente lo que había reducido, por lo tanto, la cartera de compradores conjuntos y debilitado aun más la posición de negociación de la Organización.

169. La complejidad cada vez mayor del panorama mundial de la salud parecía aconsejar que se realizase una evaluación formal a gran escala sobre la manera en que el Fondo Rotatorio funcionaba y cómo podría fortalecerse su función de salvar vidas. A la Oficina le complacería emprender este tipo de evaluación si los Cuerpos Directivos lo consideraban oportuno.

170. El Consejo tomó nota del informe.

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

##### ***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD53/17 y Add. I)***

171. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había sido puesto en conocimiento de que, al momento de su 154.<sup>a</sup> sesión, se había abonado el 96% de las contribuciones atrasadas y que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto contempladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Dieciocho Estados Miembros habían abonado sus contribuciones correspondientes al año en curso en su totalidad. Sin embargo, esos pagos habían ascendido a solo US\$ 26,3 millones<sup>6</sup>, o sea 24,9% del total correspondiente al 2014. En consecuencia, la Oficina se había visto obligada a utilizar el Fondo de Trabajo y otros recursos internos para financiar sus actividades. Se había informado que la Directora había restaurado el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado de \$20 millones tras el reintegro de un préstamo al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Sin embargo, los desembolsos del presupuesto ordinario a junio habían sumado \$34,7 millones; como las contribuciones señaladas recibidas para mediados de junio habían sido insuficientes para cubrir esa cantidad, el Fondo de Trabajo se había agotado completamente en ese momento.

172. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) observó que el documento CD53/17, Add. I contenía información actualizada al 22 de septiembre del 2014 e informó que desde esa fecha la Oficina había recibido pagos adicionales de Antigua y Barbuda, Costa Rica y Francia. Se había recibido un total de \$37,1 millones o

---

<sup>6</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe/documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

el 96% de las contribuciones señaladas correspondientes a años previos, lo que dejaba solo \$1,6 millones aun impagos. Ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. De las contribuciones señaladas correspondientes al 2014, se habían recibido \$50 millones, lo que ascendía a un 47% del total, con 26 Estados Miembros que habían pagado sus contribuciones en su totalidad.

173. Los desembolsos del presupuesto ordinario al 29 de septiembre habían sumado \$63,4 millones. Como resultado, el saldo en caja del Fondo de Trabajo era de solo \$7 millones. La tasa de recaudación de las contribuciones señaladas había disminuido del 60% en el 2011 a tan solo el 47% en el año en curso. Al momento de apertura del 53.º Consejo Directivo, seguían estando pendientes \$57,2 millones de las contribuciones del año en curso, cifra en la que \$56,2 millones correspondían a los cinco contribuyentes principales de la Organización.

174. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) manifestó el agradecimiento de la Oficina por las contribuciones recibidas hasta ese momento, al mismo tiempo que instó a aquellos Estados Miembros que todavía presentaban atrasos a que acelerasen sus pagos para que la Organización pudiera ejecutar todos los mandatos que le habían sido encomendados por los Estados Miembros.

175. El Consejo aprobó la resolución CD53.R1 en la que agradeció a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos correspondientes al 2014 e instó a los demás Estados Miembros a que cumplieran sus obligaciones financieras con respecto a la Organización cuanto antes.

***Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013 (Documento Oficial 347)***

176. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se comunicó al Comité Ejecutivo que el Auditor Externo había emitido un dictamen de auditoría sin reservas con respecto a los estados financieros de la Organización correspondientes al año 2013. El Comité había recibido con agrado el dictamen de auditoría sin reservas, pero había manifestado inquietud acerca del hecho de que la Organización había concluido el bienio 2012-2013 con un déficit de \$2,66 millones. También se había comentado la disminución en el activo corriente y se había pedido a la Oficina que suministrara información sobre lo que cabría esperarse en el ejercicio financiero correspondiente al 2014. En particular, se había solicitado información sobre la manera en que el déficit en los ingresos varios, la disminución de las contribuciones voluntarias y los retrasos en la recaudación de las contribuciones señaladas estaban repercutiendo en las actividades de la Organización. Además se había manifestado inquietud acerca de los retrasos en el proyecto del PMIS, cuyo costo presupuestado había aumentado en unos \$2,2 millones.

177. La Directora había indicado que la Oficina preveía un déficit presupuestario de entre \$40 y \$50 millones para el bienio. La Oficina había dado pasos para reducir el componente de recursos humanos del presupuesto ordinario, pero la escala de las

reducciones, sumada a la disminución de las contribuciones voluntarias, estaba poniendo seriamente a prueba la capacidad de prestar cooperación técnica a los mismos niveles que en el pasado. La funcionaria había informado que la Oficina estaba trabajando estrechamente con la Fundación de la OPS y los representantes de la OPS/OMS para aumentar la movilización de recursos. También había informado que, al mes de junio, la Región de las Américas no había recibido contribuciones voluntarias de la OMS correspondientes al 2014.

178. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) brindó un panorama de las tendencias del año en curso en comparación con el 2013 y señaló que los ingresos netos totales habían aumentado en un 16%. Este aumento se había debido a un incremento de las contribuciones voluntarias de \$140 millones y de las actividades de compras de casi \$35 millones. Las contribuciones voluntarias nacionales habían aumentado en \$150 millones debido principalmente a la ejecución del proyecto *Mais Médicos* en Brasil, mientras que contribuciones voluntarias de donantes para actividades externas habían descendido \$9 millones. Por otro lado, gracias principalmente a las fluctuaciones de las tasas de interés fuera de los Estados Unidos, los ingresos varios habían experimentado un aumento considerable en el 2014 y se preveía que llegarían a la cantidad presupuestada o la superarían. Por lo tanto, no se preveía que se repitiese la situación de déficit del bienio anterior.

179. Con respecto a la asignación del presupuesto ordinario de la OMS, \$64,6 millones en fondos del presupuesto ordinario y \$37,2 millones en recursos de la OMS procedentes de otras fuentes de ingresos se habían recibido hasta el momento en el primer año del bienio en curso. En comparación, en el bienio 2012-2013 completo se había recibido un total de \$80,6 millones de fondos del presupuesto ordinario y \$52,8 millones de fondos de otras fuentes de la OMS.

180. El Consejo agradeció la información suministrada acerca de la situación financiera de la Organización, al tiempo que manifestó inquietud acerca de las diversas categorías de recursos que estaban disminuyendo. Se solicitó aclaración sobre los ingresos que surgían de la venta de los libros de texto y el material didáctico por medio del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).

181. El señor Anderson explicó que PALTEX había sido absorbido por la OPS y que, en consecuencia, el producto de las ventas de ese programa ahora se registraban como ingresos de la Oficina.

182. La Directora agradeció a los Estados Miembros que habían abonado sus contribuciones señaladas puntualmente e instó a aquellos que todavía presentaban atrasos a que efectuasen los pagos correspondientes, y observó que la Oficina había tenido que recurrir con frecuencia al Fondo de Trabajo para financiar sus actividades. También agradeció a los Estados Miembros que estaban teniendo una participación activa para conseguir que la Organización recibiera contribuciones voluntarias nacionales, en particular Colombia, México y Trinidad y Tabago.

183. Señaló además que la Oficina había fortalecido su colaboración con la Fundación de la OPS, lo que también debería dar lugar a una mayor movilización de recursos. La Oficina estaba adoptando medidas para fortalecer al Departamento de Relaciones Externas, Alianzas y Movilización de Recursos, y mejorar la gestión de la identificación, la definición, la ejecución y el seguimiento de proyectos. Esas medidas no producirían aumentos inmediatos del financiamiento voluntario, pero ella no se sentía excesivamente preocupada por la capacidad de la Oficina de seguir prestando cooperación técnica a los Estados Miembros.

184. El Consejo tomó nota del informe.

*Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo (documento CD53/18)*

185. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había considerado una propuesta de aumentar el nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20 millones a \$25 millones, aumento que se consideraba necesario en vista del incremento del presupuesto ordinario y el incremento consiguiente de las necesidades mensuales de efectivo, que en esos momentos promediaban los \$8,1 millones. Se había explicado que, aunque la Oficina había hecho esfuerzos por aumentar la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas, la programación de los pagos a menudo hacía que fuera necesario recurrir al Fondo de Trabajo para cubrir los déficits temporarios. En varias ocasiones en los últimos años el Fondo se había agotado por completo debido a la falta de pago de las contribuciones señaladas.

186. La mayor parte de los Miembros del Comité no habían expresado ninguna objeción al aumento propuesto; sin embargo, la Delegada de los Estados Unidos de América había dicho que su delegación no lo apoyaría. Había sugerido que el aumento debía diferirse por un año hasta que se supiese el monto del financiamiento que se necesitaría para otras cuestiones prioritarias, como el seguro de enfermedad tras la separación del servicio, las mejoras de tecnología de la información, y el mantenimiento y la reparación de los bienes inmuebles propiedad de la OPS. Otros Miembros del Comité habían señalado que la Oficina estaba operando con frecuencia con un importante déficit mensual y que negar la solicitud de aumentar el nivel autorizado del Fondo de Trabajo la colocaría en una posición muy difícil, por lo que no consideraban factible aplazar el aumento. En consecuencia, el Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE154.R4, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo aumentase el nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20 millones a \$25 millones.

187. La Delegada de los Estados Unidos de América repitió los argumentos que se habían manifestado en el Comité Ejecutivo, principalmente que todo excedente que pudiera estar disponible debía destinarse a financiar áreas como el seguro de enfermedad tras la separación del servicio, las mejoras de tecnología de la información, y el mantenimiento y la reparación de los bienes inmuebles propiedad de la OPS. Reconociendo que más allá de eso había consenso sobre la necesidad del aumento, propuso que se eliminase el párrafo 2 del proyecto de resolución, por lo cual se autorizaría el aumento del Fondo de Trabajo, pero no se establecería ninguna provisión

inmediata a fin de financiar dicho aumento a partir de excedentes presupuestarios. En consecuencia, cualquier excedente que se produjese podría usarse para otras finalidades, incluso el aumento del Fondo de Trabajo.

188. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) señaló que, como se explicaba en el análisis financiero que figuraba en el anexo D del documento CD53/18, en el proyecto de resolución no se requería que la Directora usase un excedente para financiar el aumento y dijo que la Oficina podía aceptar la eliminación del párrafo 2.

189. La Directora, observando que la Oficina con frecuencia tenía que recurrir a los adelantos internos para superar las insuficiencias de ingresos, dijo que el incremento del nivel autorizado del Fondo de Trabajo aumentaría la flexibilidad de acción de la Oficina. Nuevamente apeló a los Estados Miembros que presentaban atrasos con respecto a sus contribuciones señaladas a que cumpliesen sus obligaciones con la mayor rapidez posible.

190. En consecuencia, la resolución correspondiente se modificó según lo que se había propuesto y fue aprobada por el Consejo como la resolución CD53.R10.

***Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD53/19)***

191. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido una actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) y había considerado una propuesta de aumentar en \$2,2 millones el presupuesto del proyecto a fin de sufragar el costo de las solicitudes de cambios. Se había informado al Comité que la Directora había encontrado fuentes internas de financiamiento adicional, a saber, \$100.000 del saldo no utilizado de la Cuenta Especial y \$2,1 millones del saldo no asignado del excedente resultante de la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público en el 2010.

192. Si bien se había recibido con beneplácito el progreso logrado en el proyecto, el Comité Ejecutivo había pedido una evaluación de la credibilidad del aumento propuesto, así como la seguridad de que la Oficina tenía certeza de que la presente solicitud de aumento sería la última. Habiendo recibido respuestas satisfactorias de la Oficina sobre estas cuestiones, el Comité había aprobado la resolución CE154.R6, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aprobase la transferencia de los fondos mencionados al proyecto del PMIS.

193. El señor Esteban Alzamora (Director Interno del Proyecto de PMIS, OSP) resumió el progreso en la ejecución del proyecto de modernización del PMIS que había empezado en marzo del 2014 e informó que el diseño y la configuración de la fase 1, que comprendía la parte de recursos humanos y nómina de sueldos, se había terminado; las pruebas de la fase 1 se habían terminado el 12 de septiembre del 2014 y se estaban llevando a cabo los ajustes del diseño, y la fase 1 entraría en funcionamiento a fines de enero del 2015. La fase 2 empezaría según lo previsto hacia fines del 2014 cuando

comenzaría el diseño de los componentes de finanzas, planificación y presupuesto, y compras.

194. Dado que ya se había terminado una parte importante de la ejecución, el equipo del proyecto había podido examinar el presupuesto del proyecto sobre la base del costo real durante la fase 1. Como suele suceder en la mayoría de las implementaciones de software de planificación de recursos empresariales, debía contarse con un presupuesto razonable para contingencias, a fin de cubrir el costo de las solicitudes de cambios, es decir, los cambios encontrados durante la ejecución que se consideraban necesarios para satisfacer requisitos de diseño imprevistos, pero esenciales. Las solicitudes de cambios correspondientes a la fase 1 habían ascendido a un total de un poco más de \$500.000. Se preveía que las solicitudes de cambios para la fase 2, más compleja, ascenderían a alrededor del triple de esa cantidad, por lo que se estaba proponiendo un aumento del presupuesto de \$2,2 millones (incluido un margen de seguridad). Como había dicho el Representante del Comité Ejecutivo, la Directora había encontrado fuentes internas para cubrir ese financiamiento adicional.

195. El Consejo recibió con agrado el progreso en el proyecto del PMIS hasta ese momento y señaló que el sistema mejorado desempeñaría una función crucial para mejorar la prestación de cooperación técnica a los Estados Miembros. Los delegados preguntaron si el trabajo que se estaba realizando en el área de gestión de riesgos incluía el tema de cómo se comunicaría el PMIS con el sistema de la OMS, lo que se consideraba un aspecto importante para proteger la transparencia y rendición de cuentas.

196. Un delegado solicitó información sobre si había algún plan a fin de hacer frente a cualquier otro aumento que pudiera necesitarse en el futuro. Una delegada pidió aclaración sobre la situación de los sistemas existentes como los de contratación, impuestos, pensiones y seguro de enfermedad, que estaban fuera del alcance del proyecto del PMIS. Además también preguntó si las inversiones a largo plazo necesarias para asegurar la sostenibilidad del PMIS estaban incluidas en el presupuesto del proyecto y solicitó que la Oficina proporcionase un glosario de los términos usados en el proyecto, como “ERP” (planificación de recursos empresariales).

197. Un delegado del Caribe solicitó que la Oficina utilizase la experiencia adquirida al fortalecer el PMIS para ayudar a los Estados Miembros que estaban pasando por procesos similares y dijo que la asignación de un funcionario técnico a la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe en Barbados con ese fin sería bienvenida.

198. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) agradeció a los Estados Miembros el apoyo brindado a este proyecto tan importante. Con respecto a los sistemas que estaban fuera del alcance del proyecto, explicó que en el diseño del proyecto la Oficina había tenido en cuenta qué sistemas existentes estaban funcionando adecuadamente y, por consiguiente, no debían reemplazarse. Esos sistemas tendrían interfaces para poder intercambiar datos con los sistemas nuevos, lo que daría lugar a un único sistema integrado. Ese enfoque había contenido el costo del proyecto de modernización. Con respecto a la gestión de riesgos, la Organización estaba colaborando

con la OMS y su estructura de gestión de riesgos institucionales para que el PMIS fuera plenamente capaz de comunicarse con las otras regiones de la OMS.

199. La Directora observó que las estadísticas mostraban que más del 60% de los intentos de implementar un sistema de ERP fracasaban en alguna medida y afirmó que la ejecución eficaz del proyecto requería mucha atención por parte de los Estados Miembros, a quienes les estaba agradecida en consecuencia, así como del seguimiento cuidadoso de la Gerencia Ejecutiva. Recordó que en el 2010 se habían presupuestado \$20 millones para el proyecto; sin embargo, los requisitos del sistema no se habían definido plenamente en ese momento ni se había identificado el software necesario. Se había reconocido rápidamente que el costo de un sistema hecho a medida hubiera sido prohibitivo y la Oficina, por consiguiente, había adoptado el enfoque de seleccionar sistemas existentes y ajustarlos a fin de que reunieran los requisitos específicos de la Organización mediante solicitudes de cambios, cuyo costo había sido imposible predecir hasta que el proyecto estuviera realmente en marcha. El personal y los expertos le habían dicho que, de acuerdo con los estándares habituales en la industria, \$2,2 millones era la cantidad que se requeriría.

200. Los sistemas se implementarían de acuerdo con el cronograma que había mencionado el señor Alzamora. La capacitación del personal con respecto a la gestión del cambio estaba en marcha y aumentaría en los tres meses siguientes. Había un glosario de los términos usados en el proyecto del PMIS que podía ponerse a disposición de los interesados.

201. Con respecto a otras posibles inversiones a largo plazo, recordó que a principios del 2014 la Oficina había encargado al Centro Internacional de Cálculos Electrónicos en Ginebra que realizase una evaluación de las tecnologías de la información. Esa evaluación había indicado que, si bien la infraestructura existente de tecnología de la información permitiría la ejecución del proyecto del PMIS que comenzaría en el 2015 y seguiría en el 2016, se necesitarían importantes mejoras. En consecuencia, la Oficina estaba ahora en proceso de elaborar una estrategia para los próximos años en la que se cubriesen las inversiones específicas que se necesitarían para apoyar el PMIS y otros requisitos de tecnología de la información. La estrategia se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2015.

202. El Consejo aprobó la resolución CD53.R11, por la cual aprobó un aumento del presupuesto autorizado para la modernización del PMIS de \$20,3 millones a \$22,5 millones.

**Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités**

*Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (documento CD53/20)*

203. El Consejo Directivo seleccionó a Suriname para designar una persona para formar parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/BANCO Mundial/OMS (TDR) durante un término de cuatro años a partir del 1 de enero del 2015 (decisión CD53[D5]).

*Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD53/21)*

204. El Consejo Directivo eligió a Panamá y Trinidad y Tabago para integrar el Comité Asesor de BIREME durante un mandato de tres años a partir del 1 de enero del 2015 (resolución CD53.R5).

**Premios**

*Premio OPS en Administración (2014) (documento CD53/22)*

205. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2014, integrado por los delegados de Brasil, Chile y Jamaica, se había reunido en ocasión de la 154.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. Tras examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido conferir el Premio OPS en Administración 2014 al doctor Miguel Ángel Lezana Fernández, de México, por sus contribuciones sobresalientes a la salud pública, como lo demostraba su labor en la administración de servicios de salud y la formación médica, así como su liderazgo en el campo de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información de salud.

206. El Presidente del Consejo y la Directora otorgaron el Premio OPS en Administración 2014 al doctor Lezana Fernández, cuyo discurso de aceptación puede encontrarse en el sitio web del 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

207. El Delegado de México agradeció a la Oficina y al Jurado el honor concedido al doctor Lezana Fernández.

*Premios de la Fundación de la OPS*

208. La doctora Jennie Ward-Robinson (Presidenta y Gerenta General de la Fundación de la OPS) reiteró el compromiso de la Fundación de ser el brazo filantrópico de la OPS.

Como parte de ese compromiso, cada año otorgaba varios premios a la excelencia en la salud pública interamericana.

*Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Pública Interamericana (2014)*

209. Los premios anuales incluían el Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Pública Interamericana, establecido en honor al doctor Abraham Horwitz, quien fuera Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y posteriormente Presidente de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), ahora la Fundación de la OPS. El premio reconocía el liderazgo que había cambiado vidas y mejorado la salud de las personas del continente americano.

210. La doctora Ward-Robinson, el Presidente del Consejo y la Directora otorgaron el Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Pública Interamericana 2014 al doctor Javier Torres-Goitía, de Bolivia, en reconocimiento por su dedicación a lo largo de su vida a la política pública y las implicaciones transfronterizas de su trabajo.

211. Se puede encontrar el discurso de aceptación del doctor Torres-Goitía en el sitio web del 53.º Consejo Directivo.

*Premio Sérgio Arouca a la Excelencia en la Atención Sanitaria Universal (2014)*

212. La doctora Ward-Robinson recordó que el Premio Sérgio Arouca a la Excelencia en la Atención Sanitaria Universal había sido creado en el 2010 por el Ministerio de Salud de Brasil y PAHEF, en colaboración con la OPS. El premio reconocía a los líderes que habían trabajado para impulsar, influir y fortalecer los programas de atención universal de salud en la Región. El médico brasileño Sérgio Arouca, académico y defensor incansable de la atención universal de salud, en cuyo honor se había instaurado este premio, era un ejemplo de este tipo de líderes.

213. Agregó que, aunque se trataba de un acontecimiento sin precedentes para una persona ser propuesta para dos premios de la Fundación de la OPS simultáneamente, el doctor Javier Torres-Goitía también había sido seleccionado como ganador del Premio Sérgio Arouca. Junto con el Presidente del Consejo Directivo y la Directora de la OPS, la doctora Ward-Robinson otorgó el premio al doctor Torres-Goitía por sus acciones y políticas de salud pública que habían llevado a la erradicación del bocio endémico y a mejoras en la salud de la madre y el lactante en Bolivia.

*Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética (2014)*

214. La doctora Ward-Robinson recordó que el Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética se había creado en el 2002 a fin de reconocer el pensamiento pionero en el campo de la bioética. Se había instituido en honor al doctor Manuel Velasco Suárez, médico, investigador y experto que había dedicado más de 50 años de su vida a la salud pública y había sido uno de los fundadores de la Academia de Bioética de México.

---

215. La doctora Ward-Robinson, el Presidente del Consejo Directivo y la Directora de la OSP entregaron el Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética 2014 al doctor Ignacio Mastroleo, de Argentina, por su propuesta titulada *Obligaciones de investigadores y patrocinadores: el modelo de reciprocidad democrática*, en la que se procuraba elaborar un modelo de bioética en las distintas sociedades latinoamericanas para los múltiples actores involucrados en la investigación con seres humanos.

216. Se puede encontrar el discurso de aceptación del doctor Mastroleo en el sitio web del 53.º Consejo Directivo.

#### *Otros premios de la Fundación de la OPS*

217. La doctora Ward-Robinson también presentó a los ganadores de otros tres premios de la Fundación de la OPS, que se entregarían en una ceremonia vespertina. El Premio Clarence H. Moore a la Excelencia en el Servicio Voluntario había sido otorgado a la organización sin fines de lucro Water With Blessings, que promovía el acceso al agua potable en el continente americano mediante la distribución de sistemas de filtración de agua de bajo costo y la educación conexas de las comunidades. El Premio Pedro N. Acha a la Excelencia en Salud Pública Veterinaria había sido otorgado a la doctora Virginia Micaela de la Puente León, de Perú, por su tesis sobre las “Bacterias entéricas con potencial zoonótico en primates neotropicales mantenidos en cautiverio en Perú”. Finalmente, el Premio Fred L. Soper a la Excelencia en la Bibliografía de Salud Pública había sido otorgado al doctor Mario Alberto Rodríguez Pérez, de México, por su artículo “Development of a Novel Trap for the Collection of Black Flies of the *Simulium ochraceum* Complex” en el que se proponía un uso innovador de tecnología de bajo costo para el control y la eliminación de la oncocercosis.

#### **Asuntos de información general**

##### *Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CD53/INF/1)*

218. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo, tras recibir una actualización sobre el progreso de la reforma de la OMS, había señalado la importancia de la reforma en relación con la gobernanza, la asignación de recursos de la OMS y la colaboración con los agentes no estatales. El Comité había destacado la necesidad de acelerar la reforma de la gobernanza, en particular con respecto a la toma de decisiones estratégicas por los órganos deliberantes de la OMS. Además había subrayado la necesidad de elaborar un método justo, transparente y basado en la evidencia para la asignación de recursos de la OMS a las regiones. Se había destacado la importancia de la reforma a todos los niveles de la Organización.

219. El doctor Hans Troedsson (Subdirector General, Administración General, OMS) brindó información actualizada sobre el avance de la reforma de la OMS y observó que si bien se habían logrado importantes adelantos, dos eventos recientes imprevistos habían desacelerado la tasa de progreso: la movilización de la Organización para responder a la

crisis del ébola, que había reducido el nivel de recursos humanos disponibles para el emprendimiento de reformas, y algunos problemas de flujo de efectivo, que se preveía que se superarían en los próximos meses.

220. Se habían logrado considerables avances en la reforma programática, como se había puesto de manifiesto en la preparación del presupuesto por programas 2016-2017. La transparencia y la predictibilidad del financiamiento habían aumentado como resultado del diálogo financiero y el portal en la web del presupuesto por programas. Por primera vez tan al comienzo de un bienio ya se había financiado casi el 90% del presupuesto por programas actual. La reforma de la gobernanza había mostrado el menor progreso. Con respecto a la reforma de la gestión, había habido mejoras considerables en cuanto a la rendición de cuentas y la transparencia. Una iniciativa prometedora era la puesta en marcha de una evaluación del desempeño administrativo y programático de las oficinas de país, encaminado a determinar las prácticas óptimas y buscar mayores mejoras. Las versiones preliminares de las políticas de movilidad y gestión de la actuación profesional se presentarían al Consejo Ejecutivo en enero del 2015. En la esfera de la comunicación, la red de comunicación en emergencias había prestado importante apoyo a la respuesta en curso con respecto al ébola. Se habían logrado considerables avances en las iniciativas para mejorar los controles internos. Se habían creado varias herramientas, incluidos planes de mitigación de riesgos.

221. Se estaba elaborando un marco de evaluación a fin de otorgar a la evaluación una función más prominente en la labor de la OMS y se estaban estudiando los posibles indicadores para facilitar el seguimiento de las actividades de reforma. Un equipo de gestión de la reforma establecido en la Oficina del Director General tenía a su cargo la actualización de los planes de reforma, lo que serviría de base para transmitir periódicamente información a los Estados Miembros y otros interesados directos.

222. El Consejo Directivo recibió con agrado el compromiso de la Secretaría de la OMS y de la Directora General con respecto a la reforma, y reconoció los progresos realizados. Se consideró que el proceso de reforma brindaba una valiosa oportunidad de hacer un examen exhaustivo de los cambios necesarios en la función de la Organización de guiar las prioridades de salud a escala mundial, y de fortalecer su naturaleza multilateral y su capacidad de interconectarse con otros organismos de las Naciones Unidas y otras iniciativas de salud para mejorar los enfoques multisectoriales. La colaboración con los agentes no estatales también se consideró importante, y los delegados recibieron con agrado la elaboración de un marco para ese fin (véanse los párrafos 136 al 147 anteriores) y subrayaron la necesidad de evitar cualquier conflicto de intereses. Se consideró prioritario en la reforma prestar mayor atención a los determinantes sociales de la salud y a la reducción de las inequidades de salud. Se afirmó que el fin último de la reforma debía ser lograr mejores resultados de salud. Por consiguiente, se consideró esencial evaluar sus repercusiones.

223. Se agradecieron los esfuerzos de la Secretaría de la OMS de proporcionar un plan claro para la iniciativa de reforma que proporcionase a la Secretaría y los Estados Miembros una herramienta para medir y llevar a cabo un seguimiento del progreso de su

ejecución. Se alentó a la Secretaría a que procurase que los Estados Miembros conocieran esa herramienta<sup>7</sup> y a que terminase la labor en torno a los otros instrumentos de evaluación y de seguimiento cuanto antes.

224. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo hizo hincapié en la necesidad de que el avance de la reforma de la gobernanza fuera más rápido, en particular en cuanto a la toma de decisiones estratégicas en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS. Se sugirió que se requería una mayor sinergia entre los órganos de gobierno regionales y mundiales para facilitar el debate mundial y aprovechar al máximo el beneficio de las deliberaciones regionales sobre los temas que eran motivo de preocupación a escala mundial. Se destacó la importancia de utilizar métodos participativos en la toma de decisiones colectivas. También se observó que era necesario seguir fortaleciendo la comunicación entre el nivel mundial y regional, así como la necesidad de garantizar la reforma a todos los niveles de la Organización. A este respecto, se solicitó a la Oficina que proporcionara un análisis más detallado de la ejecución de la reforma desde una perspectiva regional, que incluyese ideas sobre cómo podría acelerarse la puesta en marcha de algunos elementos rezagados como la reforma de la gobernanza. También se consideró necesario fortalecer las medidas encaminadas a poner en práctica la reforma a nivel de país. Se destacó la necesidad de capacitar al personal de todos los niveles con relación a la reforma.

225. Los delegados destacaron la necesidad de que continuasen los esfuerzos para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas tanto con el respeto al proceso de reforma general como a los procesos de presupuestación y programación. Con relación a estos últimos, se consideró que el portal en la web creado para el diálogo sobre la financiación era un comienzo excelente, pero se señaló que todavía no contaba con suficientes datos, un paso fundamental hacia la transparencia. Una estrategia sólida para la movilización y el manejo de recursos a todos los niveles de la Organización también se consideró esencial.

226. Se señaló que la crisis del ébola había demostrado la necesidad de una mayor coherencia ante los eventos impredecibles y de una mejor asignación de prioridades en la esfera crucial de los brotes de enfermedades y la aplicación del RSI. Se consideró que esa crisis había mostrado que los sistemas de recursos humanos de la OMS no tenían la flexibilidad ni la eficiencia que se necesitaba para asegurar que la Organización estuviese en condiciones de cumplir su propósito y siguiese atrayendo al mejor talento y usando dicho talento de la manera más eficaz posible.

227. El doctor Troedsson reconoció que el esfuerzo de reforma hasta el presente se había dirigido principalmente hacia la sede de la OMS, pero observó que las iniciativas de reforma estaban ahora comenzando a nivel regional y de país. La reforma sin duda debía ocurrir en los tres niveles de la Organización, pero era especialmente importante a nivel de país, ya que los esfuerzos de reforma eran un componente esencial de la manera en que la OMS podía mejorar su desempeño a nivel de país y en que brindaba apoyo a los

---

<sup>7</sup> Esta herramienta se puede encontrar en: <http://spapps.who.int/WHOREform>.

Estados Miembros. Era cierto que la crisis del ébola representaba un reto enorme y sin precedentes, pero también era una oportunidad de aprender y conseguir que la Organización estuviera mejor dotada y organizada para afrontar este tipo de retos de salud pública en el futuro.

228. La Directora aseguró a los Estados Miembros que la OPS estaba participando plenamente en el proceso de reforma de la OMS, incluso al nivel de las oficinas de país. De hecho, la Región de las Américas estaba probablemente muy adelantada con respecto a la mayor parte de las demás regiones en relación con la respuesta a las iniciativas de reforma de la OMS. De hecho, las reformas en la OPS habían precedido a las reformas de la OMS. Por ejemplo, la OPS llevaba varios años esforzándose por mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, y seguiría haciéndolo. El proceso actual de asignación de prioridades sería muy importante no solo como base para fundamentar la asignación de recursos de la OPS sino también para asegurar una mayor rendición de cuentas y transparencia. La Región ya había también adoptado un enfoque de planificación de abajo arriba, que se había aplicado al elaborar el Plan Estratégico 2014-2019, un proceso que había implicado más de 50 consultas a los interesados directos nacionales. La OPS seguiría utilizando enfoques participativos en la formulación de los planes de acción regionales.

229. En cuanto a la reforma de la gobernanza, el orden del día de los cuerpos de gobierno de la OPS y de la OMS estaban ahora más armonizados. En la medida de lo posible, la OPS no creaba una estrategia propia cuando se había formulado una a nivel mundial; más bien, elaboraba un plan regional de acción en respuesta a la estrategia. La OPS había presionado y seguiría presionando para lograr la participación plena de los Estados Miembros de la Región al formularse esas estrategias mundiales.

230. La OPS estaba mejorando sus procesos de gestión de riesgos para que estuvieran en consonancia con los de la OMS y para procurar que la gestión de riesgos se incorporara en la ejecución y la evaluación de los programas. Estaba también compartiendo su experiencia en cuanto a la colaboración con los agentes no estatales para ayudar a guiar el debate de la OMS.

231. El doctor Anarfi Asamoah-Baah (Director General Adjunto, OMS), observando que una de las características principales de la reforma de la OMS era que estaba conducida por los Estados Miembros, agradeció a los Estados Miembros de la OPS su participación activa y su liderazgo en el proceso. La razón subyacente de la reforma era lograr que la OMS estuviera en condiciones de cumplir su mandato. El reciente brote del ébola había mostrado realmente áreas en las cuales se necesitaban mejoras en ese sentido, en particular con respecto a la velocidad de respuesta, la transparencia, la rendición de cuentas y la capacidad para trabajar con otros organismos. Las últimas semanas habían demostrado que la OMS seguía necesitando reformas, dado que los retos estaban cambiando. El liderazgo continuo de los Estados Miembros de la Región ayudaría a conseguir que los temas de la rendición de cuentas y la transparencia no fueran meras palabras y que las reformas se pusieran realmente en práctica. Estaba impresionado por la manera en que la OPS había adoptado la reforma de la OMS como una inquietud propia.

Ese no había sido el caso en todas las regiones, y esperaba que los Estados Participantes y Observadores de la Región de las Américas que eran miembros de otras regiones de la OMS procurasen que la reforma de la OMS se convirtiese en algo de lo que no solo se hablaba en Ginebra, sino que sucedía en todas las oficinas de la OMS en todo el mundo.

232. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017 (documento CD53/INF/2)***

233. El doctor Hans Troedsson (Subdirector General, Administración General, OMS) presentó el proyecto de presupuesto por programas de la OMS y explicó que se lo consideraba una versión preliminar dado que la OMS estaba todavía en proceso de recoger aportes y opiniones de las regiones al respecto antes de su presentación al Consejo Ejecutivo en enero del 2015. Hizo hincapié en el enfoque de abajo arriba del presupuesto, basado en la determinación de las prioridades a nivel de país, como lo había solicitado la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014. También observó el hincapié que se hacía en el documento sobre las funciones y las responsabilidades claras a fin de evitar duplicaciones y brechas, y su enfoque realista de determinación de los costos.

234. Con respecto a las prioridades presupuestarias, se estaba haciendo hincapié en asegurar que todas las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) fueran cumplidas por los Estados Miembros y el brote del ébola había puesto de relieve la necesidad de un nivel mejor de preparación. El fortalecimiento de la capacidad de reglamentación y de los sistemas de información y la evidencia en el ámbito de la salud era otra prioridad, al igual que el aumento de la inversión destinada a eliminar las muertes evitables de las madres, los recién nacidos y los niños.

235. Una de las reducciones principales de la asignación de recursos en el presupuesto 2016-2017 sería en el área de las enfermedades transmisibles, lo cual no significaba que ese tema ya no fuera una prioridad; más bien, la reducción reflejaba el hecho de que la capacidad de los Estados Miembros y los asociados había aumentado extraordinariamente en esferas como la prevención y el control del VIH/sida, la tuberculosis y las enfermedades prevenibles mediante vacunación. La función de la OMS estribaba ahora en la situación mucho más río arriba, lo que requería menos recursos. Al mismo tiempo, se habían asignado más recursos a las áreas como las enfermedades no transmisibles, la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, y los preparativos y la respuesta para situaciones de emergencia.

236. Había todavía mucho que hacer en la fase de planificación actual, en particular para procurar que la armonización de las prioridades de abajo arriba coincidiera con los compromisos y las metas mundiales y regionales, para lo cual serían importantes los aportes de los países y las regiones en la fijación de prioridades. También se debía seguir trabajando en encontrar y elaborar maneras de gestionar cuestiones transversales como la resistencia a los antimicrobianos, la equidad de género y los derechos humanos. Además,

se debían mejorar las estimaciones de costos sobre la base de los recursos necesarios para el personal y las actividades.

237. En el debate que siguió, los Estados Miembros recibieron con agrado el método de abajo arriba empleado en la planificación y la fijación de prioridades, la definición mejorada de funciones y responsabilidades a los tres niveles de la Organización, y el nuevo método de presupuestación basado en los resultados inmediatos y resultados intermedios, en lugar de los insumos. Además se acogieron con agrado las actualizaciones de la cadena de resultados encaminadas a mostrar mejor los vínculos entre, por un lado, las actividades ejecutadas y los resultados inmediatos logrados y, por el otro, los resultados intermedios y el impacto logrado.

238. Los Estados Miembros observaron los cambios propuestos en la asignación de recursos e instaron a la Secretaría de la OMS a que mostrara liderazgo en la mitigación de las disminuciones en áreas como las enfermedades transmisibles y prevenibles mediante vacunación, el sida y la tuberculosis al aprovechar al máximo las capacidades y las asociaciones existentes con los Estados Miembros. Se observó la disminución en el presupuesto de la Región para la erradicación de la poliomielitis y se solicitó información sobre la manera en que se habían reasignado esos fondos. Los aumentos de las categorías de trabajo encaminadas a mejorar salud de la mujer y el niño, incluida la igualdad de género, la nutrición y la inmunización, se recibieron con beneplácito y se subrayó la necesidad de un énfasis continuo en la salud de la mujer, el niño y otros grupos vulnerables. Se solicitó aclaración sobre si la Secretaría contemplaba revisiones adicionales del presupuesto a fin de reforzar la capacidad y los recursos que habían sido puestos a prueba considerablemente por las crisis de salud pública recientes como el brote del ébola. Además se solicitó información más detallada sobre la determinación del costo de los insumos.

239. Se consideró importante elaborar indicadores para el presupuesto por programas de una manera oportuna a fin de dar a los Estados Miembros la oportunidad de formular observaciones al respecto. También se consideró que los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 serían útiles para el seguimiento y el análisis de la ejecución del presupuesto por programas de la OMS. En ese sentido, se señaló que el proyecto de presupuesto por programas no parecía estar plenamente en consonancia con el ejercicio preliminar de asignación de prioridades emprendido para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Se instó a la Secretaría de la OMS y la Oficina a que colaboraran para garantizar el financiamiento pleno del presupuesto por programas de la OMS y de la ejecución del Plan Estratégico de la OPS.

240. El doctor Troedsson explicó que el tiempo disponible para preparar un proyecto de presupuesto por programas para ser sometido a la consideración de los comités regionales había sido muy corto y que la Secretaría de la OMS estaba todavía trabajando en todos los niveles de la Organización por medio de las redes de categorías y de áreas programáticas para resolver los problemas de asignación de prioridades. Subrayó que el presupuesto por programas para el 2016-2017 era un presupuesto realista, no uno ambicioso. Como ese era el caso, tenía que conseguirse que el presupuesto fuera

financiado plenamente. Sin embargo, una proporción importante de los fondos que la OMS recibía seguía estando destinada a fines específicos, lo que daba lugar al sobrefinanciamiento de algunas áreas y el subfinanciamiento de otras, y hacía difícil hacer coincidir el financiamiento con las prioridades.

241. Con respecto a las preguntas acerca de las revisiones adicionales del presupuesto, explicó que se había incorporado cierta flexibilidad presupuestaria en el área de respuesta a los brotes y las crisis, que dependía de los eventos. Por lo tanto, si ocurría un brote de alguna enfermedad u otra emergencia, la OMS tendría la capacidad de absorber mayor financiamiento para poder responder, pero no se había planificado para eventos que podrían no ocurrir. Con respecto a la pregunta de a dónde se habían reasignado los fondos resultantes de los recortes en el presupuesto destinado a la lucha contra la poliomielitis, recordó que parte del presupuesto se basaba en el plan estratégico mundial para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 que se había acordado. La reducción del monto no significaba que la Secretaría hubiera tomado ese dinero y lo hubiera puesto en algún otro lugar específico. Más bien, había habido una reasignación general, con aumentos, por ejemplo, en la salud materno-infantil, las enfermedades no transmisibles y algunas otras áreas, y disminuciones en otras.

242. Confirmó que el presupuesto por programas para el 2016-2017 no era un presupuesto de transición. Con una buena cadena de resultados y establecimiento de prioridades, y con la planificación de abajo arriba y las funciones y responsabilidades claras de los tres niveles, la Organización había ido más allá de la etapa de transición. Con respecto a los indicadores, la Secretaría estaba trabajando en las mejoras necesarias. Los resultados de ese trabajo deberían estar a la vista al momento del Consejo Ejecutivo en enero.

243. La Directora agregó que la Oficina pondría a disposición de la Secretaría de la OMS el trabajo que se había hecho con respecto a los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2015 modificado (véanse los párrafos 35 al 45 anteriores), que podría resultar útil al refinar los indicadores del presupuesto por programas de la OMS.

244. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS (documento CD53/INF/3)***

245. El doctor Hans Troedsson (Subdirector General, Administración General, OMS) describió los antecedentes que habían llevado a la creación de un grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de recursos, que posteriormente se había convertido en el Grupo de Trabajo sobre la Asignación Estratégica de los Márgenes Presupuestarios. Este Grupo de Trabajo tenía a su cargo brindar orientación a la Secretaría de la OMS en cuanto a la elaboración de un nuevo método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y estaba integrado por seis miembros, uno de cada región de la OMS. México representaba a la Región de las Américas.

246. La labor en torno al nuevo método no había progresado con la rapidez que cabía esperar, lo que no se debía a que el Grupo de Trabajo o la Secretaría hubieran escatimado esfuerzos, sino más bien a que la formulación de un nuevo método era una tarea compleja, en parte porque pasar recursos de una región a otra significaría que disminuirían los recursos en alguna región y, hasta el momento, las seis regiones habían solicitado un aumento pero ninguna se había ofrecido voluntariamente a reducir su asignación. Por otro lado, no era fácil encontrar una fórmula sencilla de asignación de recursos que todos pudieran comprender y aceptar.

247. Dos conclusiones importantes habían surgido del trabajo del Grupo hasta el momento: el método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios debía aplicarse tanto a las contribuciones señaladas como las voluntarias, y debía apoyar el método integrado actual de programación y presupuestación de la Organización (un solo plan de trabajo y un solo presupuesto). La elaboración y la ejecución del método estarían guiados por seis principios rectores: se basarían en las necesidades y los datos, la gestión basada en resultados, la imparcialidad y la equidad, la rendición de cuentas y la transparencia, la asignación clara de funciones y responsabilidades, y la mejora del desempeño. Incluiría cuatro segmentos operacionales amplios: cooperación técnica a escala de país, provisión de bienes públicos mundiales y regionales, administración y gestión, y respuesta a las emergencias. Los posibles criterios para la asignación de recursos bajo cada segmento se describían en el anexo al documento CD53/INF/3.

248. La Secretaría estaba actualmente elaborando modelos para aplicar los diversos principios y criterios. Los resultados de esa labor se presentarían al Grupo de Trabajo en noviembre del 2014, después de lo cual se pondría a disposición de los Estados Miembros un proyecto actualizado a mediados de diciembre en preparación de la reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración que tendría lugar en enero del 2015.

249. En el debate que siguió, se recordó que la iniciativa de asignación de los márgenes presupuestarios había surgido a instancias de los Estados Miembros de la Región, que habían aprobado la Declaración de los Estados Miembros de las Américas sobre la Asignación Presupuestaria de la OMS a la Región de las Américas.<sup>8</sup> Se observó el liderazgo continuo de la Región en este tema y se agradeció a México su labor en el Grupo de Trabajo.

250. Los delegados reconocieron la complejidad de elaborar un método justo, transparente y objetivo de asignación de recursos, y subrayaron la necesidad de un método basado en los principios acordados por todos los Estados Miembros. Se destacó que el método debía vincularse con otros aspectos de la reforma de la OMS. A este respecto, se opinó que debía hacerse más hincapié en los tres pilares propuestos por la Secretaría de la OMS y acordados por los Estados Miembros para la asignación de los recursos: planificación de abajo arriba, asignación clara de funciones y responsabilidades entre los tres niveles de la Organización y determinación realista de los costos de los

---

<sup>8</sup> Resolución CE152.SS.R1.

resultados. El Delegado de México informó que para que se reflejasen las desigualdades, un tema de suma preocupación para la Región, México había solicitado que los criterios socioeconómicos para la asignación de recursos incluyesen un indicador similar al coeficiente de Gini.

251. Se destacó que era necesario tener flexibilidad para contemplar las prioridades cambiantes y los eventos imprevistos, al igual que tener un mecanismo transitorio adaptable que pudiera dar cabida a los cambios estructurales que se hicieran en el contexto de la reforma de la OMS. Se consideró que el criterio de asignación general tanto para la cooperación técnica como para los segmentos de apoyo mundial y regional debía ser la ventaja comparativa de la OMS. Se sugirió que la Secretaría quizá podría proporcionar ejemplos de cómo los diversos enfoques propuestos se aplicarían al presupuesto 2016-2017 para que los Estados Miembros pudieran ver cómo funcionarían en la práctica. También se sugirió que la Secretaría debía emprender un análisis sobre la factibilidad, a la luz del cambio de la presupuestación basada en cálculos estimativos a la presupuestación basada en una determinación realista de los costos, de aplicar el mecanismo de asignación de recursos aprobado en el 2006.<sup>9</sup>

252. El doctor Troedsson dijo que la Secretaría prepararía un documento de antecedentes en el que se explicaría la manera en que la planificación de abajo arriba y la determinación de los costos se habían aplicado en la elaboración del proyecto de presupuesto por programas 2016-2017. Estuvo de acuerdo en que era necesario tener flexibilidad en la asignación de recursos, ya que era difícil predecir cómo podrían cambiar las prioridades con el transcurso del tiempo. Otra consideración era la capacidad de ejecutar los recursos: si un país o una región no podían ejecutar su presupuesto plenamente, tenía que haber una manera de reasignar los recursos no utilizados.

253. La Directora observó que el presupuesto de la OMS para la Región de las Américas en el 2016-2017 seguía basándose en los modelos históricos y, en ese sentido, seguía siendo en gran medida un presupuesto de transición. Hasta que la Organización empezara a presupuestar sobre la base de un enfoque verdadero de abajo arriba, en lugar de modelos históricos, la Región de las Américas seguiría estando en una situación desfavorable en la asignación de recursos.

254. El doctor Anarfi Asamoah-Baah (Director General Adjunto, OMS) reconoció la base histórica del proyecto de presupuesto por programas 2016-2017 y afirmó que el tema de la asignación de los márgenes presupuestarios era enormemente complejo. Debían tenerse en cuenta innumerables factores, incluido el hecho de que, mientras la Organización estaba acercándose a un enfoque de un único presupuesto, sus recursos provenían de una serie de fuentes diversas. La Secretaría tenía algún tipo de control o de influencia en cómo se asignaban algunos de esos recursos, pero en algunos casos no tenía influencia alguna, lo que dificultaba asignar una proporción fija de recursos a una región en particular.

---

<sup>9</sup> Véanse los documentos EB118/7 y EBSS-EB118/2006/REC/1 de la OMS.

255. También resultaba muy difícil determinar qué constituiría una proporción justa de los recursos de la OMS para una región. Una fórmula sencilla basada en la carga de morbilidad o el producto interno bruto podría resultar inadecuada a medida que más países estaban cerca de pasar a ser países de ingresos medianos. Además, tenía que tenerse presente que podía haber países pobres en las regiones que se consideraban ricas y países ricos en las regiones consideradas pobres. Otra consideración era cómo se asignarían los recursos entre la sede de la OMS y las regiones y, dentro de las regiones, cómo se asignarían entre los países. El funcionario cuestionó si un grupo de trabajo integrado por solo seis Estados Miembros era suficiente para lidiar con todas esas consideraciones.

256. El Consejo tomó nota del informe.

***Informe de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CD53/INF/4, Rev. 1)***

257. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) presentó el documento CD53/INF/4, Rev. 1, en el que se analizaba el informe sobre la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT). Hizo notar en particular al párrafo 30 del documento final<sup>10</sup> de dicha reunión, en el que se daba prioridad a un conjunto de 19 medidas en cuatro áreas principales, algunas de ellas con plazos establecidos para su cumplimiento.

258. Los representantes de dos organizaciones no gubernamentales instaron a los Estados Miembros a que llevaran plenamente a la práctica todos los compromisos contraídos en el documento final, incluso los puntos sobre establecer para el 2015 metas nacionales con respecto a las ENT y planes nacionales multisectoriales con costos e integrar las ENT en la agenda de desarrollo nacional. Solicitaron a los Estados Miembros que abogaran activamente por la inclusión de las ENT en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. Además instaron a los Estados Miembros a que hicieran de la demencia una prioridad nacional de salud y a que elaborasen planes nacionales al respecto en vista del gran aumento previsto de la prevalencia de la demencia en los próximos años.

259. El doctor Hennis dijo que la comunidad mundial había progresado considerablemente en cuanto al reconocimiento de la carga y la repercusión significativa de las ENT y el importante hecho de que las ENT eran no solo un problema de salud sino también una cuestión de desarrollo. Se habían registrado algunos logros muy concretos, por ejemplo, cerca del 50% de los países tenían una política nacional con respecto a las ENT, un aumento con respecto al 32% en el 2010. Sin embargo, se debía tener en cuenta que el progreso había sido desigual en cierta medida, lo que no se debía a una falta de

---

<sup>10</sup> Se puede encontrar en la resolución A/RES/68/300.

voluntad sino a las limitaciones en cuanto a la capacidad técnica y el financiamiento. Claramente quedaba mucho trabajo por delante y las tareas eran de una gran magnitud y los recursos limitados. Subrayó que la Oficina estaba preparada para prestar apoyo y cooperación técnica a los Estados Miembros, por ejemplo, para que establecieran mecanismos multisectoriales que pudieran abordar las cuestiones relativas a las ENT.

260. El Consejo tomó nota del informe.

***Sistematización de los mandatos de la OPS (documento CD53/INF/5)***

261. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con agrado la iniciativa de sistematizar la información sobre las resoluciones de los Cuerpos Directivos y otros compromisos de salud pública. Había considerado que facilitaría el seguimiento de los mandatos por parte tanto de la Oficina como de los Estados Miembros, ayudaría a determinar las medidas necesarias o la corrección del rumbo, fortalecería la gobernanza y el liderazgo de la Organización, y aumentaría la eficacia del seguimiento del progreso bajo el Plan Estratégico 2014-2019 y otros mandatos de los Cuerpos Directivos.

262. El Consejo Directivo también recibió con agrado la iniciativa, que ayudaría a mejorar la transparencia y la rendición de cuentas. Se consideró que se trataba de una buena práctica que debía compartirse con otras regiones y con la Secretaría de la OMS. Además se consideró que proporcionaría enseñanzas valiosas acerca de la manera en que la Oficina y los Estados Miembros abordaban el debate de los problemas de salud y la adopción de resoluciones; también suministraría información sobre la posibilidad de considerar “cerradas” o de eliminar gradualmente algunas áreas cuya prioridad había pasado a ser baja.

263. Los delegados estuvieron de acuerdo con las recomendaciones que figuraban en el documento CD53/INF/5, en particular con respecto a la necesidad de fortalecer las iniciativas y los mandatos de la OPS para que se centrasen más en el logro de los objetivos del Plan Estratégico y la Agenda de Salud para las Américas. También subrayaron la necesidad de que las resoluciones futuras fueran más explícitas en cuanto a los requisitos en materia de informes, la claridad de los mandatos, la capacidad de ejecución y las implicaciones financieras. Con relación a la recomendación que se hacía en el párrafo 25, se sugirió que la Oficina debía preparar una hoja de ruta que incluyese un posible cronograma para el examen de las resoluciones y los mandatos, haciendo hincapié en el examen técnico para confirmar el cumplimiento de los mandatos y evaluar las repercusiones programáticas y presupuestarias de mantener o eliminar gradualmente las actividades.

264. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) dijo que la Oficina había tomado nota de las observaciones de los delegados y tomaría medidas apropiadas dentro de los próximos seis meses. El proyecto había representado una oportunidad importante para la Oficina de examinar los mandatos de los Cuerpos Directivos de los 15 años anteriores. Se había podido determinar los compromisos que se

habían cumplido, aquellos que estaban todavía pendientes y otros que ameritaban un examen más detallado para determinar la conveniencia de mantenerlos o de considerarlos cerrados. Al mismo tiempo, la Oficina había podido fortalecer el Repositorio Institucional para el Intercambio de Información (IRIS por su sigla en inglés) al agregar un componente (conocido como una “comunidad”) dedicado especialmente a los documentos y las resoluciones de los Cuerpos Directivos. La Oficina también publicaría en IRIS un compendio de resoluciones, con hiperenlaces, que se actualizaría periódicamente. El sistema ya estaba disponible para la consulta por parte de los Estados Miembros.<sup>11</sup>

265. La Directora dijo que el trabajo que se había hecho en cuanto a la sistematización de los mandatos sería útil solo si se lo utilizaba. Este cometido había suministrado información importante, pero ahora la Oficina necesitaba orientación de los Estados Miembros con respecto al proceso de cierre de los temas que se habían cumplido o que ya no eran pertinentes. La Oficina intentaría presentar en el 2015 una propuesta definitiva con respecto al cierre de algunos temas.

266. La Oficina en particular esperaba que el sistema fuera útil para los Estados Miembros puesto que les permitiría encontrar documentos y resoluciones anteriores sobre los asuntos que podrían querer incluir en el orden del día de los Cuerpos Directivos. La responsabilidad de compilar el orden del día de las sesiones de los Cuerpos Directivos recaía en el Comité Ejecutivo. Si bien el Director tenía la opción de formular sugerencias, muchas solicitudes de puntos del orden del día adicionales provenían de los Estados Miembros. Desde luego, era muy difícil para la Oficina sugerir al Comité Ejecutivo que esas solicitudes no se considerasen; aunque podía, sin embargo, hacer que el Comité tuviera presente que existían planes de acción o resoluciones anteriores que trataban el mismo asunto. Quizá también podría proporcionar un análisis en el que se señalaran los puntos que eran asuntos o temas prioritarios en el Plan Estratégico 2014-2019.

267. Aunque había habido numerosos llamamientos a reducir los órdenes del día en el contexto de la reforma de la OMS, el orden del día de los órganos de gobierno de tanto la OPS como la OMS se habían tornado aun más largos. Se esperaba que pudiera ejercerse cierta disciplina dentro de la OPS para procurar que los órdenes del día fueran significativos y contribuyeran a los asuntos prioritarios en la Región.

268. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

### ***Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CD53/INF/6, A-G)***

#### *Presentación especial: Informe del Grupo de Examen de Expertos independientes*

269. La doctora Carmen Barroso, Directora Regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (Región del Hemisferio Occidental) e integrante del Grupo de Expertos de Evaluación independiente (iERG por su sigla en inglés) establecido a fin de informar regularmente al Secretario General de las Naciones Unidas sobre los resultados

---

<sup>11</sup> Se puede encontrar en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2?locale-attribute=sp%20>.

relativos a la *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño*, presentó las conclusiones del informe del grupo correspondiente al 2014, *Todas las mujeres, todos los niños: una visión para después del 2015*. Señaló que en el informe se indicaba que, en muchas áreas relacionadas con la salud de la mujer y el niño, el mundo estaba lejos de alcanzar muchas de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se formulaban varias recomendaciones para mejorar la situación en el período después del 2015.

270. Un resumen de la presentación de la doctora Barroso y un enlace al informe completo del iERG pueden encontrarse en el sitio web de la OPS.<sup>12</sup>

271. La Directora agradeció a la doctora Barroso su presentación y manifestó su reconocimiento además de la labor del Grupo de Examen de Expertos independientes, establecido por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, que tenía la función de asegurar que los Estados Miembros y la Secretaría de las Naciones Unidas estuvieran satisfaciendo las expectativas.

A. *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático*

272. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que al considerarse este tema en el Comité Ejecutivo, los delegados habían estado de acuerdo en que el cambio climático representaba una amenaza para la salud humana y los sistemas de salud que solo podría mitigarse mediante una mejor cooperación entre los sectores públicos y entre las instituciones públicas y privadas. Se había destacado que el sector de la salud debía asumir un papel de liderazgo al forjar alianzas y asegurar que se determinasen y abordasen las consideraciones de salud relacionadas con el cambio climático.

273. En las deliberaciones del Consejo acerca de este informe se sugirió que debían tomarse mayores medidas a fin de incluir la salud en las negociaciones que tendrían lugar en la 20.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP 20), que se celebraría en Lima en diciembre del 2014. Se agradecieron los esfuerzos de la OMS para colocar el tema de la salud en el programa de las negociaciones y el apoyo de la Oficina para organizar una actividad paralela sobre el cambio climático y la salud durante la COP 20. Se señalaron las graves repercusiones de las emergencias relacionadas con el clima en los pequeños estados insulares en desarrollo, que habían llevado a la destrucción de infraestructura y ecosistemas y, en algunos casos, a la pérdida de vidas humanas. También se observó el vínculo entre el cambio climático y las tasas en aumento de enfermedades como el dengue y el chikunguña. Se hizo hincapié en la responsabilidad de los países desarrollados de limitar la emisión de los gases de efecto invernadero y se subrayó la necesidad de otorgar prioridad al cambio climático en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

---

<sup>12</sup> Se puede encontrar en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10063:carmen-barroso-presents-findings-of-2014-ierg-report-at-53rd-directing-council&Itemid=39620&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10063:carmen-barroso-presents-findings-of-2014-ierg-report-at-53rd-directing-council&Itemid=39620&lang=en) [en inglés].

274. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) reconoció el esfuerzo que los Estados Miembros habían realizado para establecer planes nacionales como un paso hacia el logro de las metas del plan regional. El plan regional seguiría en marcha hasta el año 2016 y a esa altura se haría una evaluación final de los preparativos de los países para hacer frente al cambio climático. La Oficina reconoció en particular la vulnerabilidad de la subregión del Caribe y el esfuerzo especial que tendría que hacerse para garantizar una respuesta contundente y eficaz al cambio climático allí.

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

275. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo en junio que el Comité Internacional de Expertos creado para examinar la evidencia sobre la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas estaba a la espera de un informe final de Brasil antes de avanzar con el proceso de certificación. El Delegado de Brasil había informado sobre las actividades llevadas a cabo en su país para interrumpir la transmisión del sarampión, y para comprobar y documentar la eliminación. Había afirmado que se había controlado un brote de sarampión reciente en dicho país.

276. En el análisis del Consejo acerca de este informe, se elogió el avance de la Región en cuanto a la documentación y comprobación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Sin embargo, se señaló que no podía considerarse que se había logrado la eliminación del sarampión endémico dado que seguía circulando el virus del sarampión. Se instó a los Estados Miembros a que encontraran y abordaran las brechas en los sistemas de vigilancia, que eran fundamentales para documentar y mantener la eliminación. También se señaló que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del sarampión y la rubéola mejoraría la vigilancia de otras enfermedades, lo que a su vez promovería una capacidad básica fundamental del Reglamento Sanitario Internacional (2005). En vista de la importación continua a la Región de las Américas de casos de otras regiones, se subrayó la importancia del apoyo de los Estados Miembros a las alianzas mundiales para la eliminación a escala mundial.

277. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) reconoció el gran esfuerzo que los Estados Miembros habían hecho para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Si bien se habían registrado algunos casos de sarampión en Brasil, la Oficina estaba trabajando intensamente con el gobierno de dicho país, que estaba haciendo todo lo posible en el frente técnico y de recursos humanos para contenerlos, y se preveía lograr la confirmación de la eliminación de esas tres enfermedades en la Región en un futuro cercano.

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

278. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el examen del Comité Ejecutivo del informe de progreso sobre la mortalidad materna se había centrado en la importancia de estudiar los casos de “casi muerte”, en los que las madres y los recién nacidos con enfermedades graves o complicaciones de nacimiento casi habían muerto, a fin de comprender mejor los factores que intervenían tanto en la morbilidad como en la supervivencia. Se había informado al Comité que la Oficina estaba poniendo en marcha una nueva iniciativa para monitorear y mejorar la vigilancia de los casos de complicaciones graves durante el parto.

279. En el análisis del Consejo de este informe, los delegados reafirmaron el compromiso de sus países de seguir esforzándose por reducir la mortalidad materna, incluso mediante la creación de indicadores y mecanismos apropiados para que se pudiera medir de manera más exacta la morbilidad, y mediante enfoques multisectoriales que fueran más allá del ministerio o el sector de la salud. Se señaló la importancia de los sistemas de vigilancia para obtener información sobre todas las madres y los recién nacidos que presentaban complicaciones o habían muerto en relación con el embarazo, el parto o el período posparto. Se recomendó que los informes futuros incluyeran datos y análisis de las tendencias a fin de permitir una mejor evaluación sobre si los países estaban alcanzando las metas y los objetivos establecidos en el plan de acción, con un énfasis particular en mejorar la salud materna en las poblaciones indígenas, pobres y desfavorecidas.

280. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director Interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) reconoció el compromiso y los esfuerzos de los Estados Miembros para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. También recibió con agrado el reconocimiento de que el tema era un importante reto social que iba más allá del sector de la salud, lo que hacía necesario determinar y abordar los factores sociales que repercutían en el fenómeno de la mortalidad materna. Había también una necesidad de garantizar una atención más oportuna y de mejor calidad, y de mejorar la medición de la morbilidad materna.

*D. Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

281. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo que, en general, la Región de las Américas estaba en curso de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud. Sin embargo, persistían algunos retos, en particular con respecto a tres indicadores importantes relacionados con la salud: la mortalidad infantil, la mortalidad materna y el saneamiento básico. El Comité había recibido con agrado el progreso logrado, pero había reconocido que los resultados informados a nivel nacional eran promedios que ocultaban las disparidades e inequidades a nivel subnacional. Se había considerado esencial que en el período después del 2015 se mantuvieran los logros y se siguiera trabajando para cumplir los ODM en todos los grupos poblacionales. Se

había señalado como especialmente importante la atención continua de la salud maternoinfantil, la salud reproductiva y la planificación familiar, y el agua y el saneamiento. También se había subrayado la necesidad de seguir fortaleciendo los sistemas de salud y los servicios y los sistemas de información de salud. Otras prioridades de salud para el período después del 2015 incluían la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos mentales y los traumatismos causados por la violencia; la atención continua a las enfermedades transmisibles, incluida la infección por el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas; y la cobertura universal de salud.

282. En el análisis del Consejo de este informe, los delegados expresaron el compromiso continuo de sus países con la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Algunos instaron a que la Oficina continuase con la ayuda a los países en sus esfuerzos para alcanzar los objetivos relativos a la salud; en particular se necesitaba ayuda para reducir la inequidad en los temas de salud dentro de la Región.

283. Se señaló que la salud se vinculaba íntimamente con otros aspectos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza. Por ejemplo, la reducción de la pobreza en Brasil había llevado a una disminución de las enfermedades transmisibles, incluidas la tuberculosis y la lepra, así como a una reducción significativa de la desnutrición infantil. Se reconoció que, a pesar del progreso logrado en torno a los ODM, había todavía mucho que hacer, especialmente en el área de la mortalidad materna. Se destacó la importancia de la cooperación continua entre los países de la Región, tanto antes como después de la fecha límite del 2015 establecida para los ODM.

284. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) señaló que el debate de tipo mesa redonda sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (véanse los párrafos 148 al 160 anteriores) había confirmado que muchos de los retos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio seguirían en el período después del 2015. Establecer los indicadores y las metas regionales sería una tarea regional, lo que crearía una buena plataforma a partir de la cual brindar apoyo para que los Estados Miembros pudieran avanzar.

285. La Directora dijo que, para la Oficina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio representaban una agenda inconclusa, en particular en relación con los ODM 4 y 5. Hizo hincapié en que la inequidad en la Región era lo que estaba dificultando que los Estados Miembros pudieran alcanzar algunas de las metas. En el futuro sería necesario un enfoque mucho más centrado, orientado a los países que estaban quedando a la zaga, pero también orientado a las poblaciones que estaban quedando a la zaga dentro de los países. También se necesitaría intensificar la labor en torno al acceso a la atención de buena calidad y la atención de los determinantes sociales de la salud.

286. Una esfera importante de trabajo se relacionaría con las estadísticas de salud, dado que algunas de las estimaciones publicadas internacionalmente no reflejaban los datos estadísticos nacionales. Habría una reunión con los Estados Miembros hacia fines

del año para definir un plan de acción a fin de mejorar los datos estadísticos, en particular en el área de la mortalidad materna. Esa sería una prioridad continua hasta el 2015 e incluso después.

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

287. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en su consideración de este tema, el Comité Ejecutivo había celebrado el progreso logrado hasta esa fecha en cuanto a la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Se había instado a los Estados Miembros a que mantuvieran la voluntad política y las actividades para que, con el apoyo constante de la Oficina, esas enfermedades pudieran eliminarse definitivamente. Además se había alentado a los Estados Miembros a que tomaran medidas inmediatas para prevenir la fiebre chikunguña.

288. En el debate del Consejo acerca de este informe, los Estados Miembros subrayaron la importancia de los planes intersectoriales dirigidos a varias enfermedades. También se destacó la necesidad de cooperación entre los países, en particular en las zonas fronterizas. A este respecto se informó que Brasil y la República Bolivariana de Venezuela habían firmado recientemente un memorando de entendimiento para una iniciativa de colaboración encaminada a eliminar la oncocercosis en la zona indígena yanomami a lo largo de su frontera común. El Delegado de Ecuador, subrayando la importancia de la participación de la comunidad en la eliminación de la oncocercosis en su país, observó que con un esfuerzo sostenido podría repetirse el éxito con otras enfermedades como la enfermedad de Chagas, la malaria y el dengue.

289. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) felicitó a Ecuador y Colombia por haber logrado la eliminación de la oncocercosis. Actualmente, la enfermedad se estaba registrando en solo un sitio, en la frontera entre Brasil y Venezuela, y un empujón final exitoso para eliminarla sería un triunfo para la Región de las Américas. La Oficina haría todo lo que estaba a su alcance para brindar apoyo a los esfuerzos de esos dos países.

*F. Plan de acción de hospitales seguros*

290. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en el debate que había sostenido el Comité Ejecutivo sobre el informe de progreso sobre este tema, se había señalado que los desastres que habían ocurrido desde la adopción del *Plan de acción de hospitales seguros* en el 2010 habían puesto de relieve el progreso logrado en la reducción del riesgo de desastres, pero también habían mostrado cuán fácilmente los hospitales, los centros de salud y los sistemas de salud pública podían sobrecargarse en las emergencias de salud pública y los desastres. Se había alentado a la Oficina a que facilitara oportunidades para intercambiar información técnica y pericia, e impartir capacitación a los Estados Miembros para la construcción de hospitales seguros. También se había señalado que el trabajo realizado en la Región había mostrado que era

posible, con niveles relativamente bajos de inversión, no solo lograr que los hospitales fueran más seguros, sino también hacer que tuvieran un menor consumo de energía y que estuvieran mejor adaptados al cambio climático.

291. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) dijo que el *Plan de acción de hospitales seguros* era un esfuerzo regional en curso, con mucho trabajo todavía por delante para lograr plenamente los objetivos del plan. La tercera Conferencia Mundial sobre la Reducción del Riesgo de Desastres se celebraría en Japón en el 2015. Hasta ese momento, el sector de la salud no había sido un participante importante en esas conferencias, pero la iniciativa de la OPS había colocado el tema de la seguridad de los hospitales en la agenda mundial. Estuvo de acuerdo en que los hospitales tenían una función que desempeñar en el ámbito del cambio climático: no era suficiente que fueran seguros y permanecieran operativos, también debían reducir su impacto ambiental. La subregión del Caribe estaba demostrando al mundo que era posible crear “hospitales inteligentes” que fueran tanto seguros como ecológicos. Como una demostración práctica y concreta de lo que podía hacerse, la iniciativa de hospitales seguros había tenido una influencia positiva en otros sectores como el de la educación, en el que se estaba ahora considerando cómo construir escuelas más seguras.

#### *G. Situación de los centros panamericanos*

292. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los Miembros de Comité Ejecutivo habían considerado que la labor de los diversos centros panamericanos era de suma importancia para la Región. En particular, se habían recibido con agrado las contribuciones del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) a la inocuidad de los alimentos y la prevención y el control de las zoonosis. Se había sugerido que debía implantarse una nueva estructura administrativa similar a la del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) a fin de permitir una mayor participación de los Estados Miembros en la gobernanza de PANAFTOSA y de mejorar la coordinación de las actividades de eliminación de la fiebre aftosa. El Gobierno de Paraguay había ofrecido organizar un evento internacional para explorar esa idea aun más y formular una propuesta.

293. La Directora había dicho que la Oficina estaba dispuesta a colaborar con los Estados Miembros en la creación de un mecanismo participativo de gobernanza. También había dicho que, como la Oficina carecía de los recursos para llevar adelante todo el trabajo necesario para alcanzar la meta de erradicar la fiebre aftosa, agradecería la oportunidad de trabajar con los ministerios de agricultura y ganadería y las asociaciones de sanidad animal para garantizar el financiamiento suficiente de la labor de PANAFTOSA.

294. A modo de resumen de los informes de progreso, la Directora dijo que el progreso que se había observado en los diversos informes mostraba en gran medida el compromiso de los Estados Miembros. Persistían algunos retos y la Oficina colaboraría con los

Estados Miembros para procurar que se pudieran superar los obstáculos y lograr los objetivos establecidos en los planes de acción.

295. El Consejo tomó nota de los informes.

***Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD53/INF/7, A-C)***

***A. 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud***

296. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y de diversos cuerpos subregionales que se consideraban de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había prestado especial atención a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la estrategia mundial y las metas con respecto a la prevención, la atención y el control de la tuberculosis y el fortalecimiento de la función del sistema de salud al abordar la violencia contra la mujer y los niños, temas ambos que estaban estrechamente vinculados con el trabajo en marcha a nivel regional. Se había hecho notar además la resolución WHA67.25 sobre la resistencia a los antimicrobianos y se había sugerido que los Estados Miembros quizá desearan considerar la posibilidad de aprobar una resolución regional sobre el tema en un futuro cercano.

***B. Cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos***

297. El orden del día, los documentos de trabajo y las resoluciones de ese período de sesiones se pueden consultar en <http://www.oas.org/es/44ga/>.

***C. Organizaciones subregionales***

298. Con respecto a las acciones de los cuerpos subregionales de interés para la OPS, el doctor Barbosa da Silva informó que se había puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo que el Consejo sobre el Desarrollo Humano y Social de la Comunidad del Caribe había tratado temas relacionados con la agenda de salud de CARICOM, el Organismo de Salud Pública del Caribe, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la infección por el VIH y el sida, y el Reglamento Sanitario Internacional, entre otros asuntos.

299. Los temas tratados por la Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana habían incluido las enfermedades infecciosas desatendidas, la repercusión de la drogadicción en la subregión, y la reglamentación de los medicamentos y la tecnología. El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana había aprobado los indicadores para hacer el seguimiento de la ejecución del Plan de Salud para Centroamérica y la República Dominicana, y había solicitado a la OPS ayuda para redactar una resolución sobre una política de salud para el Sistema de Integración Centroamericana.

300. En la Reunión de los Ministros de Salud de la Zona Andina se habían tratado los indicadores básicos para el monitoreo de los sistemas nacionales de salud con respecto al acceso universal, los aspectos interculturales de la salud, el acceso a los medicamentos y la elaboración de una política sobre la discapacidad. Los Ministros de Salud del MERCOSUR habían examinado la situación epidemiológica del dengue, el sarampión, la gripe, la tuberculosis y la malaria. También habían tratado las actividades binacionales en el ámbito de la salud en el contexto de la Copa Mundial de Fútbol en Brasil.

301. El Consejo tomó nota del informe.

### **Otros asuntos**

302. No se presentaron otros asuntos en el Consejo Directivo.

### **Clausura de la sesión**

303. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurado el 53.º Consejo Directivo.

### **Resoluciones y decisiones**

304. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 53.º Consejo Directivo.

### **Resoluciones**

#### ***CD53.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas***

#### ***EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD53/17 y Add. I) y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 154.<sup>a</sup> sesión con respecto al estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;

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

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

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD53/17 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2014 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.

3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido a cabalidad con sus obligaciones financieras respecto de sus contribuciones señaladas hasta el 2014.
4. Felicitar a los Estados Miembros que se han esforzado por reducir el atraso en el pago de sus contribuciones señaladas pendientes de pago de años anteriores.
5. Solicitar a la Directora que:
  - a) siga estudiando mecanismos que aumenten la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas;
  - b) informe al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de las contribuciones señaladas;
  - c) informe al 54.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas para el 2015 y años anteriores.

(Cuarta reunión, 30 de septiembre del 2014)

**CD53.R2: Plan de acción sobre la salud en todas las políticas**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento CD53/10, Rev. 1);

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

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

Reconociendo la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud y su llamado a elaborar y ejecutar medidas enérgicas, basadas en la evidencia y fiables de bienestar social, cuando sea posible sobre la base de los indicadores, normas y programas existentes en todo el gradiente social, que vayan más allá del crecimiento

económico, y reconociendo la importante función de promoción del enfoque por parte de los ministerios de salud a este respecto;

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

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

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales, a que:
  - a) aboguen por la salud y la promoción de la equidad en materia de salud como una prioridad y tomen medidas eficaces en relación con los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la equidad en materia de salud;
  - b) adopten medidas eficaces, incluidas, cuando proceda, las relacionadas con la legislación vigente, las estructuras, los procesos y los recursos, que permitan establecer políticas públicas que tengan en cuenta y aborden sus repercusiones sobre la salud, la equidad en materia de salud y los determinantes de la salud, y lleven a cabo mecanismos para medir y dar seguimiento a los determinantes y las disparidades de salud;
  - c) desarrollen y mantengan, cuando proceda, la capacidad y aptitudes institucionales adecuadas y sostenibles para lograr, mediante acciones en todos los sectores, mejores resultados desde la perspectiva de la salud y la equidad en materia de salud;
  - d) utilicen las herramientas pertinentes para identificar, evaluar, promover y fortalecer la participación y las actividades multisectoriales en pro de la salud,

- incluidos, según corresponda, comités interministeriales, presupuestos y contabilidad integrados, y análisis de las repercusiones sobre la salud;
- e) fortalezcan la diligencia y la rendición de cuentas debidas, y aumenten la transparencia de la toma de decisiones y el compromiso;
  - f) involucren, según corresponda, a las comunidades locales y los actores de la sociedad civil en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores, incluidos mecanismos para la participación de las comunidades y la participación pública;
  - g) contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 al hacer hincapié en que las políticas de sectores diferentes del sector de la salud tienen repercusiones importantes en los resultados en materia de salud, y determinar las sinergias entre los objetivos de las políticas en el sector de la salud y en otros sectores;
  - h) impulsen la participación activa de las autoridades de otros sectores en los temas de salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye los esfuerzos nacionales para mejorar la salud y el bienestar y garantizar la equidad en materia de salud, incluidas medidas en todos los sectores relacionadas con los determinantes de la salud y los factores de riesgo de las enfermedades mediante el fortalecimiento de los conocimientos y la evidencia para promover la salud en todas las políticas;
  - b) proporcione, previa solicitud, orientación y asistencia técnica a los Estados Miembros en sus esfuerzos por aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas, incluido el desarrollo de las capacidades, las estructuras, los mecanismos y los procesos necesarios para medir y llevar a cabo un seguimiento de los determinantes de la salud y las disparidades en materia de salud;
  - c) fortalezca la función, las capacidades y los recursos de conocimientos de la OPS, a fin de proporcionar orientación y asistencia técnica encaminadas a apoyar el establecimiento de políticas en todos los sectores en los diversos niveles de gobernanza, y procurar la coherencia y la colaboración con las propias iniciativas de la OPS que requieren acciones en todos los sectores, incluso en la respuesta regional a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles;
  - d) fortalezca el intercambio de experiencias entre los países y el trabajo entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

*(Cuarta reunión, 30 de septiembre del 2014)*

**CD53.R3: Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

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

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

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

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado* (Documento Oficial 345), incluidos los indicadores revisados.
2. Agradecer al Grupo de Trabajo de los Países su compromiso y valiosas contribuciones a fin de perfeccionar los indicadores del Plan Estratégico, incluida la elaboración de un compendio integral de los indicadores y la orientación proporcionada a fin de elaborar un sistema conjunto de seguimiento y evaluación del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado*.
3. Solicitar a la Directora que:
  - a) continúe realizando consultas con los Estados Miembros sobre cualquier otra revisión de la línea de base y las metas de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico durante el proceso de elaboración de los programas y presupuestos y sus correspondientes evaluaciones;
  - b) incorpore los cambios que sean necesarios en el Programa y Presupuesto 2014-2015 de acuerdo con la versión modificada del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;
  - c) implemente el sistema conjunto de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico, en colaboración con los Estados Miembros;

- d) continúe realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros;
- e) continúe trabajando en estrecha colaboración con los miembros del Grupo de Trabajo de los Países a fin de recibir su orientación y aportes con respecto a la ejecución del sistema conjunto de seguimiento y evaluación y el perfeccionamiento del marco de la estratificación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS;
- f) presente un informe sobre la situación de la ejecución del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado* al finalizar el bienio 2014-2015.

*(Quinta reunión, 1 de octubre del 2014)*

**CD53.R4: Elección de tres estados miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Brasil, Chile y El Salvador**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 4.D y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que fueron elegidos los Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Brasil, Chile y El Salvador,

**RESUELVE:**

1. Declarar elegidos a los Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Brasil, Chile y El Salvador los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

*(Quinta reunión, 1 de octubre del 2014)*

**CD53.R5: Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Teniendo presente que el Artículo VI del Estatuto de BIREME establece que el Comité Asesor de BIREME estará constituido por un representante nombrado por la

Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y otro nombrado por el Gobierno del Brasil como miembros permanentes, y que los cinco miembros no permanentes deben ser seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre los miembros de BIREME (que en este momento incluye todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS), teniendo en cuenta la representación geográfica;

Recordando que el Artículo VI además establece que los cinco miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME deben alternarse cada tres años y que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS podrá estipular un período de alternancia más corto en caso de ser necesario para mantener el equilibrio entre los miembros del Comité Asesor;

Considerando que Panamá y Trinidad y Tabago fueron elegidos para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2015 por llegar a su término el mandato de Bolivia y Suriname,

**RESUELVE:**

1. Declarar a Panamá y Trinidad y Tabago electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME para un período de tres años.
2. Agradecer a Bolivia y Suriname los servicios prestados por sus delegados en el Comité Asesor de BIREME durante los últimos tres años.

*(Quinta reunión, 1 de octubre del 2014)*

**CD53.R6: Plan de acción para el acceso universal a sangre segura**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura* (documento CD53/6);

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

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

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

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

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

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

Motivado por el espíritu del panamericanismo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los instrumentos vinculantes universales y regionales de derechos humanos, y el reto de lograr el acceso universal a la sangre y componentes seguros,

**RESUELVE:**

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

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

- c) continúe abogando por la movilización activa de recursos y promoviendo las alianzas para respaldar la aplicación de esta resolución;
- d) monitoree y evalúe la ejecución de este plan de acción e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del plan, así como las adaptaciones, si fuera necesario, a nuevos contextos y necesidades.

(Sexta reunión, 1 de octubre del 2014)

**CD53.R7: Plan de acción sobre salud mental**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre salud mental* (documento CD53/8);

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

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

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

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

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

---

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

**RESUELVE:**

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

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

3. Solicitar a la Directora que:

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

*(Sexta reunión, 1 de octubre del 2014)*

**CD53.R8: *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales***

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* (documento CD53/11);

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

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

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

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

**RESUELVE:**

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

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

(Séptima reunión, 2 de octubre del 2014)

**CD53.R9: Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* (documento CD53/12);

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

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

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

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

Reconociendo la función única y fundamental de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de la Ayuda Humanitaria (OCHA) en la coordinación de las

actividades humanitarias internacionales, y considerando debidamente la función de las autoridades nacionales de manejo de desastres;

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

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

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

***RESUELVE:***

1. Aprobar el *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* y apoyar su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) participen en la conformación de un grupo de consulta regional de carácter temporal;
  - b) participen en la red de salud para emergencias y desastres en las Américas, y promuevan y faciliten la incorporación a ella de las acciones y esfuerzos bilaterales y multilaterales de cooperación en el sector de la salud presentes actualmente en la Región;
  - c) consideren la implementación, según sea apropiado de acuerdo con las reglas de las Naciones Unidas y en coordinación con las autoridades nacionales existentes de manejo del riesgo de desastres, de un mecanismo flexible de registro de equipos médicos internacionales y multidisciplinarios de salud debidamente habilitados y los procedimientos de respuesta inmediata en las Américas;
  - d) faciliten y cooperen en la interconexión de los sistemas logísticos relacionados con la salud en las Américas en una red para agilizar la asistencia humanitaria en el sector de la salud en la Región;

- e) impulsen y promuevan la implantación de mecanismos de coordinación con otros sectores;
  - f) promuevan y faciliten la capacitación de sus recursos humanos para emergencias y desastres.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) respalde la coordinación y ejecución del plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria en el ámbito internacional y preste la cooperación técnica necesaria a los países;
  - b) facilite y promueva la creación de un mecanismo flexible de registro de equipos médicos internacionales y equipos de salud debidamente habilitados con enfoque multidisciplinario, y los procedimientos de respuesta inmediata en las Américas, en coordinación con la OMS y OCHA, y de acuerdo con los lineamientos de la OMS;
  - c) facilite la conformación de un grupo de consulta regional temporal con expertos de los países para revisar, armonizar, actualizar y difundir procedimientos y mecanismos de asistencia humanitaria en el ámbito de la salud en la Región;
  - d) ejerza la secretaría de dicho grupo de consulta regional;
  - e) promueva la formación de alianzas entre países, con foros de integración regional, organismos internacionales, instituciones científico-técnicas, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, para ampliar la capacidad de los Estados Miembros de responder a las emergencias de salud.

(Séptima reunión, 2 de octubre del 2014)

**CD53.R10: Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo analizado el informe de la Directora sobre la *Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo* (documento CD53/18);

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

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en cuanto a que se aumente el nivel autorizado del Fondo de Trabajo en reconocimiento de las mayores exigencias que pesan sobre el Fondo de Trabajo a medida que se amplían las actividades

---

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

del presupuesto ordinario de la Organización, así como la necesidad de asegurar que el programa se lleve a cabo de una manera eficiente y ordenada,

**RESUELVE:**

1. Aprobar un aumento del nivel autorizado del Fondo de Trabajo de \$20,0 millones a \$25,0 millones.

*(Séptima reunión, 2 de octubre del 2014)*

**CD53.R11: Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana* (documento CD53/19);

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar un aumento del presupuesto autorizado para la modernización del PMIS de US\$ 20,3 millones<sup>1</sup> a \$22,5 millones.
2. Autorizar a la Directora a que financie el déficit previsto de \$2,2 millones en el presupuesto autorizado para la modernización del PMIS de la siguiente manera:
  - a) saldo no utilizado de los proyectos aprobados para ser financiados a partir de la Cuenta Especial: \$100.000,
  - b) fondos del saldo sin asignar del excedente de la aplicación de las IPSAS: \$2.100.000.

*(Séptima reunión, 2 de octubre del 2014)*

---

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

**CD53.R12: Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación**

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* (documento CD53/7, Rev. 1);

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

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

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

Reconociendo que la rehabilitación de base comunitaria y la disponibilidad de recursos humanos y materiales contribuyen a una atención integral y de calidad, que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad;

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

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

Considerando que, en mayo del 2014, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad* (resolución WHA67.7), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el consenso de sus Estados Miembros, elaboró el presente plan de acción que está alineado con el plan de acción mundial y con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

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

**RESUELVE:**

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

- 
- h) mejoren el equipamiento e infraestructura de los servicios de atención a las personas con discapacidad;
  - i) mejoren la producción, análisis y uso de los datos sobre discapacidad, en el marco de los sistemas nacionales de información, y apliquen herramientas válidas y coherentes con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud;
  - j) apoyen la investigación así como la evaluación de políticas públicas en el campo de la discapacidad;
  - k) apliquen un abordaje multisectorial eficaz con mecanismos de coordinación entre los ministerios y las organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y otros servicios para las personas con discapacidad;
  - l) atiendan la salud de los cuidadores que asisten a las personas con discapacidad, sean familiares o profesionales, en la ejecución de tareas vitales;
  - m) promuevan el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los países.

3. Solicitar a la Directora que:

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

*(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)*

**CD53.R13: *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia***

**EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019 (documento CD53/9, Rev. 2);

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

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

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

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) otorguen prioridad y aboguen al nivel más alto para que se ejecute este plan de acción;

- b) promuevan la coordinación entre los ministerios y las instituciones públicas, principalmente en los sectores de la educación, la agricultura y la ganadería, las finanzas, el comercio, el transporte y la planificación urbana, así como con las autoridades locales de las ciudades, a fin de alcanzar el consenso a nivel nacional y de combinar sinérgicamente las medidas para detener el avance de la epidemia de la obesidad en la niñez;
- c) apoyen y dirijan iniciativas conjuntas del sector público y el privado y las organizaciones de la sociedad civil en torno a este plan de acción;
- d) elaboren programas y planes de comunicación masiva sustentados en la evidencia para difundir el plan de acción y educar al público sobre los asuntos relativos a la actividad física, los alimentos, la alimentación saludable y el valor de las tradiciones culinarias locales congruentes con la alimentación saludable;
- e) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas, los planes, los programas, la legislación y las intervenciones que permita determinar la repercusión de la ejecución del plan de acción;
- f) procuren que se establezcan procesos con múltiples sectores e interesados directos a fin de revisar y analizar la ejecución del plan sobre la base de las prioridades, las necesidades y las capacidades nacionales.

3. Solicitar a la Directora que:

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

*(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)*

**CD53.R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud****EL 53.° CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* presentada por la Directora (documento CD53/5, Rev. 2);

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

Consciente de que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad;

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

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

Observando que los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), mediante la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y su participación activa en otros espacios internacionales, como la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la resolución A/RES/67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2012), la Declaración de Panamá para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil (2013), y la resolución WHA67.14 (2014) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015*; y notando que actualmente el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción del bienestar como objetivos clave;

Observando los logros recientes alcanzados en el ámbito de la salud en toda la Región de las Américas, debidos en parte al desarrollo económico y social de los países, la

consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países de abordar las necesidades de salud de la población;

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

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

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

Reconociendo la importancia de priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud y la adopción de políticas integradas e integrales para abordar los determinantes sociales y las inequidades en salud, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Considerando el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; considerando que se requieren acciones estratégicas e integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida; y considerando, además, que a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se convierten en una demanda social cada vez más creciente y estructurada;

Observando que en la estrategia se articulan las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud;

Reconociendo el proceso participativo utilizado en la formulación de la estrategia, que incluyó consultas llevadas a cabo por los Estados Miembros en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana, lo cual permitió un debate de calidad con diferentes

perspectivas de análisis, así como las contribuciones realizadas por el Grupo de Trabajo de los Estados Miembros;<sup>1</sup>

**RESUELVE:**

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

---

<sup>1</sup> El Grupo de Trabajo de los Estados Miembros se constituyó por decisión del Comité Ejecutivo en su 154.ª sesión que tuvo lugar del 16 al 20 de junio del 2014, y contó con la participación de representantes técnicos de los países que conforman el Comité Ejecutivo en el 2014 y de los países que participaron como observadores en esa sesión.

perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

- g) aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud, según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención, a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas;
- h) avancen hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos; el reemplazo de dicho pago directo como mecanismo de financiamiento debe planificarse y lograrse progresivamente, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales, a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia del sistema de salud;
- i) identifiquen e implementen un conjunto de acciones para mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud;
- j) implementen planes, programas y proyectos para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación activa, y el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) use la estrategia para facilitar el liderazgo de las autoridades de salud a fin de promover la movilización de los recursos nacionales en apoyo a la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción, para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- c) mida los avances hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud usando los indicadores establecidos en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, e informe sobre los avances mediante los informes bienales de evaluación de la ejecución del Plan Estratégico;
- d) desarrolle acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia;

- e) promueva la innovación en la cooperación técnica para la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, actualizando los mecanismos de la Oficina para el apoyo de la cooperación entre países, estableciendo redes de expertos y de gestión del conocimiento, facilitando la documentación y comunicación de experiencias de los países y haciendo uso de las plataformas tecnológicas, de manera coherente con las necesidades y capacidades actuales de los países y las lecciones aprendidas;
- f) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan hacia la cobertura universal de salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

*(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)*

### ***Decisiones***

#### ***Decisión CD53(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales***

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Argentina, San Martín y Santa Lucía para integrar la Comisión de Credenciales.

*(Primera reunión, 29 de septiembre del 2014)*

#### ***Decisión CD53(D2): Establecimiento de la Mesa Directiva***

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a la República Dominicana para ocupar la Presidencia, a Barbados y Costa Rica para las Vicepresidencias, y a Uruguay para la Relatoría del 53.º Consejo Directivo.

*(Primera reunión, 29 de septiembre del 2014)*

#### ***Decisión CD53(D3): Establecimiento de la Comisión General***

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Cuba, Estados Unidos de América y Panamá para integrar la Comisión General.

*(Primera reunión, 29 de septiembre del 2014)*

***Decisión CD53(D4): Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora (documento CD53/1).

*(Primera reunión, 29 de septiembre del 2014)*

***Decisión CD53(D5): Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por haber llegado a su término el mandato de Perú***

El Consejo Directivo seleccionó a Suriname como el Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por un período de cuatro años a partir del 1 de enero del 2015.

*(Quinta reunión, 1 de octubre del 2014)*

***Decisión CD53(D6): Estrategia sobre la legislación relacionada con la salud***

El Consejo Directivo, habiendo considerado la estrategia propuesta sobre la legislación relacionada con la salud (documento CD53/13), decidió: *a)* reconocer la importancia de la estrategia propuesta y el apoyo manifestado al respecto por la mayor parte de los Estados Miembros; *b)* establecer un grupo de trabajo abierto a todos los Estados Miembros, con Uruguay a cargo de la presidencia y El Salvador de la vicepresidencia; y *c)* establecer un cronograma de reuniones que incluya dos reuniones virtuales, a celebrarse en noviembre y diciembre del 2014, y una reunión presencial de dos días de duración, a celebrarse en marzo del 2015 antes de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. El Consejo estuvo de acuerdo en que se recomendaría un curso de acción sobre la base de los resultados de la reunión de marzo del 2015 y que el presidente del grupo de trabajo luego sometería el asunto a la consideración del Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión y del 54.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

*(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)*

EN FE DE LO CUAL, el Primer Vicepresidente del 53.º Consejo Directivo, Delegado de Barbados, 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., a los tres días del mes de octubre del año dos mil catorce. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Informe Final se publicará en la página web de la Organización Panamericana de la Salud una vez aprobado por el Primer Vicepresidente.

---

John David Edward Boyce  
Primer Vicepresidente del  
53.º Consejo Directivo  
Delegado de Barbados

---

Carissa Etienne  
Secretaria *ex officio* del  
53.º Consejo Directivo  
Directora de la  
Oficina Sanitaria Panamericana

## **ORDEN DEL DÍA**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

### **2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**

- 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
- 2.2 Elección de la Mesa Directiva
- 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
- 2.4 Establecimiento de la Comisión General
- 2.5 Adopción del orden del día

### **3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**

- 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- 3.2 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 3.3 Organizaciones Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de de Brasil, Chile y El Salvador

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

- 4.1 Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013
  - 4.2 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado)
  - 4.3 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
  - 4.4 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura
  - 4.5 Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación
-

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

- 4.6 Plan de acción sobre salud mental
- 4.7 Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia
- 4.8 Plan de acción sobre la salud en todas las políticas
- 4.9 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales
- 4.10 Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria
- 4.11 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
- 4.12 Avance hacia una posición regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional
- 4.13 Colaboración de la OMS con los agentes no estatales (Consulta regional)
- 4.14 Agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (Mesa redonda)
- 4.15 Fondo rotatorio de la OPS para la compra de vacunas: desafíos y oportunidades

**5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013
- 5.3 Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo
- 5.4 Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

**6. SELECCIÓN ESTADOS MIEMBROS PARA FORMAR PARTE DE CONSEJOS Y COMITÉS**

- 6.1 Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
- 6.2 Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

**7. PREMIOS**

- 7.1 Premio OPS en Administración (2014)

**8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 8.1 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 8.2 Anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017
- 8.3 Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS
- 8.4 Informe de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- 8.5 Sistematización de los mandatos de la OPS
- 8.6 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
  - A. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático
  - B. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
  - C. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
  - D. Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
  - E. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

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

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

F. Plan de acción de hospitales seguros

G. Situación de los Centros Panamericanos

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

A. 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud

B. Cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

C. Organizaciones subregionales

**9. OTROS ASUNTOS**

**10. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos oficiales

- OD345* y Add. I Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado)
- OD347* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2013
- OD348* Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013

### Documentos de trabajo

- CD53/1 Orden del día
- CD53/WP/1, Rev. 1 Programa de reuniones
- CD53/2 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- CD53/3, Rev. 1 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- CD53/4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Brasil, Chile y El Salvador
- CD53/5, Rev. 2 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
- CD53/6 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura
- CD53/7, Rev. 1 Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación
- CD53/8, Rev. 1 Plan de acción sobre salud mental
- CD53/9, Rev. 2 Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia
- CD53/10, Rev. 1 Plan de acción sobre la salud en todas las políticas
- CD53/11 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales
-

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

CD53/12	Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria
CD53/13	Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
CD53/14	Avance hacia una posición regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional
CD53/15	Colaboración de la OMS con los agentes no estatales (Consulta regional)
CD53/16, Add I y II	Agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (Mesa redonda)
CD53/23	Fondo rotatorio de la OPS para la compra de vacunas: desafíos y oportunidades
CD53/17 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CD53/18	Situación y nivel autorizado del Fondo de Trabajo
CD53/19	Estado del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD53/20	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
CD53/21	Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD53/22	Premio OPS en Administración (2014)

**Documentos de información**

CD53/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CD53/INF/2	Anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017

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

- CD53/INF/3                   Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS
- CD53/INF/4, Rev. 1       Informe de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- CD53/INF/5                   Sistematización de los mandatos de la OPS
- CD53/INF/6                   Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A.   Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático
  - B.   Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
  - C.   Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
  - D.   Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
  - E.   Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
  - F.   Plan de acción de hospitales seguros
  - G.   Situación de los Centros Panamericanos
- CD53/INF/7                   Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A.   67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
  - B.   Cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
  - C.   Organizaciones subregionales

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

<b>President / Presidente:</b>	Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo (Dominican Republic)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Hon. John David Edward Boyce (Barbados)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dra. María Elena López (Costa Rica)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Dra. Susana Muñiz (Uruguay)

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Molwyn Morgorson Joseph  
Minister of Health and the Environment  
Ministry of Health and the Environment  
St. John's

Delegate – Delegado

Dr. Rhonda Sealey-Thomas  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Social Transformation  
and Consumer Affairs  
St. John's

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Carbone  
Jefa de Gabinete del Secretario de  
Determinantes de la Salud y Relaciones  
Sanitarias  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

**ARGENTINA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Pedro Kremer  
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre  
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Srta. Andrea Candelaria de la Puente  
Asistente Privada  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Lic. Mariel Rios Ancalle  
Analista de la Dirección de  
Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Glen Beneby  
Medical Advisor  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

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

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John David Edward Boyce  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. Michael

Delegates – Delegados

H.E. John Beale  
Ambassador, Permanent Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Mr. Tennyson Springer  
Permanent Secretary [Ag.]  
Ministry of Health  
St. Michael

Alternates – Alternos

Dr. Kenneth S. George  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

**BARBADOS (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

**BELIZE/BELICE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Belmopan City

Delegates – Delegados

Dr. Peter Allen  
Chief Executive Officer  
Ministry of Health  
Belmopan City

Ms. Ardelle Sabido  
Minister-Counsellor  
Permanent Mission of Belize to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Kendall Belisle  
First Secretary, Alternate Representative  
of Belize to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Lauren Quiros  
Second Secretary, Alternate Representative  
of Belize to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sr. Jaime Mauricio Quiroga Carvajal  
Primer Secretario, Representante  
Alterno de Bolivia ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Sr. Alberto Kleimam  
Assessor Especial do Ministro da Saúde  
para Assuntos Internacionais  
Ministério da Saúde  
Brasília

Alternates – Alternos

Sra. Lumela Almeida Castro Furtado  
Assessora Especial do Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

Sra. Maria do Socorro de Souza  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Sra. Indiara Meira Gonçalves  
Chefe da Divisão de Análise Técnica  
Assessoria de Assuntos Internacionais  
de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Luís Paulo Mendes Dias  
Analista Técnico de Políticas Sociais  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi  
Presidente do Conselho Nacional de  
Secretários Municipais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Ms. Kimberly Elmslie  
Assistant Deputy Minister  
Health Promotion and Chronic Disease  
Prevention Branch  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Mr. Rodney Ghali  
Acting Director General  
Chronic Disease Prevention  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Dr. Rachel Rodin  
Scientific Director and Senior  
Medical Advisor  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Mr. Chad Hartnell  
Acting Senior Director  
Partnerships and Strategic Division  
Centre for Chronic Disease Prevention  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Dr. Andre Dontigny  
Directeur, Direction du développement des  
Individus et de l'environnement social à la  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services  
Sociaux du Québec  
Quebec

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Jeannette Vega  
Directora del Fondo Nacional de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

Delegates – Delegados

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

Dra. Angélica Verdugo  
Subsecretaria de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
Santiago

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CHILE (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Matilde Maddaleno  
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos  
Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Dr. Aníbal Hurtado  
Jefe de Gabinete  
Ministerio de Salud  
Santiago

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Marta Lucía Ospina  
Directora de Epidemiología y Demografía  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Bogotá

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Matute  
Coordinador Grupo Cooperación y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Bogotá

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

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Fernando Llorca Castro  
Viceministro de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

Dr. Norbel Roman Garita  
Presidente de la Asociación Alzheimer y  
Otras Demencias afines de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
San José

Alternate – Alterno

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

**CUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda  
Vice Ministro Primero de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CUBA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis Javier Baro Baez  
Primer Secretario  
Misión Permanente de Cuba  
ante las Naciones Unidas  
Nueva York

Alternate – Alterno

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

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pedro Verges  
Embajador, Representante Permanente  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Rafael Montero  
Director de Desarrollo Estratégico e  
Institucional  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo

Alternates – Alternos

Sr. Valentín Del Orbe  
Ministro Consejero, Representante Alterno  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Erika Alvarez Rodríguez  
Consejera, Representante Alternas  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Clara Santana  
Primera Secretaria, Representante Alternas  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**ECUADOR (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

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

Lic. Cristina Luna  
Coordinadora de Cooperación Multilateral  
Dirección de Cooperación y Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

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

**EL SALVADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Clarice Modeste-Curwen  
Minister of Health and Social Security  
Ministry of Health and Social Security  
St. George's

**GUATEMALA**

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

Delegate – Delegado

Sr. Luis Fernando Carranza Cifuentes  
Ministro Consejero, Representante Alternos  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUYANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bheri Ramsaran  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Georgetown

**HAITI/HAÏTÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche  
Directeur général  
Ministère de la Santé publique  
et de la Population  
Port-au-Prince, Haïti

Delegates – Delegados

H.E. Bocchit Edmond  
Ambassador, Permanent Representative of  
Haiti to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**HAITI/HAITÍ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Leon Charles  
Minister Counselor, Alternate  
Representative of Haiti to the Organization  
of American States  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Pierre Michel Bonnet  
Counselor, Alternate Representative of Haiti  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolani Batres  
Secretaría de Estado en el Despacho  
de Salud  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

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

Dra. Gladys Hermelinda Paz Díaz  
Directora General de Vigilancia del  
Marco Normativo  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

Alternate – Alterno

Sr. Luis Cordero  
Ministro Consejero, Representante Alterno  
de Honduras ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Kevin Harvey  
Acting Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Delegates – Delegados

H.E. Stephen Vasciannie  
Ambassador, Permanent Representative of  
Jamaica to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Dr. Marion Bullock DuCasse  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternates – Alternos

Ms. Ava-Gay Timberlake  
Director, International Cooperation in Health  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Everton W. Anderson  
Chief Executive Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Mr. Kirk Bolton  
President  
Jamaica Association of Professionals in  
Nutrition and Dietetics  
Kingston

Mrs. Julia Elizabeth Hyatt  
Minister, Permanent Representative of  
Jamaica to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Mercedes Juan López  
Secretaría de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri Morales  
Subsecretario de Prevención y Promoción  
de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

Alternates – Alternos

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner  
Coordinador de Asesores  
Subsecretaría de Prevención y Promoción  
de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete  
Director General de Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dr. Carlos Sandoval  
Director General de Comunicación Social  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Mtro. Juan Carlos Valle Pereña  
Director Ejecutivo de la Agencia Mexicana  
de Cooperación Internacional para el  
Desarrollo  
Secretaría de Relaciones Exteriores  
México, D.F.

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Hilda Dávila Chávez  
Directora General de Relaciones  
Internacionales y Encargada de la Unidad  
de Vinculación y Participación Social  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Huitzilihuitl Heberto Herrada Pineda  
Director General Adjunto de Desarrollo  
Social-Humano y Sustentable  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña  
Directora General Adjunta de Discurso y  
Asuntos Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Mtra. Cristina Margarita Narváez Medécigo  
Asesora de la Subsecretaría de Prevención y  
Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dr. Miguel Ángel Lezana  
Director General de Difusión e Investigación  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

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

Lic. Anakaren Lombera Rico  
Subdirectora de Proyectos Especiales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Alejandra Sales Frettlöhr  
Jefa de Departamento de Desarrollo Social  
Secretaría de Relaciones Exteriores  
México, D.F.

Dr. Luis Carlos Herrera-Moro  
Oficina de la Secretaría de Salud  
México, D.F.

My. Eric Omar Salinas Flores  
Oficina de la Secretaría de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Efrén Herrera Salas  
Secretario Auxiliar  
Dirección General de Comunicación Social  
México, D.F.

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

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

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

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

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Daniel Cámara Ávalos  
Tercer Secretario, Representante Alternato  
de México ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**NICARAGUA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Enrique Beteta Acevedo  
Secretario General  
Ministerio de Salud  
Managua, Nicaragua

Delegate – Delegado

Lic. Julieta Blandón  
Primera Secretaria, Representante Alternata  
de Nicaragua ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Vega  
Secretario General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegate – Delegado

Lic. Natasha Dormoi  
Directora de Asuntos Internacionales y  
Cooperación Técnica  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Rocío Soledad Florentín Gómez  
Ministra-Secretaria Ejecutiva de la Secretaría  
Nacional por los Derechos Humanos de las  
Personas con Discapacidad  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Excma. Sra. Elisa Ruíz Díaz Bareiro  
Embajadora, Representante Permanente de  
Paraguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Wesley Eugene Schmidt  
Director General de Atención Primaria de  
la Salud  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Sra. Bioq. Patricia Giménez León  
Directora general de Planificación y  
Evaluación  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Ministra Inés Martínez Valinotti  
Representante Alterna del Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Oscar Augusto Luiz Divaldo Baez  
Primer Secretario  
Misión Permanente del Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luís Carlos Garcia Escobar  
Segundo Secretario  
Misión Permanente del Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia  
Viceministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Lima

Delegates – Delegados

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

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

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds  
Minister of Health, Wellness, Human  
Services, and Gender Relations  
Ministry of Health, Wellness, Human  
Services, and Gender Relations  
Waterfront, Castries

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)**

Delegate – Delegado

Dr. Merlene Fredericks  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Wellness, Human  
Services, and Gender Relations  
Waterfront, Castries

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS  
Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Patrick Martin  
Chief Medical Officer  
Health and Social Services  
Basseterre

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/  
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton Clayton Burgin  
Minister of Health  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Sachi Antrieka Soekhoe-Ramlal  
First Secretary, Alternate Representative  
of Suriname to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fuad Khan  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Delegates – Delegados

Dr. Colin B. Furlonge  
Ag. Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Alternates – Alternos

Mr. Hamid O'Brien  
Advisor to the Minister of Health  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Mr. Lawrence Jaisingh  
Director  
Health Policy, Research and Planning  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Mr. Oscar Ocho  
Chief Nursing Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Dr. Sandra Reid  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Sylvia Mathews Burwell  
Secretary of Health and Human Services  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Dr. Nerissa Cook  
Deputy Assistant Secretary of State  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Colin McLiff  
Health Attaché  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
United States Mission  
Geneva

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

Ms. Julianna Bentes  
Attorney-Advisor  
Office of the Legal Advisor  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Mr. Charles Darr, Lieutenant  
United States Public Health Service  
International Health Analyst  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. José Fernández  
Deputy Director  
Division of International Health Security  
Office of the Assistant Secretary for  
Preparedness and Response  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

Ms. Estefania Konarek  
Junior Management Analyst  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Gabrielle Lamourelle  
Senior International Health Analyst, Policy  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Jay McAuliffe  
Senior Medical Officer  
Center for Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human Services  
Atlanta, Georgia

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

Mr. Stephen O'Dowd  
Office Director  
Office of Economic and Development Affairs  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Cody Thornton  
International Health Regulations  
Program Manager  
Office of the Assistant Secretary for  
Preparedness & Response  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Cody Thornton  
International Health Regulations  
Program Manager  
Office of the Assistant Secretary for  
Preparedness and Response  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Sr. Cristian Romo  
Personal de apoyo  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Susana Muñiz  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Hugo Cayrús  
Embajador Designado, Representante  
Permanente del Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Néstor Alejandro Rosa Navarro  
Representante Alterno del Uruguay ante la  
Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Andrés Coitiño  
Director de Asesoría de Relaciones  
Internacionales y Cooperación  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Sr. José Luis Varela  
Director de Comunicaciones  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

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

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

**FRANCE/FRANCIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders  
Counselor for Health, Welfare and Sports  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
The Hague

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson  
Head of International Branch  
Public Health Directorate  
Department of Health  
London

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Delegates – Delegados

Hon. Porsha Stubbs-Smith  
Minister of Health and Human Services  
Ministry of Health and Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Mrs. Desiree Lewis  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Alternates – Alternos

Ms. Jackurlyn Sutton  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Ms. Marcia Hall  
Administrative Officer  
Ministry of Health and Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

**ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS**

**ARUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Alex Schwengle  
Minister of Public Health  
Ministry of Public Health  
Oranjestad, Aruba

**ARUBA (cont.)**

Delegates – Delegados

Mr. Anko Rudolf Orlo Ringeling  
National Health Insurance Aruba  
Ministry of Health and Sport  
Oranjestad, Aruba

**ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)**

**ARUBA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Rendolf Lee  
Minister Plenipotentiary for Aruba  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington, D.C.

**CURAÇAO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Bernard Whiteman  
Minister of Health, Environment and Nature  
Ministry of Health, Environment and Nature  
Punda

Delegates – Delegados

Mr. Stanley R. Martina  
Ministry of Health, Environment and Nature  
Punda

Ms. Beulah Mercera  
MSc in Health Science  
Ministry of Health, Environment and Nature  
Punda

Alternates – Alternos

Mrs. Vanessa Eliza  
Latin Legum Magister  
Ministry of Health, Environment and Nature  
Punda

Mr. Xavier Prens  
Minister Plenipotentiary for Curaçao  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington, DC

**PUERTO RICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**SINT MAARTEN/SAN MARTÍN**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Eunicio Shurman  
Legal Advisor to the Minister  
Ministry of Social Development, Health  
and Labour  
Philipsburg

Mrs. Virginia Sheila Asin Oostburg  
Head of the Collective Prevention Services  
Ministry of Social Development, Health  
and Labour  
Philipsburg

**OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

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

**OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES (cont.)**

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

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

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/  
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

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

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

**AWARD WINNERS/  
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2014/  
Premio OPS en Administración 2014**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández  
México

**Abraham Horwitz Award for Leadership  
in Inter-American Health, 2014/Premio  
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud  
Interamericana, 2014**

Dr. Javier Torres-Goitia  
Bolivia

**Manuel Velasco Suárez Award for  
Excellence in Bioethics/  
Premio Manuel Velasco Suárez a la  
excelencia en la bioética**

Dr. Ignacio Mastroleo  
Argentina

**Pedro N. Acha Award for Excellence  
in Veterinary Public Health/Premio  
Pedro N. Acha a la excelencia en la salud  
pública veterinaria**

Dr. Virginia Micaela de la Puente León  
Perú

**Clarence H. Moore Award Excellence for  
Voluntary Service/  
Premio Clarence H. Moore a la excelencia  
en el servicio voluntario**

Sister Lorraine Lauter “Water with Blessings”  
United States of America

**Sérgio Arouca Award for Excellence  
in Universal Health Care/Premio  
Sérgio Arouca a la excelencia en la atención  
sanitaria Universal**

Dr. Javier Torres-Goitia  
Bolivia

**AWARD WINNERS/  
GANADORES DE LOS PREMIOS (cont.)**

**Fred L. Soper Award for Excellence  
in Public Health Literature/Premio  
Fred L. Soper a la excelencia en la  
bibliografía de salud pública**

Dr. Manuel Rodríguez Pérez  
México

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

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

Sra. Inés Bustillo  
Sr. Rex García

**International Atomic Energy Agency/  
Organismo Internacional de Energía  
Atómica**

Mr. Luis Longoria Gandara

**UNAIDS, Joint United Nations Programme  
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto  
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene

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

Ms. Virginia Camacho

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

**Caribbean Community/  
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque  
Dr. Douglas Slater  
Ms. Glenda Itiaba  
Dr. Rudolph Cummings  
Mr. Dereck Springer

**GAVI Alliance/Alianza GAVI**

Sr. Homero Hernández

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos  
Dr. Ricardo Cañizares

**Inter-American Development Bank/  
Banco Interamericano de Desarrollo**

Sr. Ferdinando Regalia

**Independent Expert Review Group (iERG)  
on Information and Accountability for  
Women's and Children's Health/Grupo de  
Examen de Expertos independientes en  
rendición de cuentas sobre la salud de la  
mujer y el niño**

Dr. Carmen Barroso

**Inter-American Institute for Cooperation on  
Agriculture/ Instituto Interamericano de  
Cooperación para la Agricultura**

Sr. Alfredo Valerio

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**  
(cont.)

**Organization of American States/  
Organización de los Estados Americanos**

Mr. José Miguel Insulza  
Ambassador Paul Simons  
Mrs. Angela Crowdy

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

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

Ms. Cynthia Hahn

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

Dr. Lemmietta McNelly  
Mrs. Lily Schuermann  
Dr. Neil DiSarno  
Dr. Arlene Pietranton

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

Mrs. Vina HuLamm  
Dr. Regina Davis Moss

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**Inter-American Heart Foundation/  
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

**Interamerican Society of Cardiology/  
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Diego Delgado

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

Dr. Rodney López  
Dr. Alberto Bravo Borda  
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Norberto Larroca  
Dr. Oscar Armando Miguel

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

Dr. Alberto Paganelli  
Dr. Luis Villalba

**Pan American Federation of Nursing  
Professionals/Federación Panamericana de  
Profesionales de Enfermería**

Sra. Amada Izquierdo Hernández

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

Ms. Ana Carvalho

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

**Alzheimer's Disease International/  
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine  
Mr. Marc Wortmann  
Ms. Kate Gordon  
Mr. Johan Vos  
Dr. Mariella Guerra

**Framework Convention Alliance for  
Tobacco Control/Alianza para el Convenio  
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber

**International Alliance of Patients'  
Organizations/Alianza internacional  
de organizaciones de pacientes**

Ms. Piga Fernández Kaempffer  
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Life Sciences Institute/Instituto  
Internacional de Ciencias de la Vida**

Dr. Ted Prusik  
Dr. Suzanne Harris  
Mr. Shawn Sullivan  
Ms. Shivani Jha

**International Federation of Medical  
Students' Associations/Federación  
Internacional de Asociaciones de  
Estudiantes de Medicina**

Ms. Maria José Cisneros  
Mr. Pedro Correia de Miranda  
Mr. Sergio Alejandro Menchaca Dávila  
Dr. Arturo García

**International Federation of Pharmaceutical  
Manufacturers Associations/Federación  
Internacional de la Industria del  
Medicamento**

Ms. Shira Kilcoyne  
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia

**International Society of Radiographers and  
Radiological Technologists/Sociedad  
Internacional de Radiógrafos y Tecnólogos  
Radiológicos**

Mr. Terry Ell  
Mr. Jonathan Robert Mazal

**Medicus Mundi International/  
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Meike Schleiff  
Ms. Abigail Speller  
Mr. George Pauk  
Dr. Hani Serag  
Ms. Susana Barria  
Ms. Mariana Martins  
Dr. Alberto Martinez Polis

**Médecins Sans Frontières/  
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

**Union for International Cancer Control**

Ms. Ariella Rojhani

**International Diabetes Federation/  
Federación Internacional de Diabetes**

Dr. Edwin Jiménez  
Mr. Bob Chapman

**The International Society of Radiographers  
and Radiological Technologists/  
Sociedad Internacional de Radiógrafos y  
Tecnólogos Radiológicos**

Mrs. Rita Eyer

**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

Mrs. Wilma Pastrana  
First Lady of Puerto Rico

General Rear Admiral Boris D. Lushniak  
Acting US Surgeon

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

Dr. Asamoah-Baah  
Deputy Director-General

Ms. Taina Tea Irmeli Nakari  
External Relations Officer  
Policy and Strategic Directions

Dr. Hans Troedsson  
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt  
Senior Adviser  
Policy and Strategic Directions

Mrs. Bersabel Ephrem  
Senior Advisor  
Office of the Assistant Director-General

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

**Director and Secretary ex officio of the  
Council/Directora y Secretaria ex officio del  
Consejo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Francisco C. Becerra  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -