



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO
65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

CD52/FR (Esp.)
4 de octubre del 2013
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día.....	7
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	8
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo.....	10
Asuntos relativos a la política de los programas	
Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	11
Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015	14
Protección social en salud.....	17
Recursos humanos para la salud	19
Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	21
<i>Consulta sobre el mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i>	24
La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica	25
Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización	28
Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.....	29
La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas.....	31
Debate de tipo panel: La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015	34
Los Principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud.....	35
Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans	38

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	39
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2012.....	40
Modificaciones del Reglamento Financiero de la OPS	42
Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	42
Premios	
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal.....	44
Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud pública interamericana.....	44
Otros premios.....	44
Asuntos de información general	
Actualización sobre la reforma de la OMS.....	45
Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015	48
Informe sobre la 16. ^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16).....	51
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	51
A. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015): Evaluación de mitad de período	51
B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período	52
C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas	54
D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	55
E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.....	57
F. Plan regional de salud de los trabajadores.....	59
G. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas	59

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos de información general (cont.)	
H. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.....	60
I. Situación de los Centros Panamericanos.....	61
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS.....	61
A. 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	61
B. Organizaciones subregionales.....	61
C. Cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.....	61
Otros asuntos.....	63
Clausura de la sesión.....	63
Resoluciones y decisiones	
<i>Resoluciones</i>	
CD52.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas.....	64
CD52.R2 Modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud.....	65
CD52.R3 Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015.....	66
CD52.R4 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2014-2015.....	71
CD52.R5 Principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud.....	73
CD52.R6 Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans.....	75
CD52.R7 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Granada y Perú.....	75
CD52.R8 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019.....	77

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)

Resoluciones (cont.)

CD52.R9	Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.....	78
CD52.R10	La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica	84
CD52.R11	Protección social en salud.....	86
CD52.R12	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	89
CD52.R13	Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	90
CD52.R14	Formulación de políticas basadas en la evidencia para programas nacionales de inmunización.....	93
CD52.R15	La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas.....	96

Decisiones

CD52(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	99
CD52(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva.....	99
CD52(D3)	Establecimiento de la Comisión General	100
CD52(D4)	Adopción del orden del día.....	100
CD52(D5)	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.....	100

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 52.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 65.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 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.

2. El doctor Félix Bonilla (Panamá, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP o la Oficina]) también dio la bienvenida a los participantes. Además pronunciaron palabras de apertura el doctor Nils Daulaire (Subsecretario, Oficina de Asuntos Mundiales, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América, país anfitrión del Consejo), el señor Héctor Salazar-Sánchez (Gerente, Sector Social, Banco Interamericano de Desarrollo), el señor José Miguel Insulza (Secretario General, Organización de los Estados Americanos) y la doctora Margaret Chan (Directora General, OMS). El texto de los respectivos discursos puede encontrarse en el sitio web del 52.º Consejo Directivo.¹

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 Belice, México y Paraguay para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD52[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CD52[D2]):

<i>Presidencia:</i>	Ecuador	(Exma. Sra. Carina Vance Mafla)
<i>Vicepresidencia:</i>	Bolivia	(Exmo. Dr. Juan Carlos Calvimontes)
<i>Vicepresidencia:</i>	Jamaica	(Exmo Dr. Fenton Ferguson)
<i>Relatoría:</i>	Barbados	(Exmo. Dr. John David Edward Boyce)

¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es.

5. La doctora Carissa Etienne (Directora, OSP) fue la Secretaria *ex officio* y el doctor Jon 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 Organización Panamericana de la Salud

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 Organización Panamericana de la Salud (véase el punto sobre el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, párrafos 128 a 132 del presente documento).

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a Cuba, Saint Kitts y Nevis, y Estados Unidos de América para integrar la Comisión General (decisión CD52[D3]).

Adopción del orden del día (documentos CD52/1, Rev. 1 y CD52/1, Rev. 2)

8. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Perú, Presidente del Comité Ejecutivo) anunció que había sido informado por el Gobierno de Jamaica de que la persona galardonada con el Premio OPS en Administración 2013, el doctor Brendan Courtney Bain, había indicado que no estaba en condiciones de aceptar el premio, y por consiguiente, en su calidad de Presidente del Comité Ejecutivo, solicitaba que el punto relativo al premio se eliminase del orden del día.

9. El Delegado de Estados Unidos propuso que se agregase un punto denominado “Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans”. Señaló que estas personas sufrían a causa del estigma y la discriminación y que, en consecuencia, registraban resultados de salud peores que la población en general. Subrayó además que era necesario garantizar que estas personas pudieran tener acceso sin discriminación alguna a servicios de salud de buena calidad. La Delegada de El Salvador propuso que se agregase un punto denominado “Los principios de Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud” y observó con inquietud que la presión para que la Oficina modificase los principios que regían el Fondo Rotatorio era cada vez mayor, en particular con relación a los precios de las vacunas. Señaló que este tipo de modificaciones podrían obstaculizar la introducción de nuevas vacunas y poner en peligro la sostenibilidad financiera de los programas nacionales de vacunación.

10. El Consejo aceptó todos los cambios propuestos y adoptó el orden del día, modificado en consecuencia, como figura en el documento CD52/1, Rev. 2

(decisión CD52[D4]). El Consejo también adoptó un programa de reuniones (documento CD52/WP/1, Rev. 2).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD52/2)

11. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Perú, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2012 y septiembre del 2013, y mencionó especialmente aquellos temas que habían sido examinados por el Comité pero que no se habían sometido a la consideración del 52.º Consejo Directivo y explicó que informaría sobre otros temas a medida que fueran tratados por el Consejo. Entre los temas que no se habían sometido 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 de la OPS; una actualización sobre la situación de los proyectos aprobados por el 48.º Consejo Directivo financiados a partir de la Cuenta Especial, incluido el proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP; un informe sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital; modificaciones del Reglamento del Personal; y la solicitud de ocho organizaciones no gubernamentales de que se renovase su condición de organizaciones que mantenían relaciones oficiales con la OPS o que se las aceptase por primera vez. Se puede consultar mayor información en el Informe del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD52/2).

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

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD52/3)

13. La Directora presentó su informe anual, cuyo tema central fue “Aprovechar el pasado y avanzar hacia el futuro con confianza”, y observó que, como abarcaba el período entre mediados del 2012 y mediados del 2013, comprendía los últimos siete meses del mandato de la Directora anterior, la doctora Mirta Roses Periago, y los cinco primeros meses de su propio mandato. Además explicó que en diciembre la Oficina realizaría un análisis completo del impacto de la cooperación técnica que había prestado durante el bienio 2012-2013 y que los resultados de este análisis se transmitirían a los Estados Miembros.

14. En el informe anual se ponía de relieve lo que habían logrado los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina, durante el período en cuestión con respecto al fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, el

mejoramiento de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, el logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la lucha contra las enfermedades no transmisibles y las enfermedades infecciosas desatendidas, la reducción de la carga de las enfermedades transmisibles, y la formación de capacidad en los países y en la Región en su totalidad con respecto a algunas áreas clave, como la alerta y respuesta ante epidemias, los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos.

15. Gracias al liderazgo de las autoridades de salud de la Región y sus esfuerzos para mejorar las condiciones sociales y los determinantes estructurales que influían en la salud, las personas del continente americano gozaban de mejor salud y eran más resistentes de acuerdo con casi todas las mediciones. La esperanza de vida seguía aumentando y la mortalidad seguía disminuyendo, a pesar del envejecimiento de la población. La Región había logrado un progreso considerable con respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y la reducción, erradicación o eliminación de las enfermedades. En ese sentido, se complacía en informar que, en el 2013, Colombia se había convertido en el primer país del mundo en eliminar la oncocercosis.

16. Sin embargo, a pesar de que estos logros eran sumamente alentadores, no todos se beneficiaban por igual de ellos. Las mujeres y los niños que vivían en la pobreza se habían quedado rezagados, al igual que las poblaciones indígenas, de ascendencia africana, marginadas y socialmente excluidas, y los que vivían en centros urbanos sobrepoblados y zonas rurales remotas. La desigualdad con respecto a la salud y sus determinantes sociales seguía siendo el mayor reto para la Región. La Directora creía que el logro de la cobertura universal de salud contribuiría considerablemente a superar ese reto y, por consiguiente, había hecho de esa meta la mayor prioridad de su gestión.

17. En el informe se describían varios cambios que se habían hecho recientemente en la estructura y los servicios institucionales internos de la Oficina con el propósito de que fuera más sólida, de que pudiera prestar un mejor servicio a los Estados Miembros y de que fuera más receptiva, flexible y transparente. La Oficina estaba lista para ejecutar el nuevo Plan Estratégico 2014-2019 (véanse los párrafos 24 a 34 más adelante) y para prestar apoyo a los Estados Miembros en su campaña por lograr la cobertura universal de salud como el primer paso más necesario hacia la visión de una Región en la que cada persona pudiera llevar una larga vida con dignidad y salud, y de manera productiva.

18. El Consejo Directivo elogió el informe y los numerosos logros allí destacados. Se consideró que el informe era tanto realista como visionario y se recibió con beneplácito el reconocimiento de la Directora de que la OPS debía cambiar a fin de mantener su relevancia y seguir respondiendo a las necesidades de los Estados Miembros. También se acogió favorablemente la reorganización interna de la Oficina y un delegado comentó que la estructura más simplificada, con cinco departamentos de cooperación técnica, facilitaría la interacción y la comunicación entre el personal y los Estados Miembros. El

mismo delegado elogió la reducción del número de indicadores de 256 a 106 en el nuevo Plan Estratégico, lo que ayudaría a aliviar la “sobrecarga de indicadores” y facilitaría la presentación de información tanto para la Oficina como para los Estados Miembros.

19. Se apoyaron firmemente las prioridades determinadas por la Directora, en particular el logro de la cobertura universal de salud, la reducción de las inequidades y las desigualdades, la atención a los determinantes sociales y medioambientales de la salud, y el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Varios delegados señalaron que no sería posible lograr la cobertura universal de salud si no se fortalecían los sistemas de salud y se abordaban los determinantes de la salud. Se subrayó la importancia de garantizar un suministro adecuado de personal de salud capacitado y de desalentar la emigración de los profesionales de la salud, al igual que la necesidad de la acción intersectorial para abordar los determinantes de la salud. Se señaló que, a pesar del buen avance general que se había logrado en cuanto al mejoramiento de la salud en la Región, la mortalidad y la morbilidad seguían siendo desproporcionadamente altas en los grupos más pobres y otros grupos vulnerables y marginados, y se hizo hincapié en la necesidad de intensificar los esfuerzos para rectificar las disparidades y las desigualdades, al igual que para prevenir la discriminación en el acceso a los servicios de salud y la prestación de estos servicios. De modo similar, varios delegados pusieron de relieve las dificultades que enfrentaban los países que se clasificaban como países de ingresos medianos, puesto que esto limitaba su acceso a la asistencia necesaria para el desarrollo. Se destacó la importancia de la cooperación Sur-Sur en esos contextos. Enfrentar el cambio climático, garantizar la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y reducir la obesidad y promover un régimen alimentario y hábitos saludables en los niños y jóvenes también se señalaron como prioridades para el período de seis años que abarcaba el nuevo Plan Estratégico.

20. El Delegado de Colombia agradeció a la Oficina el apoyo que había recibido en la campaña de eliminación de la oncocercosis de su país y dijo que Colombia estaba también intentado eliminar el tracoma. El Delegado de Ecuador anunció que su país estaba aguardando la certificación de la OMS de la eliminación de la transmisión de la oncocercosis.

21. El Consejo agradeció a la Directora y tomó nota del informe.

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Granada y Perú (documento CD52/4)

22. El Consejo Directivo eligió a Bahamas, Costa Rica y Ecuador para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años y agradeció a Estados Unidos, Granada y Perú los servicios prestados (resolución CD52.R7).

23. Los Delegados de Bahamas, Costa Rica y Ecuador manifestaron su gratitud al Consejo por haber elegido a sus países para integrar el Comité Ejecutivo y ratificaron el compromiso de sus respectivos gobiernos con la Organización y con la colaboración con la Oficina y otros Estados Miembros para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de la Región de las Américas. La Delegada de Ecuador señaló que su gobierno le daba gran importancia al tema de la discapacidad y que en noviembre del 2013 patrocinaría la consulta regional con respecto al proyecto de plan de acción sobre la discapacidad que estaba preparando la Secretaría de la OMS de conformidad con la resolución WHA66.9 (2013). El Delegado de Guatemala anunció la intención de su gobierno de presentar su candidatura para integrar el Comité Ejecutivo en el 2014.

Asuntos relativos a la política de los programas

Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (Documento Oficial 345 y Add. I)

24. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó acerca del examen del Comité de una versión anterior del Plan Estratégico 2014-2019 (véanse los párrafos 40 a 55 del documento CE152/FR) y observó que el Comité había sugerido que se agregasen varios indicadores y había recomendado que el Grupo Consultivo de los Países examinara nuevamente los indicadores y las metas con respecto al impacto en la salud. El Comité también había subrayado la importancia de prestar atención a los determinantes sociales de la salud en el Plan. El Comité había aprobado la resolución CE152.R7, en la que se respaldaba el proyecto de Plan Estratégico 2014-2019 y se recomendaba que el Consejo Directivo lo aprobase.

25. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el Plan Estratégico 2014-2019 y observó que en él se fijaba la dirección, las prioridades y el marco de rendición de cuentas programático que guiaría el trabajo de la Organización durante los próximos seis años. Examinó el proceso de colaboración mediante el cual se había elaborado el Plan Estratégico, subrayando que había estado conducido por los Estados Miembros desde el principio, y describió las principales características del Plan, incluidos los 9 indicadores del impacto, las 6 categorías y las 30 áreas programáticas. El tema general del Plan Estratégico era “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”. En él se proponía un enfoque de la totalidad del ciclo de vida haciendo hincapié en promover una mejor salud y mayor bienestar, en lugar de un enfoque más tradicional centrado en la enfermedad. El Plan estaba en estrecha consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS (véanse los párrafos 168 a 177 más adelante), aunque era también receptivo a temas de especial interés para la Región, como la enfermedad de Chagas y el dengue, los determinantes de la salud y los recursos humanos para la salud. También se tenían en cuenta los aspectos específicos regionales en los indicadores del impacto y de los resultados intermedios.

26. De acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, se había elaborado un método estandarizado y sistemático para establecer las prioridades al mismo tiempo que se elaboraba el Plan Estratégico. El método de estratificación de las prioridades programáticas se describía en el anexo II del *Documento Oficial 345* y los resultados del ejercicio de estratificación de prioridades se podían encontrar en el cuadro 3.

27. A fin de incorporar el debate que había tenido lugar con los Estados Miembros desde la 152.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2013, la Oficina estaba proponiendo agregar algunos elementos a la resolución aprobada por el Comité a fin de mejorar las líneas de base y las metas, producir un compendio de indicadores del impacto y de los resultados intermedios, y mejorar además el método de estratificación de las prioridades a fin de que pudiera aplicarse en los programas y presupuestos futuros. Con ese fin, se propuso solicitar al Comité Ejecutivo que estableciera un grupo de trabajo con representantes de los Estados Miembros a fin de seguir trabajando en las definiciones y la manera de medir los indicadores del impacto y de los resultados intermedios, al igual que para que brindase orientación sobre el seguimiento y la evaluación del Plan Estratégico.

28. El Consejo apoyó firmemente el Plan Estratégico propuesto y elogió la manera colaborativa y participativa en que se lo había preparado, al tiempo que agradeció su labor a los integrantes del Grupo Consultivo de los Países. Se señaló que, a pesar de que las amplias consultas habían hecho que el proceso fuera más complejo y lento, también habían asegurado que los Estados Miembros sintieran el Plan como propio y estuvieran comprometidos con su ejecución. Los Estados Miembros recibieron con satisfacción el énfasis que se otorgaba en el Plan a la prevención y la promoción de la salud, al igual que a la equidad, y elogiaron su armonización tanto con las prioridades establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS como con las determinadas a escala regional en la Agenda de Salud para las Américas. Además se elogió el énfasis en las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales de la salud, al igual que la inclusión de actividades e indicadores en relación con la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud, los recursos humanos para la salud, el dengue, la etnicidad y las enfermedades zoonóticas. Se reconoció que la ejecución del Plan en un contexto de recursos limitados sería un reto y que habría poco margen para abordar cualquier otro tema emergente que pudiera surgir durante el período abarcado por el Plan. Se alentó a la Directora a que buscara medios innovadores de garantizar la aplicación eficaz del Plan. En ese sentido, se subrayó la importancia de la cooperación Sur-Sur y otras formas de colaboración entre los países.

29. Los delegados apoyaron la participación continua de los Estados Miembros en el proceso para mejorar las metas y los indicadores, al igual que en el seguimiento y la evaluación del progreso bajo el Plan Estratégico, y recibieron con agrado la propuesta de establecer un grupo de trabajo con ese fin. Un delegado preguntó si el grupo de trabajo también examinaría el método de estratificación de prioridades. Se recomendó que el grupo de trabajo examinase la cadena de resultados completa, incluidos los indicadores

de los resultados inmediatos al igual que de los resultados intermedios y del impacto. Se señaló que algunos indicadores eran bastante subjetivos y se subrayó la necesidad de garantizar que fueran objetivos para facilitar la medición y el seguimiento. También se hizo hincapié en que los indicadores del Plan y los métodos para medirlos debían estar en consonancia con aquellos usados a nivel mundial para que los datos de la Región de las Américas pudieran ser comparados con los de otras regiones de la OMS.

30. Se indicó que el Plan debía incluir otros indicadores y dar más énfasis a algunas áreas. Varios delegados favorecieron la inclusión de un indicador de resultado intermedio específico en relación con la salud bucodental. Varios también destacaron la necesidad de mayores esfuerzos para abordar el problema del cambio climático y sus efectos sobre la salud. Un delegado propuso que el indicador del resultado intermedio 6.1 debía modificarse para que dijera “liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas”, una redacción compatible con el enunciado de misión de la Oficina Sanitaria Panamericana. El mismo delegado sugirió que debían agregarse indicadores de los resultado intermedios en la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) en relación con la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos, y para mostrar el nivel de satisfacción de los Estados Miembros con el apoyo técnico prestado por la Oficina.

31. El señor Walter dijo que la Oficina consideraría cuidadosamente las sugerencias con respecto a los indicadores de la categoría 6. Con respecto a la subjetividad de algunos indicadores, la Oficina reconoció que era necesario mejorarlos aún más y que, por ese motivo, se había propuesto la creación del grupo de trabajo.

32. La Directora agregó que la Oficina presentaría una propuesta al Comité Ejecutivo en su 153.^a sesión con respecto a la composición y el mandato del grupo de trabajo. Con respecto a las sugerencias de otros indicadores y áreas de interés, señaló que, a pesar de que todos los asuntos de salud eran importantes, no todos podían ser prioritarios, en particular en un contexto de recursos limitados. La salud bucodental, por ejemplo, podría no ser una prioridad máxima, pero estaba abordada en el Plan Estratégico, tanto en la categoría 1 como la 2. En cuanto al cambio climático, señaló que los Estados Miembros habían adoptado una estrategia y plan de acción sobre el tema en el 2011.²

33. La ejecución del Plan Estratégico sería una responsabilidad conjunta de la Oficina y los Estados Miembros, por lo que estos últimos también tendrían que buscar enfoques innovadores para que hubiera buenos resultados. Por su parte, por medio de la cooperación Sur-Sur y otros mecanismos, la Oficina aprovecharía el conocimiento y la pericia disponibles en el ámbito nacional para mejorar su cooperación técnica.

² Véase la resolución CD51.R15 y el documento CD51/6 (2011).

34. El Consejo aprobó la resolución CD52.R8, por medio de la cual adoptó el Plan Estratégico 2014-2019 y agradeció a los integrantes del Grupo Consultivo de los Países su contribución a la formulación del Plan.

Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (Documento Oficial 346, Add. I y Add. II)

35. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo), al informar sobre la consideración del Comité Ejecutivo de una versión anterior del Programa y Presupuesto 2014-2015 (véanse los párrafos 56 a 68 del documento CE152/FR), dijo que el Comité había reconocido la situación presupuestaria difícil a causa del clima financiero mundial, la disminución de los ingresos varios, la reducción de las contribuciones voluntarias y la pérdida del poder adquisitivo del dólar de Estados Unidos. Sin embargo, el Comité había solicitado a la Oficina que preparara un proyecto revisado en el que hubiera un crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. El Comité había reconocido que la falta de aumento de las contribuciones crearía retos para la Oficina y que los Estados Miembros, por consiguiente, debían mantener cierta disciplina al establecer las prioridades del Plan Estratégico 2014-2015. El Comité había aprobado la resolución CE152.R16, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aprobase el programa de trabajo de la Oficina sin aumento alguno de las contribuciones netas, como se indicaba en el *Documento Oficial 346*. En la resolución también se había propuesto la creación de un fondo especial para que los Estados Miembros pudieran efectuar contribuciones voluntarias plenamente flexibles a fin de compensar la reducción del presupuesto ordinario resultante del crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas.

36. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) describió el programa y presupuesto propuesto para el 2014-2015 y observó que sería el primer plan operativo en el que se ejecutaría la nueva orientación estratégica establecida en el Plan Estratégico 2014-2019 (véanse los párrafos 24 a 34 anteriores). El programa y presupuesto se organizaba en torno a seis categorías y 30 áreas programáticas, que coincidían en gran medida con las del presupuesto por programas de la OMS, así como con las del Plan Estratégico de la OPS. El presupuesto se distribuiría entre los niveles funcionales y entre los países de conformidad con la Política del Presupuesto de la OPS aprobada por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012.³ Los fondos se asignarían entre las áreas programáticas en conformidad con el marco de estratificación de las prioridades programáticas establecido en el Plan Estratégico 2014-2019 (véase el párrafo 26 anterior).

³ Véase la resolución CSP28.R10 y el documento CSP28/7 (2012).

37. El presupuesto total para el bienio ascendería a \$563 millones,⁴ en comparación con más de \$600 millones en los tres bienios anteriores. El financiamiento del presupuesto provendría casi por igual de las contribuciones señaladas y voluntarias. Las contribuciones señaladas seguirían siendo las mismas que en el 2012-2013, a pesar de que se proyectaba que las contribuciones voluntarias a la OPS descenderían en unos \$48 millones. La Oficina preveía empezar el bienio 2014-2015 con un déficit de financiamiento de un poco más de \$200 millones, o cerca de 38% del presupuesto total. Se esperaba que el segundo diálogo de financiamiento de la OMS que tendría lugar en noviembre del 2013 (véase el punto sobre el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el presupuesto por programas 2014-2015, párrafos 168 a 177 más adelante), junto con las iniciativas mundiales y regionales en marcha para movilizar recursos, ayudasen a salvar esa brecha. También se esperaba que los Estados Miembros hiciesen contribuciones voluntarias no destinadas a un fin específico a fin de compensar la reducción de \$6 millones del presupuesto ordinario resultante del crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas. Si se lograba el financiamiento pleno del presupuesto, la Oficina debía poder cumplir aproximadamente el mismo nivel de resultados que en el bienio 2012-2013, aunque sería necesario economizar para absorber los aumentos de costos, algo que la Oficina ya estaba haciendo, por ejemplo al utilizar las teleconferencias para evitar los gastos de viaje que ocasionaban las reuniones presenciales.

38. En el debate que siguió a la presentación del señor Walter, los Estados Miembros manifestaron su reconocimiento a la Oficina por haber preparado un proyecto de presupuesto responsable en el que se reconociese el clima financiero actual mundial y regional, se considerase el proceso de reforma de la OMS, y se aplicase la Política del Presupuesto de la OPS, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el marco de estratificación de las prioridades programáticas. A los Estados Miembros les complació que en el proyecto se hubieran tenido en cuenta los puntos de vista expresados por el Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión, en particular con respecto al crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas. Se acogió con agrado el método disciplinado de reducción y absorción de costos que estaba empleando la Oficina. Se reconoció que el programa y presupuesto 2014-2015 sería de transición y que se aplicarían distintos criterios para la formulación del programa y presupuesto para el 2016-2017.

39. Una delegada manifestó inquietud por que las asignaciones para las enfermedades no transmisibles, la salud mental, y el envejecimiento y la salud eran insuficientes en vista del perfil epidemiológico y demográfico de la Región. Otro delegado sugirió que el nivel prioritario del área programática “envejecimiento y salud” debía elevarse de 3 a 2 y que el de los “determinantes sociales de la salud” debía elevarse de 3 a 1. El mismo delegado subrayó la necesidad de contar con financiamiento suficiente para la vigilancia

⁴ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

de hepatitis, la prevención y el control de la leptospirosis, la inocuidad de los alimentos, la sanidad animal, y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se señaló que la proporción mayor del presupuesto seguía estando asignada a los servicios institucionales y las funciones habilitadoras. A este respecto, se subrayó la importancia de abordar las recomendaciones de los auditores internos y externos para mejorar los procesos administrativos. Se consideró que el enfoque basado en los resultados del presupuesto ayudaría a asegurar la rendición de cuentas. Una delegada preguntó si había alguna disposición en el presupuesto para prestar apoyo a la cooperación técnica entre países.

40. El señor Walter respondió que 5% de la asignación a cada país estaba destinada a la cooperación técnica entre países. En relación con las asignaciones a las diversas áreas programáticas, explicó que, como parte del ejercicio de estratificación prioritaria, se había establecido en \$1,5 millones el nivel mínimo de financiamiento para todas las áreas. De hecho, ese nivel había aumentado sustancialmente los fondos del presupuesto ordinario destinados a la salud mental y el envejecimiento y la salud, áreas que anteriormente habían dependido casi totalmente del financiamiento voluntario. Con respecto a la suma relativamente importante asignada a los servicios institucionales y las funciones habilitadoras, señaló que cerca de la mitad de la asignación se destinaría al funcionamiento de las oficinas en los países y las funciones de liderazgo, no a gastos administrativos generales. En cuanto a los cambios sugeridos en el nivel prioritario de algunas áreas programáticas, señaló que las prioridades se reconsiderarían al formular el programa y presupuesto para el 2016-2017. Si las prioridades establecidas para el 2014-2015 no coincidían con las necesidades de los países individuales, esos países podrían usar parte de los recursos que se les habían asignado para sus propias prioridades. Garantizó al Consejo que las recomendaciones de los auditores internos y externos estaban aplicándose.

41. La Directora dijo que era importante que los Estados Miembros entendieran cabalmente la situación del presupuesto de la OPS y las implicaciones de la decisión no de permitir ningún aumento de las contribuciones señaladas. La Organización estaba enfrentándose a una reducción general de más de \$50 millones, incluidos los \$48 millones de disminución que se proyectaban en las contribuciones voluntarias y una disminución de \$6 millones en los ingresos varios. Por otro lado, la cifra de \$50 millones se basaba en dos suposiciones: la primera era que la OPS recibiría el mismo nivel de fondos del presupuesto ordinario de la OMS que en el bienio en curso (\$80,7 millones) y la segunda era que recibiría el nivel previsto de contribuciones voluntarias de la OMS (\$84 millones, lo que representaba un aumento de \$4 millones con respecto al 2012-2013). No se sabía si, de hecho, se recibirían esas asignaciones y, aunque así fuera, no había garantía alguna de que la Región en realidad recibiese todos los fondos presupuestados.

42. Estaba claro que los Estados Miembros esperaban que la Oficina hiciera más con menos, por lo que la Oficina seguiría esforzándose por aumentar la eficiencia y racionalizar su dotación de personal y sus actividades. Sin embargo, estaba también claro que sería necesario reducir el alcance del trabajo en algunas de las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Esperaba poder contar con que los Estados Miembros no insistirían en que la Oficina emprendiese más trabajo del que se podía realizar de manera realista con los recursos a su disposición. La Oficina redoblaría sus esfuerzos de movilización de recursos para reducir al mínimo la repercusión de la reducción presupuestaria y esperaba que los Estados Miembros ayudasen en ese sentido al contribuir al fondo de contribuciones voluntarias. También apeló a los Estados Miembros a que garantizaran el pago oportuno de sus contribuciones señaladas, indicando que si estas contribuciones se recibían demasiado tarde para usarse en un año, de acuerdo con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) la Oficina no podía usar esos fondos en el siguiente año.

43. El Consejo aprobó la resolución CD52.R3, mediante la cual adoptó el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 según figuraba en el *Documento Oficial 346*. El Consejo también aprobó la resolución CD52.R4 por la cual se establecieron las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados.

Protección social en salud (documento CD52/5)

44. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado el documento conceptual sobre la protección social en el ámbito de la salud y había recibido con beneplácito el enfoque basado en los derechos del documento y su énfasis en abordar los determinantes sociales de la salud y reducir la desigualdad. El Comité había subrayado la importancia de intercambiar las mejores prácticas, en especial con respecto a los enfoques para ampliar el acceso a la atención de salud y garantizar la cobertura universal. También había señalado que los enfoques variarían según el contexto, el sistema de gobierno y otros aspectos nacionales específicos de cada país. El Comité había aprobado la resolución CE152.R4, en la que se recomendaba que el Consejo aprobase el proyecto de resolución que se encontraba en el documento CD52/5 (véanse los párrafos 69 a 75 del documento CE152/FR para más información acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema).

45. En el debate tras el informe del doctor Cuba Oré, el Consejo subrayó que el acceso a la atención de salud de buena calidad era un derecho humano. Se acordó que había muchas maneras de lograr la protección social, que los países debían estar en libertad de elegir el camino más apropiado de acuerdo con su situación y que se necesitaba un enfoque multisectorial que incluyese a los servicios y las dependencias gubernamentales fuera del sector de la salud.

46. Acogiendo con satisfacción el componente del proyecto de resolución que requería mayor cooperación técnica entre los países para establecer y mejorar la protección social en el ámbito de la salud, los delegados describieron las medidas que se habían adoptado en sus países para mejorar la protección social. Esas medidas incluían determinar los miembros más pobres de la población para procurar que no fueran dejados de lado a medida que el país mejoraba la atención de salud. Se consideró esencial que el costo no fuera un obstáculo para la atención de salud y se destacó la contribución del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, de la OPS, para contener los costos de salud. Se subrayó que debían concebirse programas de educación sanitaria y promoción de la salud para llegar a toda la población y facultar a las personas para que asumiesen la responsabilidad de su propia salud.

47. Hubo un extenso debate sobre el uso en el proyecto de resolución de la frase “pisos de protección social”. Algunos delegados consideraron que esta frase implicaría que las personas tenían derecho solo a un nivel mínimo de protección sanitaria, mientras que otros señalaron que el término se había usado en el documento CD52/5 y reflejaba un concepto de la Organización Internacional del Trabajo. Finalmente se acordó suprimir esta frase.

48. El señor James Fitzgerald (Director interino, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) observó que las intervenciones de las delegaciones habían confirmado que la protección social tenía que basarse en los principios y los valores de la universalidad y la solidaridad. También recibió con agrado el énfasis puesto por los oradores en el derecho a la salud, que encapsulaba la diferencia entre el documento CD52/5 y otros documentos anteriores sobre el mismo tema. Los países de la Región habían progresado considerablemente en el desarrollo de sistemas de protección social y en la creación de mecanismos para financiarlos. Alentó a los Estados Miembros a que intercambiaran información sobre las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas en ese sentido.

49. La Directora dijo que durante mucho tiempo la Región había sido líder en el establecimiento de la protección social en la salud. Ahora la Región estaba yendo más lejos y estaba concibiendo la protección social en salud como el derecho humano de acceder a la salud, en lugar de sencillamente como un mecanismo de protección frente a los riesgos financieros. El énfasis en los determinantes sociales de la salud era también un aspecto nuevo. Estaba de acuerdo en que abordar sus implicaciones requeriría de la cooperación verdaderamente multisectorial. La Oficina aprovecharía los nuevos enfoques mencionados por las delegaciones para ayudar a la Región a avanzar en el reconocimiento del derecho a la salud como un componente fundamental de la protección de sus ciudadanos.

50. El Consejo aprobó la resolución CD52.R11 sobre este tema.

Recursos humanos para la salud (documento CD52/6)

51. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había escuchado un resumen de los preparativos para el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, que se celebraría en la ciudad brasileña de Recife en noviembre del 2013, y posteriormente había acordado que se agregase un punto sobre los recursos humanos para la salud en el orden del día del Consejo Directivo para que el Consejo pudiese considerar un proyecto de resolución redactado por la Delegación de Brasil con el propósito de intensificar la atención que se prestaba a los recursos humanos para la salud en vista del resultado previsto del Foro Mundial y el debate en marcha en ese momento con respecto a la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015(véanse los párrafos 202 a 206 del documento CE152/FR para más información acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema).

52. El doctor James Fitzgerald (Director interino, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el documento CD52/6 y explicó que el mensaje central de este documento era que todo progreso importante con respecto al desarrollo de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud a fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud requeriría considerables reformas en la planificación, la gestión y la distribución de los recursos humanos para la salud. En el documento se mencionaban las dificultades que experimentaban los Estados Miembros para disminuir las inequidades en el acceso a trabajadores de atención primaria capacitados, en particular en las comunidades en zonas rurales o remotas y en los grupos de población vulnerables por su edad, etnicidad, religión o algún otro factor. En el documento y el proyecto de resolución se instaba a los países a detectar las necesidades insatisfechas, la escasez y las insuficiencias, y a crear y fortalecer los programas nacionales para mejorar el acceso a personal de salud capacitado, continuar los esfuerzos para alcanzar las metas regionales con respecto a los recursos humanos para la salud fijadas para el período 2007-2015 y trabajar para la formulación de un nuevo programa de recursos humanos después del 2015 a fin de apoyar el logro de la cobertura universal de salud en la Región de las Américas.

53. Recibiendo con agrado el documento, algunos delegados señalaron que la prosperidad cada vez mayor de la Región había aumentado la demanda de servicios, incluso en el ámbito de la salud. También se señaló que la mayor demanda se estaba registrando a la vez que disminuía el número de profesionales de la salud capacitados. Los delegados describieron las medidas tomadas para contrarrestar esta deficiencia, como la creación de más instituciones de capacitación y mayor financiamiento del gobierno, incluido el financiamiento para que los estudiantes de medicina pudiesen seguir una especialización, de acuerdo con las necesidades demográficas y epidemiológicas del país. La investigación sobre las necesidades futuras de recursos humanos se consideró crucial para permitir que los países en desarrollo planificasen sus necesidades y que los países

desarrollados se preparasen para satisfacer sus propias necesidades sin tener que recurrir al personal de los países en desarrollo.

54. El Delegado de Estados Unidos manifestó que su gobierno seguía apoyando las oportunidades de capacitación para el personal nacional de atención de salud en todo el mundo a fin de ayudar a aumentar el banco de profesionales sumamente capacitados y a mantener esos aumentos mediante estrategias sólidas de contratación y retención. También describió las medidas nacionales que se estaban adoptando para aumentar la disponibilidad de personal sanitario con la intención de reducir el factor de tracción en la migración de este tipo de personal. En los últimos años, esas iniciativas ya habían contribuido a una disminución en el ingreso de médicos y enfermeras extranjeros en el país. Otros delegados explicaron que sus gobiernos estaban intentando atraer a los médicos extranjeros de acuerdo con el *Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud* y sin empeorar la escasez en los países vecinos, por ejemplo al no aceptar profesionales médicos de países con una proporción inferior de profesionales de la salud.

55. Se sugirió que el tema de la normalización y la convalidación de las certificaciones médicas debía examinarse más estrechamente con miras a facilitar el movimiento del personal médico entre los países. También debía prestarse más atención a las posibilidades de cooperación Sur-Sur y el intercambio de experiencias en la capacitación del personal médico. Se señaló a la atención la feminización de la profesión médica a nivel regional y mundial, y la necesidad de investigar este fenómeno para procurar que los países hicieran pleno uso de las posibilidades ofrecidas por las mujeres en el campo de la atención de salud.

56. Varios delegados señalaron que los pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe requerirían apoyo constante con respecto al desarrollo de las competencias deseadas de planificación de recursos humanos. Se indicó que este tipo de apoyo debía incluir capacitar o brindar orientación sobre la creación de sistemas para captar los datos necesarios como insumo del proceso de planificación.

57. El doctor Fitzgerald dijo que alcanzar la meta de la cobertura universal de salud exigiría a la Región mejorar la variedad, la profundidad y la calidad de los servicios de salud, además de ampliar el acceso, aspectos todos para los cuales se necesitarían recursos humanos capacitados. El tema de la normalización y la convalidación de las certificaciones médicas sería uno de los puntos centrales de debate en el período previo al Foro Mundial que tendría lugar en Recife en noviembre. Subrayó la importancia de una gran participación en ese Foro, preferentemente por parte de los ministros de salud y otros funcionarios de alto nivel, y agradeció a Brasil que estuviese patrocinando esa reunión. Agregó que la Oficina sin duda colaboraría con los pequeños estados insulares en desarrollo para investigar las posibles maneras en que se podrían satisfacer las

necesidades de planificación de los recursos humanos y de desarrollo de equipos de salud para abordar las necesidades de atención primaria de salud.

58. La Directora dijo que las observaciones de los Estados Miembros le parecían sumamente inspiradoras. Estaba claro que se hacía un gran hincapié en la cobertura universal de salud y el carácter central de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, y que se requeriría del apoyo de la Oficina para abordar los problemas de recursos humanos, como garantizar que los trabajadores de salud estén bien capacitados y motivados, distribuidos adecuadamente y orientados apropiadamente a la atención primaria de salud. Además, a medida que la Organización avanzaba en la ejecución de sus planes para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sería necesario asegurar una nueva combinación de aptitudes y nuevas competencias. También era importante que hubiera mayor coordinación entre los ministerios de salud y los establecimientos educativos para que se gradúen los trabajadores de salud necesarios. Estos eran temas que tendrían que abordarse de frente si se deseaba lograr alguna vez la cobertura universal de salud dentro de presupuestos que fueran manejables.

59. El Consejo aprobó la resolución CD52.R13 sobre este tema.

Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CD52/7, Rev. 1)

60. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó acerca de las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre una versión anterior del plan regional de acción propuesto (véanse los párrafos 76 a 86 del documento CE152/FR) y explicó que el Comité había hecho varias dirigidas a armonizar el plan regional más estrechamente con el plan de acción mundial de la OMS y el marco integral de vigilancia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT). Al mismo tiempo, el Comité había subrayado la necesidad de adaptar las metas y los indicadores mundiales a las circunstancias regionales y nacionales. El Comité había formado un grupo de trabajo para revisar el plan e incorporar los diversos cambios propuestos y, posteriormente, había aprobado la resolución CE152.R15, en la que se respaldaba el plan de acción propuesto según había sido revisado por el grupo de trabajo. Se había acordado que se celebrarían más consultas sobre el documento en los meses previos al 52.º Consejo Directivo.

61. El Consejo recibió con agrado el plan regional de acción propuesto, que se consideró un marco sólido para reducir las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Los delegados observaron con satisfacción que el plan había sido resultado de un amplio proceso de consulta entre los Estados Miembros y que estaba en consonancia con la estrategia y el plan de acción mundiales de la OMS, pero que también mostraba claramente las necesidades y prioridades regionales. Se alentó a la Oficina a

que trabajara para procurar que todos los países de la Región adoptaran las metas mundiales voluntarias establecidas en el marco de vigilancia mundial de las enfermedades no transmisibles. Se sugirió que la Región podría considerar la posibilidad de establecer algunas metas aun más ambiciosas. Varios delegados solicitaron apoyo de la Oficina y de los Estados Miembros compañeros para fortalecer sus sistemas de información y su capacidad de seguimiento y vigilancia de las enfermedades no transmisibles, mientras que otros delegados dijeron que sus países estaban preparados para brindar ese tipo de asistencia.

62. Se destacó la importancia de los enfoques de todo el gobierno y toda la sociedad en el tema de las enfermedades no transmisibles y se recibieron con beneplácito las actividades contempladas bajo la primera línea estratégica del plan de acción (políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT). Se consideró fundamental llevar adelante una acción multisectorial coordinada para la aplicación eficaz del plan de acción. Se señaló que era particularmente importante trabajar con la industria alimentaria para abordar los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles relativos al régimen alimentario. Sin embargo, se subrayó que se debían incorporar salvaguardas para evitar los conflictos de intereses y la influencia indebida por parte de las entidades del sector privado y otros actores no estatales. Se señaló que las enseñanzas extraídas de la lucha contra la industria tabacalera podrían ser instructivas en ese sentido. Se destacó la función de la Oficina para catalizar y movilizar los esfuerzos de una variedad de sectores e interesados directos. El mecanismo mundial de coordinación para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (véanse los párrafos 69 a 74 más abajo) se consideró como una parte integral de un enfoque multisectorial. También se destacó el valor de los mecanismos regionales y subregionales, como la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) y el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, a fin de facilitar la colaboración multisectorial.

63. Se subrayó la importancia de un enfoque que abarcara la totalidad del ciclo de vida en la prevención de las ENT y varios delegados destacaron la importancia de promover los comportamientos saludables y desalentar los hábitos insalubres, en particular en niños y jóvenes, para impedir el desarrollo de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. Se opinó que en el plan de acción debía hacerse más hincapié en la concientización y la educación del público encaminadas a promover modos de vida saludables. Se destacó la importancia del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, y se indicó que ese tema debía ser tratado por los Cuerpos Directivos en el 2014.

64. Se hicieron varias sugerencias con respecto a los indicadores propuestos en el plan de acción, principalmente que el indicador relativo al consumo nocivo de alcohol debía coincidir con la estrategia mundial de la OMS sobre ese tema; que los indicadores relativos al consumo de tabaco debían incluir el número y porcentaje de países que

habían ratificado o se habían adherido al Convenio Marco para el Control del Tabaco y su *Protocolo para la eliminación del Comercio ilícito de productos de tabaco*, y que habían adoptado las medidas requeridas en el Convenio, como la prohibición del consumo de tabaco en lugares públicos y la inclusión de advertencias e imágenes o pictogramas en las etiquetas de los productos de tabaco. Además se indicó que el plan debía incluir indicadores en relación con la protección financiera frente a los gastos catastróficos a causa del tratamiento de las enfermedades no transmisibles y el fortalecimiento de la infraestructura de atención de salud y la capacitación de los recursos humanos en la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles al nivel de atención primaria. También se sugirió que los indicadores en el plan debían actualizarse una vez que la Secretaría de la OMS hubiera publicado los objetivos provisionales mundiales para el 2015 y el 2020. Se señaló que los indicadores debían ser lo suficientemente flexibles para que pudieran adaptarse a los contextos nacionales y se sugirió que se agregase un glosario al plan de acción para proporcionar definiciones estandarizadas de conceptos y términos usados en el plan y los indicadores.

65. Los representantes de tres organizaciones no gubernamentales hicieron uso de la palabra y manifestaron apoyo al plan de acción, destacando la importancia del esfuerzo sostenido para fortalecer el control del tabaco, la necesidad de prestar atención a las enfermedades no transmisibles en la agenda para el desarrollo después del 2015 y la prevalencia cada vez mayor de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados con la demencia.

66. El doctor Carlos Santos-Burgoa (Director interino, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) afirmó que el plan de acción era resultado de una amplia consulta y, por lo tanto, reflejaba el punto de vista de todos los Estados Miembros, expresado en el transcurso de numerosas reuniones virtuales y presenciales en el año anterior. Garantizó al Consejo que la Oficina trabajaría para procurar que todos los países adoptaran las metas voluntarias mundiales. En cuanto a las sugerencias con respecto a los indicadores, señaló que estaba previsto que los países usasen uno de los tres indicadores preferidos establecidos en el marco de vigilancia mundial para vigilar la reducción del consumo nocivo del alcohol. En cuanto a las sugerencias con respecto a los indicadores relacionados con el tabaco, señaló que, a pesar de que no sería factible integrar todos los indicadores asociados con el Convenio Marco en el plan de acción, el indicador que se había incluido estaba en plena consonancia con ese Convenio.

67. La Directora dijo que había tomado nota de las diversas solicitudes de apoyo de la Oficina y las sugerencias para mejorar el plan de acción. La Oficina, desde luego, intentaría proporcionar la asistencia solicitada, pero también aprovecharía la pericia disponible en los Estados Miembros y utilizaría la cooperación Sur-Sur para aumentar su cooperación técnica. Además indicó que se aseguraría de que el tema del sobrepeso y la

obesidad se incluyese en el orden del día de las reuniones de los Cuerpos Directivos en el 2014.

68. El Consejo aprobó la resolución CD52.R9 y adoptó el plan de acción.

*Consulta sobre el mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*⁵

69. El doctor Santos-Burgoa recordó que en la resolución WHA66.10 se había solicitado a la Directora General que preparase un proyecto de mandato para un mecanismo mundial de coordinación, según se había expuesto en el *Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. El objetivo del mecanismo era facilitar la interacción entre los Estados Miembros; los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas; y los agentes no estatales como las organizaciones no gubernamentales, algunas entidades del sector privado y las instituciones académicas, a fin de proteger a la OMS y a la salud pública de la influencia indebida de todo tipo de conflicto de intereses real, aparente o potencial. El proyecto de mandato se elaboraría en consulta con los Estados Miembros por intermedio de los comités regionales. En consecuencia, se solicitaba a los Estados Miembros que proporcionaran sus puntos de vista durante el 52.º Consejo Directivo. En concreto, se solicitaba que se respondiese a siete preguntas incluidas, junto con el proyecto de mandato, en un documento de trabajo preparado por la Secretaría de la OMS y puesto a disposición en el sitio web del Consejo Directivo.⁶

70. Para facilitar y promover una respuesta regional firme, la Oficina había elaborado una encuesta en línea, disponible por intermedio de las representaciones de la OPS/OMS, a la cual los Estados Miembros y otros interesados directos podían responder hasta el 28 de octubre del 2013. La Oficina compilaría las observaciones recibidas durante el proceso de consulta regional y las presentaría a la OMS como una respuesta regional consolidada. La Secretaría de la OMS luego prepararía una nueva versión en la que incorporaría los insumos recibidos de las regiones y que se trataría en una reunión formal en Ginebra en noviembre del 2013. La Secretaría de la OMS posteriormente ultimaría el proyecto de mandato, que se presentaría por intermedio del Consejo Ejecutivo de la OMS a la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014 para su aprobación.

71. En las deliberaciones del Consejo, los delegados expresaron apoyo a los principios, las funciones y los participantes propuestos del mecanismo de coordinación mundial y a la propuesta de que la OMS actuara como secretaria. Se subrayó que el mecanismo debía ser flexible, transparente y estar orientado a la acción, y que debía

⁵ La Oficina Sanitaria Panamericana preparará un informe pormenorizado sobre las opiniones manifestadas en las consultas regionales sobre el mecanismo de coordinación mundial y lo enviará a la Secretaría de la OMS.

⁶ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22895&Itemid=270&lang=es

brindar apoyo al logro de las metas mundiales voluntarias, fomentar la colaboración multisectorial innovadora, y demostrar y evaluar nuevas maneras de trabajar. Para atraer la participación de aquellos fuera del sector de la salud, se consideró importante mostrar cómo el mecanismo de coordinación podría agregar valor y lo que podría hacer a diferencia de otras entidades mundiales.

72. Se sugirieron varios principios y funciones más, como abordar el estigma y la discriminación en relación con las ENT, garantizar la protección de los grupos poblacionales vulnerables a las ENT o en mayor peligro de sufrir alguna, y brindar apoyo a la formulación de políticas propicias para promover la salud y reducir los factores de riesgo de las ENT. Se indicó que debían establecerse grupos de trabajo iniciales para tratar temas como la alimentación sana y la promoción de la actividad física; el control del alcohol y el tabaco; la vigilancia, el seguimiento, la evaluación y la investigación de las ENT; la concientización, la comunicación y la educación sobre las ENT; la movilización de recursos; la promoción de la causa y la lucha contra el estigma y la discriminación; y los determinantes sociales de la salud y su repercusión sobre las ENT. Con relación a estos últimos, se hizo hincapié en que los esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles no podrían arrojar buenos resultados a menos que se abordaran los determinantes de la salud mediante un enfoque de toda la sociedad y todo el gobierno. Además se sugirió que debía establecerse un grupo de trabajo de la Región de las Américas a fin de facilitar la coordinación y las sinergias entre los diversos mecanismos e iniciativas en relación con las enfermedades no transmisibles, y de asegurar que la Región pudiera participar de una manera firme en las deliberaciones sobre el mecanismo de coordinación mundial.

73. Se destacó que la participación de los actores no estatales en el mecanismo de coordinación mundial debía regirse por los principios generales acordados en el marco de la reforma de la OMS para la colaboración con este tipo de actores. Se subrayó la necesidad de contar con parámetros claros para determinar qué constituía un conflicto de intereses real, aparente o potencial. Se apoyó la participación de una amplia gama de actores, de los que ninguno debía ser excluido *a priori* excepto la industria tabacalera.

74. El doctor Santos-Burgoa instó a los Estados Miembros que no habían expresado su punto de vista durante el debate del Consejo a que respondieran la encuesta en línea y reiteró que la Oficina compilaría todas las observaciones recibidas y las presentaría a la Secretaría de la OMS.

La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica (documento CD52/8)

75. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema (véanse los párrafos 102 a 106 del documento CE152/FR) y observó que el Comité había acogido con satisfacción la

atención que la OPS estaba dando a la enfermedad renal crónica tubulointersticial y había subrayado la necesidad de la investigación para obtener más información acerca de las causas y la difusión de la enfermedad. El Comité también había destacado la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud para que pudieran tratar eficazmente esta enfermedad. El Comité había aprobado la resolución CE152.R4, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo aprobase el proyecto de resolución que figuraba en el documento CD52/8.

76. En el debate posterior, el Consejo expresó agradecimiento por el reconocimiento que se hacía en el documento conceptual de la necesidad de llenar los vacíos en el conocimiento acerca de esta forma de enfermedad renal crónica, dado que su etiología no estaba vinculada a las causas habituales de las enfermedades renales y su frecuencia estaba aumentando. Se acordó que la enfermedad renal crónica en las comunidades agrícolas de Centroamérica requería de estrategias encaminadas a reorganizar la prestación de los servicios, fortalecer las capacidades de recursos humanos y reducir los costos de tratamiento, incluido el transplante renal. Se reconoció que la enfermedad renal crónica era un grave problema de salud pública y que era necesario que los diversos sectores, los ministerios y las organizaciones correspondientes colaborasen a fin de abordar la situación.

77. Los delegados de los países donde la enfermedad se estaba registrando describieron los estudios que ya se habían hecho o que se estaban haciendo, a menudo con la ayuda de otros países dentro de la Región o incluso de otros países más lejanos como Sri Lanka, donde se había detectado una forma similar de la enfermedad. Se acordó que ese tipo de cooperación entre los países debía continuar y fortalecerse. Los delegados de los países afectados también describieron los esfuerzos que se estaban realizando para detener o tratar la enfermedad. Se señaló que se estaban gastando grandes sumas en la diálisis, pero que eso no estaba reduciendo significativamente el problema; entretanto, la demanda y los costos del tratamiento estaban aumentando.

78. Observando que la enfermedad afectaba desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables, los delegados recibieron con agrado el énfasis en la vigilancia específica y en otros esfuerzos dentro de los grupos vulnerables. También respaldaron la necesidad de abordar este problema de salud pública mediante acciones multisectoriales coordinadas, en consonancia con las acciones descritas en los planes de acción regional y mundial para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Se señaló que los ministerios de salud tendrían un papel clave que desempeñar, pero que los ministerios de agricultura y ganadería y de medioambiente también debían estar incluidos.

79. Se consideró que era urgente llevar a cabo una intensa investigación sobre las causas subyacentes de esta enfermedad con miras a crear modelos de gestión de riesgos y brindar apoyo al desarrollo de sistemas de información. Aunque la enfermedad parecía estar restringida a Centroamérica, los delegados recomendaron que se alentase a los

Estados Miembros fuera de esa subregión a establecer sistemas de vigilancia o examinar datos locales para descartar patrones similares y establecer otras posibles causas de la enfermedad renal crónica. Un delegado preguntó cuánto de los \$1,7 millones que se había calculado que se necesitaban para ejecutar la resolución en el 2014-2015 podría subsumirse en las actividades y los recursos humanos existentes ya programados.

80. El doctor James Fitzgerald (Director interino, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) expresó su agradecimiento por los aportes al documento, que había sido presentado al Comité Ejecutivo con un plazo muy breve, por lo que las observaciones y la orientación ofrecidas por los Estados Miembros durante el debate del Consejo sin duda servirían para mejorarlo. Esas observaciones habían dejado muy clara la necesidad de emprender una acción intersectorial y la necesidad de trabajar en todo el gobierno con los asociados, y habían puesto de relieve las cuestiones relativas a la coordinación, la movilización de recursos y la planificación, así como la necesidad de del seguimiento, la evaluación, la vigilancia y la investigación.

81. La Directora reconoció el papel de la Delegada de El Salvador al poner de relieve el tema de la enfermedad renal crónica por causas no tradicionales y señaló que todavía no se sabía cuál era la magnitud del problema, ni siquiera en Centroamérica. Había alguna indicación de algunos factores etiológicos, pero faltaba determinar la etiología completa de la enfermedad. También hacía falta conocer cabalmente las repercusiones sociales y económicas de la enfermedad en la población de la Región. Se sabía que el fenómeno de la enfermedad renal crónica estaba representando una carga cada vez mayor para los servicios de salud de los países, dado que la diálisis renal era una intervención costosa y a largo plazo. Por otro lado, en lugar de invertir en mejorar la atención primaria, los sistemas de salud estaban teniendo que desviar los fondos para tratar la enfermedad renal crónica.

82. En su opinión, se necesitaba una coalición amplia de investigadores a fin de examinar toda la información epidemiológica y toxicológica sobre la enfermedad en toda la subregión de Centroamérica, con la participación de los países dentro de la subregión y fuera de ella. Reconoció con gratitud que algunos países fuera de esta subregión ya habían proporcionado asistencia. El Consejo había dejado muy en claro que se necesitaba llevar adelante una acción multisectorial. El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA) había iniciado el debate sobre el tema y ahora debía llevarselo al nivel político más alto en Centroamérica a fin de garantizar el liderazgo político necesario para que el sector de la salud pudiese abordar el problema.

83. El Consejo aprobó la resolución CD52.R10, en la que se instó a los Estados Miembros a, entre otras cosas, promover la elaboración y ejecución de programas de investigación nacionales y regionales sobre la enfermedad renal crónica a fin de cerrar las

brechas en el conocimiento y fortalecer la vigilancia de la enfermedad renal crónica, haciendo hincapié en las poblaciones y comunidades en riesgo.

Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización (documento CD52/9)

84. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema (véanse los párrafos 87 a 93 del documento CE152/FR) e informó que el Comité había recibido con agrado el enfoque propuesto en el documento CD52/9 y había apoyado especialmente el énfasis en criterios distintos de la costoeficacia y la creación y el fortalecimiento de los comités asesores nacionales sobre inmunización, a fin de mejorar la adopción de decisiones fundamentadas y basadas en la evidencia con respecto a las políticas de inmunización. El Comité había aprobado la resolución CE152.R5, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aprobase el proyecto de resolución que figuraba en el documento CD52/9.

85. En el debate que tuvo lugar a continuación, el Consejo recibió con beneplácito la política propuesta en el documento CD52/9. Se señaló que uno de los elementos clave para mantener los logros alcanzados en la Región hasta ese momento en cuanto a la prevención y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación sería la formulación de políticas basadas en evidencia en los programas nacionales de inmunización. Los delegados comentaron que la resolución que se había aprobado sobre los principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (véanse los párrafos 112 a 120 más adelante) los ayudaría en las negociaciones con las autoridades financieras, dado que proporcionaba seguridad de que los países de la Región podrían obtener las vacunas al precio más bajo posible.

86. Se apoyó la ejecución ampliada de la iniciativa ProVac para mejorar la capacidad de los Estados Miembros de generar evidencia económica, dado que sería necesario determinar las prioridades con respecto a los recursos a medida que los países considerasen la introducción de nuevas vacunas, a menudo costosas. Se manifestó acuerdo en que las políticas de inmunización deberían basarse en consideraciones que no fueran los aspectos técnicos o la costoeficacia, y que debían tenerse en cuenta cuestiones operativas pragmáticas, la factibilidad financiera y la sostenibilidad a largo plazo, así como cuestiones sociales como la equidad. También se consideró esencial que se tuvieran presentes las características del país, incluidas la carga de morbilidad, la capacidad del programa de inmunización, y el análisis del beneficio y la efectividad en función de los costos.

87. Al mismo tiempo que se elogió el hincapié que se hacía en los comités asesores nacionales sobre inmunización para mejorar la toma de decisiones basada en evidencia en las políticas de inmunización, los delegados observaron que, en particular en los países pequeños donde un comité a nivel nacional carecía de masa crítica, los grupos regionales

podrían aportar una importante asistencia. Algunos delegados manifestaron la voluntad de sus gobiernos de prestar apoyo técnico a los grupos nacionales de ayuda técnica en la Región. Se instó a la Oficina a que continuase prestando apoyo técnico a los Estados Miembros —en particular por medio de la iniciativa ProVac— a medida que procuraban tomar decisiones basadas en la evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas.

88. Los delegados describieron el proceso de adopción de decisiones de sus gobiernos en el campo de la vacunación, como la creación de comités asesores técnicos y la consideración de los costos y los beneficios de introducir las nuevas vacunas. Algunos se refirieron a los importantes retos que quedaban por delante —como mejorar la cadena de frío y aumentar la disponibilidad de personal operativo— si se pretendía alcanzar el objetivo de la cobertura universal de vacunación. Algunos también mencionaron que sus países reconocían que recabar la evidencia necesaria podía a veces ser un proceso lento y que la memoria institucional podía perderse a causa de la movilidad del personal. En consecuencia, apoyaron la creación de comités asesores para velar por la continuidad de las recomendaciones de políticas.

89. La doctora Gina Tambini (Directora, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) observó que la política propuesta se relacionaba con la política de investigación para la salud de la OPS y constituía un paso práctico y eficaz hacia un enfoque basado en la evaluación de las tecnologías sanitarias. Señaló que se habían logrado grandes avances en esa esfera en varios países de la Región.

90. El Consejo aprobó la resolución CD52.R14 sobre este tema.

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (documento CD52/10)⁷

91. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe de progreso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y que había sido informado de que la Secretaría de la OMS había solicitado que todos los comités regionales examinasen los criterios propuestos para otorgar la prórroga de la fecha límite para reunir los requisitos con respecto a la capacidad básica estipulados en el Reglamento. Por consiguiente, se había agregado el punto en el orden del día del 52.º Consejo Directivo.

92. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), observando que 29 de los 35 Estados Partes del RSI habían solicitado una prórroga de la fecha límite original de junio del 2012 a junio

⁷ La Oficina Sanitaria Panamericana preparará un informe pormenorizado sobre las opiniones vertidas durante la consulta regional en relación con los criterios propuestos para obtener una prórroga para establecer las capacidades básicas estipuladas en el Reglamento Sanitario Internacional y lo presentará a la Secretaría de la OMS.

del 2014, dijo que los informes presentados por los Estados Partes de la Región entre el 2011 y el 2013 indicaban que, a pesar de que se habían logrado avances con respecto a la creación de las capacidades básicas, las capacidades requeridas con respecto a los eventos químicos y las situaciones de emergencia radiológica todavía no estaban implantadas en la mayoría de los países. Se preveía que varios Estados Partes solicitarían otra prórroga de dos años para el establecimiento de las capacidades básicas.

93. La Secretaría de la OMS había propuesto criterios para otorgar otra prórroga de dos años. Estos criterios habían sido examinados anteriormente por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 132.^a reunión, que no había expresado objeciones a los criterios propuestos, pero había opinado que se beneficiarían de una mayor consideración por los Estados Partes durante las reuniones de los comités regionales. Los criterios propuestos figuraban en el documento CD52/10. También se invitaba a los Estados Partes a que presentaran sus sugerencias con respecto a los procedimientos, los métodos y las herramientas a usarse para hacer el seguimiento e informar sobre el estado de la aplicación del Reglamento, en particular después de junio del 2016.

94. La Oficina recopilaría las opiniones manifestadas durante las deliberaciones del Consejo, que se presentarían al Consejo Ejecutivo de la OMS en su 134.^a reunión.

95. En el debate que tuvo lugar a continuación, los delegados afirmaron el compromiso de sus gobiernos con la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional e hicieron varias sugerencias detalladas para procurar que todos los Estados Partes pudieran establecer y mantener las capacidades básicas necesarias. En particular, se sugirió que debía crearse un mecanismo para señalar los obstáculos, las necesidades y las brechas de recursos que enfrentaban los países, y elaborar estrategias para abordarlos por medio del fortalecimiento de las capacidades de los países individuales y la formación de alianzas entre países. También se sugirió la creación de una herramienta para vigilar el mantenimiento de las capacidades básicas y para detectar cualquier retroceso con respecto a los logros alcanzados a fin de tomar medidas correctivas. A este respecto, se indicó además que debería establecerse un grupo de supervisión o seguimiento. Además se propuso que la Oficina implementase una base de datos sobre la pericia y las mejores prácticas con relación al Reglamento y que fortaleciese la cooperación entre los países para su ejecución.

96. El Delegado de Argentina, haciendo uso de la palabra en nombre también de Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, propuso un proyecto de resolución en el que se recomendaba que los criterios para otorgar otra prórroga hasta el 15 de junio del 2016 fueran los mismos que los usados para otorgar la prórroga de la fecha límite original de junio del 2012 a junio del 2014. En el proyecto de resolución se indicaba además que el comité de examen debía analizar las causas posibles del nivel del progreso alcanzado hasta ese momento en la aplicación del Reglamento y las alternativas posibles para institucionalizar las capacidades básicas estipuladas.

97. En respuesta a las opiniones expresadas, el doctor Espinal y la doctora Isabelle Nuttall (Directora, Capacidades, Alerta y Respuesta Mundiales, Departamento de Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente, OMS) subrayaron la importancia del seguimiento de las capacidades básicas y del trabajo continuo para mantenerlas una vez que estuvieran implantadas. La doctora Nuttall sugirió que los planes de los Estados Partes para la aplicación del RSI debían incluir disposiciones para garantizar la sostenibilidad de las capacidades básicas. Afirmó que la Secretaría de la OMS mantenía su compromiso de apoyar a todos los Estados Partes en la aplicación del Reglamento. La Directora dijo que había tomado nota de las diversas sugerencias sobre la manera en que la Oficina podría mejorar su apoyo a los Estados Partes en la Región y aseguró al Consejo que la Oficina aplicaría esas sugerencias.

98. La resolución propuesta por Argentina se reformuló posteriormente como un proyecto de decisión copatrocinado por los países miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Bahamas y Barbados. El Consejo adoptó el texto reformulado como la decisión CD52(D5), en la que se apoyó que en los planes de acción se incluyesen los elementos *i* y *iii* de los criterios propuestos por la Secretaría de la OMS, que figuraban en documento CD52/10, y se promovió la inclusión de los elementos *ii* y *iv*, aunque observando que su inclusión sería facultativa para los Estados Partes. Además se solicitó a la Directora que identificase los recursos para realizar una reunión regional de las autoridades responsables de la aplicación del Reglamento a fin de continuar el debate sobre los procedimientos, los métodos y las herramientas para el seguimiento y la información sobre la aplicación del RSI después del 2016. El Delegado de Argentina dijo que su gobierno con gusto auspiciaría la reunión regional en su país en marzo del 2014.

La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas (documento CD52/11)

99. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó acerca del debate del Comité Ejecutivo sobre una versión anterior del documento sobre este tema (véanse los párrafos 94 a 101 del documento CE152/FR) y observó que el documento originalmente se había denominado “Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas” y que el Comité había recomendado que el título se cambiara a “La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas” a fin de mostrar mejor el amplio alcance de la cooperación propuesta. El Comité había recibido con beneplácito la política propuesta y había apoyado especialmente el intercambio de conocimientos y mejores prácticas. Se había subrayado la importancia de formar la capacidad de las instituciones nacionales y aprovechar la pericia ya disponible en los países de la Región. El Comité había aprobado la resolución CE152.R13, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo aprobase la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas que figuraba en el documento CD52/11.

100. En el debate que tuvo lugar a continuación, el Consejo recibió con beneplácito la propuesta y observó que la manera en que se había descrito la cooperación no solo

permitiría fortalecer las políticas y los resultados en materia de salud, sino que también conduciría a una relación más estrecha entre los países, al intercambio de conocimientos y a una mayor comprensión cultural. Se manifestó que mediante la aplicación creativa de nuevas formas de cooperación, los países podrían contribuir más eficazmente al desarrollo y aumentar el nivel de salud de sus pueblos. Los delegados subrayaron la importancia de los principios que sentaban las bases de las formas de cooperación propuestas en el documento: la solidaridad, el beneficio mutuo, el respeto de la soberanía nacional y de la diversidad y, sobre todo, la ausencia de condicionantes. Se señaló que era especialmente importante explorar la posibilidad de la cooperación Sur-Sur en el contexto actual en el que muchas organizaciones donantes estaban reduciendo sus actividades en la Región porque varios países habían sido clasificados como países de ingresos medianos.

101. También se consideró importante que la OPS mantuviese su función de facilitar la cooperación entre los Estados Miembros, incluido el uso de las herramientas técnicas, la promoción de alianzas y la movilización de recursos para promover el intercambio de mejores prácticas y fortalecer las capacidades nacionales. Este último aspecto se consideró particularmente necesario en una Región como la nuestra con grandes disparidades entre los países en cuanto a los recursos y los resultados en materia de salud. La movilización de recursos se contempló como una tarea fundamental para establecer la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular, y los delegados instaron a la Organización a que hiciera todo lo posible por vincular a los Estados Miembros con los donantes. Se señaló que la Oficina también tenía una función importante de coordinación de la cooperación que involucraba a múltiples actores. Los delegados describieron los proyectos en los que colaboraban dentro de los países o junto con ellos, incluida la prestación de servicios médicos y la formación médica.

102. Varios delegados destacaron la necesidad de mejorar los métodos y las guías para evaluar las formas de cooperación técnica y científica entre los países, usando indicadores o mecanismos que permitiesen hacer el seguimiento y análisis de la repercusión de los proyectos. Otros sugirieron distintas maneras de financiar la cooperación entre los países, incluido el uso de mecanismos de financiamiento innovadores como impuestos a los viajes en avión, las transacciones financieras o los productos nocivos.

103. Un delegado observó que, a pesar de que la modalidad de la OPS de cooperación técnica entre países había beneficiado a muchos Estados Miembros a lo largo de los años, estos proyectos se veían obstaculizados por los lentos procedimientos burocráticos y, a veces, tardaban años en materializarse. Sugirió que era necesario evaluar los procesos existentes y determinar los cuellos de botella que debían abordarse si se quería que la política propuesta tuviera una repercusión importante.

104. La doctora Mariela Licha-Salomón (Asesora Principal, Oficina de Apoyo a la Atención Centrada en los Países, OSP) dijo que la Oficina siempre había tenido como principio orientador la promoción de la cooperación entre los países, independientemente de su nivel de desarrollo, y que los Estados Miembros de toda la Organización habían participado en diferentes momentos en proyectos de cooperación con otros países, a menudo con la asistencia de la Oficina, creándose de ese modo proyectos de cooperación triangular. Las diversas formas de cooperación, con o sin la participación de la Oficina, eran complementarias entre sí.

105. Con miras a fortalecer el análisis y mejorar la detección de sinergias, la Oficina trabajaba en estrecha coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas para la Cooperación Sur-Sur. En respuesta a la solicitud de que se mejorase la evaluación del impacto de los proyectos de cooperación, la funcionaria señaló que la Oficina había establecido un portal de internet mediante el cual se invitaba a los representantes de los países a presentar sus observaciones. Había una pluralidad cada vez mayor de actores en los proyectos de cooperación, incluso del sector académico y de otros sectores no gubernamentales, cuya participación la Oficina promovía como una manera de mejorar la riqueza y la diversidad de los proyectos. Sin embargo, la Oficina siempre se aseguraba de tener el aval del proyecto de alguna dependencia gubernamental. Esa era en parte la razón de que algunas veces hubiera retrasos en el inicio de los proyectos.

106. La Directora dijo que la Región había demostrado claramente a lo largo del tiempo que estaba comprometida con la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular en un espíritu de solidaridad y panamericanismo. A partir de las observaciones del Consejo resultaba evidente que los Estados Miembros deseaban ver esta modalidad de cooperación técnica ampliada y sistematizada. Las limitaciones de recursos que la Organización enfrentaba creaban una oportunidad real de que la Oficina evaluase su experiencia anterior de participación en la colaboración Sur-Sur y la colaboración triangular con miras a hacer que fueran un componente importante de la función de cooperación técnica de la OPS, aprovechando y haciendo uso tanto de la experiencia disponible a nivel nacional como de la pericia, los recursos y las relaciones que se habían desarrollado mediante procesos de integración subregional. Esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros para fortalecer la función de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular a fin de ayudar a los países a alcanzar sus metas de salud pública.

107. El Consejo aprobó la resolución CD52.R15, mediante la cual se adoptó la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas.

Debate de tipo panel: La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 (documento CD52/12)⁸

108. El debate de tipo panel sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 se celebró de conformidad con resolución WHA66.11 (2013) de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se había solicitado a todos los comités regionales que trataran el asunto y presentaran un informe sobre sus deliberaciones a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud por intermedio del Consejo Ejecutivo.

109. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) presentó a los panelistas: la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS; la doctora Joy St. John, Médica Jefe, Ministerio de Salud, Barbados; el doctor Juan Ignacio Carreño, Presidente del Programa de Coordinación en Salud Integral de Bolivia; y la doctora Carissa Etienne, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana.

110. La doctora Chan señaló a la atención las conclusiones de una consulta temática mundial sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, que se había celebrado en Botswana del 4 al 6 de marzo del 2013, y describió los puntos clave del informe elaborado por el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015, establecido por el Secretario General de las Naciones Unidas. La doctora St. John transmitió sus percepciones acerca del progreso logrado hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Región de las Américas y sugirió algunos “temas de debate” con el fin de guiar las deliberaciones sobre la agenda para el desarrollo después del 2015 en la Región. El doctor Carreño resumió los resultados de una consulta de la sociedad civil celebrada en Bolivia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que también se habían presentado en la consulta temática celebrada en Botswana y Guatemala. La doctora Etienne subrayó la necesidad de que los ministros de salud de la Región y la Oficina promovieran firmemente esta causa a fin de asegurar que la salud ocupase un lugar prominente en la agenda para el desarrollo después del 2015, y destacó diversos temas que los Estados Miembros de la Región de las Américas deseaban ver abordados dentro de una meta general de salud a incluirse en la agenda después del 2015. El texto de las intervenciones de los panelistas puede encontrarse en el sitio web del 52.^o Consejo Directivo.

111. En el debate del Consejo, se señaló que, a pesar de que se había logrado un buen progreso general hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Región, ese progreso había sido desigual entre los países y entre los distintos grupos poblacionales dentro de los países. Se subrayó la importancia de continuar trabajando

⁸ La Oficina Sanitaria Panamericana preparará un informe pormenorizado sobre las opiniones vertidas durante el debate de tipo panel sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 y lo presentará a la Secretaría de la OMS.

hasta que se hubiesen alcanzado plenamente estos objetivos, al igual que la necesidad de continuar con los esfuerzos para rectificar las desigualdades y las inequidades, y erradicar la pobreza. Además se puso de relieve la importancia de la cobertura universal de salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las poblaciones vulnerables, al igual que la necesidad de abordar los determinantes sociales, culturales, económicos y medioambientales de la salud. También se destacó la importancia de centrarse más en los jóvenes en el período después del 2015. Se hizo hincapié en que, para asegurar que la salud tuviera un lugar central en la agenda para el desarrollo después del 2015, sería fundamental lograr que las instancias normativas entendieran que la salud era tanto un medio crucial de lograr el desarrollo sostenible como un indicador del éxito, además de que el desarrollo humano constituía la base para el logro del desarrollo sostenible y que la salud, a su vez, sentaba las bases para el logro del desarrollo humano.

Los principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud (documento CD52/17)

112. La doctora María Isabel Rodríguez (El Salvador), al presentar el tema, elogió los buenos resultados logrados en la Región con respecto a la eliminación o la erradicación de algunas enfermedades y el control de otras. Señaló que, al igual que otros países, El Salvador había declarado que la inmunización era un bien público y pagaba sus vacunas sin recurrir a subsidios ni donaciones. Sin embargo, esto sería muy difícil si no existiese el Fondo Rotatorio, cuyo éxito era resultado de la adherencia a los principios de la solidaridad, el panamericanismo y la equidad en el acceso. Eran esos principios los que permitían que los pequeños países de la Región, como El Salvador, pudieran obtener vacunas al mismo precio que los grandes países. Por consiguiente, era motivo de preocupación que los asociados internacionales como la Alianza GAVI y la Fundación Gates, junto con la industria farmacéutica, exigieran cada vez más excepciones a los principios de la equidad, en particular las que se referían al precio más bajo y a un único precio. Todo desvío de esos principios podría poner en peligro los logros hasta el presente, retrasaría el progreso con respecto a la introducción de las vacunas nuevas, amenazaría los programas de vacunación y pondría en peligro la participación de algunos países en el Fondo. Por lo tanto, exhortó a los Estados Miembros a que apoyasen un proyecto de resolución en el que se reconfirmaban los principios que regían el funcionamiento del Fondo Rotatorio, en particular la equidad y el panamericanismo.

113. La doctora Gina Tambini (Directora, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP), en respuesta a una pregunta de la Delegada de El Salvador, brindó un panorama del contexto en el cual funcionaba el Fondo Rotatorio. Explicó en particular que, bajo el principio del acceso igualitario, el Fondo ofrecía vacunas a los Estados Miembros participantes a un precio único y también preparaba los contratos con los proveedores de manera tal que el precio que se cobraba al Fondo fuera el más bajo en cualquier lugar del mundo. Confirmó que, con la creación de nuevos mecanismos de financiamiento como la Alianza GAVI, la Oficina en ciertos casos recibía presión para

abandonar esas dos disposiciones. Dado que la Alianza GAVI ayudaba solo a los países más pobres, los fabricantes estaban ofreciendo proveer vacunas a GAVI a un precio menor que el del Fondo Rotatorio, pero eran reuentes a hacerlo si luego se veían obligados, de conformidad con sus arreglos contractuales con el Fondo, a ofrecer el mismo precio bajo a escala mundial. En aras de apoyar a los países pobres, el Fondo había concedido excepciones a esas dos disposiciones para las vacunas antineumocócicas, antirrotavíricas y contra el virus de los papilomas humanos. La Oficina había calculado que en los tres años anteriores, el total pagado por los Estados Miembros por esas vacunas había sido \$250 millones superior al precio al cual se le habían proporcionado esas vacunas a la Alianza GAVI.

114. También se estaba solicitando al Fondo que instituyese un sistema de precios diferenciados, según el cual el costo de las vacunas para un país variaría de acuerdo con su PIB. Sin embargo, se temía que este tipo de arreglo diferenciado pudiera hacer que algunos países dejaran de adquirir ciertas vacunas, lo que podría conducir a un resurgimiento de enfermedades actualmente bajo control.

115. A pesar de que una gran mayoría del Consejo apoyó el proyecto de resolución, los Delegados de Canadá, Francia, Haití y Estados Unidos dijeron que sus delegaciones no podían sumarse al consenso en torno a la resolución. Advirtieron que el énfasis principal en la resolución, es decir, que los financiadores y la industria debían firmar contratos con la OPS en conformidad con los principios del Fondo Rotatorio o no podría haber contrato alguno, implicaba un alto riesgo de que aumentasen los precios de las vacunas en todas partes, ya que el precio acordado por la Oficina se convertiría en el precio más bajo *de facto* en todo el mundo y los precios que se cobraban a otros países subirían en consecuencia. Eso pondría en peligro los esfuerzos para reducir el precio de las vacunas para los países más pobres, en particular en África. A pesar de que estuvieron de acuerdo en que el panamericanismo era importante y manifestaron su firme apoyo al Fondo Rotatorio, también subrayaron la importancia de la solidaridad con los pueblos vulnerables del resto del mundo. Un delegado señaló que la insistencia en el principio del precio más bajo podría dar lugar a que algunas empresas farmacéuticas se negasen a vender al Fondo Rotatorio por completo, lo que tendría efectos desastrosos para las metas de salud de los países de la Región de las Américas.

116. Estos cuatro delegados también consideraron lamentable que se hubiera impuesto al Consejo un tema de tal importancia con tan poco tiempo de antelación, lo que había sido insuficiente para que los Estados Miembros pudiesen considerar sus implicaciones. Apelaron al Consejo a diferir cualquier decisión con respecto a la resolución hasta que se hubiera podido hacer un análisis cuidadoso de los aspectos en cuestión. El Delegado de Canadá propuso que el Consejo adoptase una decisión para incluir el asunto en el orden del día del Comité Ejecutivo en su 154.^a sesión y solicitar a la Directora que entablase un diálogo con los representantes de los mecanismos de financiamiento y las iniciativas internacionales a fin de determinar las opciones para promover el suministro suficiente de

vacunas con el objeto de satisfacer las necesidades mundiales de las poblaciones destinatarias, y que informase sobre los resultados de ese diálogo al Comité Ejecutivo en su 154.^a sesión.

117. La gran mayoría de las delegaciones, sin embargo, subrayaron que debían mantenerse los principios del panamericanismo y la solidaridad, como se solicitaba en el proyecto de resolución, y que el Fondo Rotatorio debía insistir en comprar vacunas solo al precio más bajo disponible en cualquier lugar y a un precio uniforme para cada país. Alegaron que cualquier acuerdo de acceder a las exigencias de excepciones al principio del precio más bajo tendría el efecto de aumentar los precios de las vacunas en la Región de las Américas, lo que a su vez tendría un efecto perjudicial sobre los logros de salud alcanzados en la Región. Se manifestó que esos logros no debían ponerse en peligro sencillamente para evitar alguna posible repercusión negativa para los pueblos de otras regiones. También se señaló que la introducción de una escala diferenciada de precios infringiría el principio del panamericanismo.

118. Se opinó que la existencia de una resolución del Consejo Directivo que prohibiese al Fondo Rotatorio funcionar de manera incompatible con sus reglas proporcionaría una forma a la Oficina de resistir la presión con respecto a las excepciones. Algunos delegados sugirieron que debían proseguirse las negociaciones con la industria farmacéutica y los organismos financiadores de vacunas con respecto a estos temas, y manifestaron confianza en la capacidad de la gerencia de la Oficina de llegar a acuerdos de precios que respetasen los principios del panamericanismo y la solidaridad. Otros sugirieron que debían explorarse mecanismos para manifestar la solidaridad con los pueblos de otras regiones.

119. Tras una petición de la Delegada de El Salvador, secundada por el Delegado de Estados Unidos, se procedió a votar a mano alzada sobre el proyecto de resolución. Se emitió un total de 36 votos, de los cuales 33 fueron a favor de la resolución y 3 fueron en contra. De conformidad con el Artículo 46 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, los Miembros que se abstuvieron de votar se consideraron como no votantes. Por consiguiente, se aprobó la resolución CD52.R5.

120. La Directora dijo que respetaba la opinión del Consejo Directivo y aseguró a los Estados Miembros que la Oficina analizaría con la Alianza GAVI la manera en que los beneficios del Fondo Rotatorio podrían extenderse a esa alianza y, de esta manera, a los países más allá de la Región de las Américas.

Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento CD52/18)

121. El doctor Nils Dauilaire (Estados Unidos de América), al presentar el tema explicó que se sabía que la población lesbiana, homosexual, bisexual y trans (LGBT por su sigla en inglés) se enfrentaba con obstáculos para obtener acceso a una atención de calidad debido a la estigmatización generalizada tanto en la sociedad en su conjunto como en los sistemas de salud. Estos obstáculos podían comprender desde el comportamiento irrespetuoso o el abuso verbal en los entornos de atención de salud a la negación total de la atención. Sin embargo, a pesar de que se sabía que en cada país del mundo esos obstáculos hacían que las personas LGBT tuvieran peores resultados de salud que la población en general, la falta de datos hacía que aun no se comprendiesen los factores que llevaban a esa desigualdad de salud, lo que impedía que se encaminasen los esfuerzos y los recursos. Por consiguiente, en el proyecto de resolución que se encontraba en el documento CD52/18 se instaba a los Estados Miembros a que recopilaran datos acerca del acceso a la atención de salud y a los establecimientos de salud de las personas LGBT con miras a lograr una mejor comprensión de, entre otras cosas, la razón por la cual estas personas tenían tasas mayores de depresión y abuso de alcohol, las mujeres lesbianas y bisexuales usaban los servicios preventivos de salud con menor frecuencia que las mujeres heterosexuales, y las personas trans tenían menos probabilidades de tener acceso al seguro de salud que las personas heterosexuales o LGB. Señaló que la OPS estaba comprometida a atender las necesidades de salud de toda la población, incluidos aquellos grupos forzados a una situación marginal en las sociedades, y que pasar por alto el hecho de que la condición sexual era un determinante social de la salud significaba admitir que la discriminación en contra de algunos era aceptable. Si la OPS excluía a la población LGBT de su labor, una porción de la cobertura universal de salud se convertiría en una ilusión.

122. El Consejo recibió con satisfacción todas las disposiciones del proyecto de resolución y se manifestó de acuerdo en que era necesario abordar las desigualdades en los servicios de salud para las personas LGBT, que se arraigaban en general en la estigmatización y la discriminación. La igualdad en el acceso a servicios médicos de buena calidad para todos se consideró una cuestión básica de derechos humanos. Se apoyó la recopilación de datos, sujeta a las medidas apropiadas de preservación de la privacidad, a fin de evaluar la magnitud del problema.

123. Varios delegados describieron las disposiciones jurídicas, reglamentarias o constitucionales instauradas en sus países para prevenir la estigmatización y la discriminación contra la población LGBT en el país, y para lograr el acceso igualitario a los servicios de salud en particular, y consideraron que una resolución del Consejo sobre el tema ayudaría a cumplir esas disposiciones preventivas. Algunos delegados señalaron que era probable que las personas LGBT estuvieran registrando una prevalencia

relativamente alta de las infecciones de transmisión sexual. Otros instaron a los demás Estados Miembros a que dedicaran mayores recursos nacionales a combatir la estigmatización y la discriminación, prevenir la violencia por razones de género y fortalecer los servicios de salud en consecuencia.

124. El Delegado de San Vicente y las Granadinas, con el apoyo de un pequeño grupo de delegaciones, dijo que, aunque estaba dispuesto a sumarse al consenso con respecto al proyecto de resolución, su gobierno opinaba que no debía usarse el término “expresión de género” puesto que no se había acordado aun una definición internacionalmente aceptada de ese término. Como el tema de los derechos humanos de las personas LGBT todavía estaba siendo considerado en las Naciones Unidas, creía que la OPS debía usar solo la terminología reconocida o aprobada por las Naciones Unidas. El Delegado de Estados Unidos señaló, sin embargo, que el término se usaba en la categoría 3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

125. El señor Javier Vásquez (Asesor de Derechos Humanos, Oficina del Asesor Jurídico, OSP) confirmó que el término “expresión de género” estaba reconocido en el derecho internacional.

126. La Directora dijo que, en vista del apoyo sumamente firme de la Región al acceso universal a la atención de salud y a la salud como un derecho humano, la negación de la atención de buena calidad a cualquier grupo de personas era un asunto que la OPS debía abordar. Recibió con agrado la perspectiva de una resolución sobre el tema, agregando que la Oficina colaboraría con los Estados Miembros para abordar los temas de la recopilación y el análisis de datos.

127. El Consejo aprobó la resolución CD52.R6 sobre este tema.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD52/13 y Add. I)

128. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, desde la apertura de la 152.^a sesión del Comité Ejecutivo el 17 de junio del 2013, la recaudación de las contribuciones señaladas correspondientes al 2013 había ascendido a \$14,8 millones, lo que representaba solo 13,9% del total adeudado para ese año. Como resultado, la Oficina se había visto obligada a utilizar aproximadamente \$6 millones en fondos procedentes del Fondo de Trabajo y otros recursos internos de dinero en efectivo para financiar la ejecución del presupuesto ordinario. También se había informado al Comité que en junio ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto contempladas de conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. El Comité había aprobado la resolución CE152.R1, por la que había agradecido a los

Estados Miembros que habían efectuado los pagos correspondientes al 2013 y había instando a los demás Estados Miembros a que pagasen sus contribuciones pendientes cuanto antes.

129. El señor Michael Lowen (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) explicó que en el documento CD53/13 se mostraban los pagos recibidos al 31 de julio del 2013 y que en el addendum I se brindaba información actualizada sobre los pago recibidos al 23 de septiembre del 2013. Desde esa fecha, la Oficina había recibido pagos de Costa Rica (\$18.683), Cuba (\$176.046), San Martín (\$16.354) y el Reino Unido (\$1.142).

130. Al 17 de septiembre del 2013, las contribuciones recaudadas correspondientes al año en curso habían ascendido a \$51,9 millones, lo que representaba solo 49% del total de \$106,2 millones para el 2013; \$54,4 millones correspondientes al 2013 seguían estando pendientes. Un total de 22 Estados Miembros había pagado la totalidad de sus contribuciones correspondientes al 2013, 10 habían efectuado pagos parciales y otros 10 Estados Miembros no habían efectuado pago alguno. De los 20 que no habían pagado las contribuciones del 2013 en su totalidad, cinco Estados Miembros representaban 97,5% del saldo pendiente. El funcionario subrayó que el recibo oportuno de las contribuciones señaladas aseguraba un flujo de efectivo predecible para la Organización y señaló que, como resultado del retraso en la recepción de las contribuciones del 2013, la Organización tenía un déficit neto de caja del presupuesto ordinario de \$16,6 millones, lo que había agotado por completo el Fondo de Trabajo.

131. La Directora apeló a los Estados Miembros a que garantizaran que la Oficina pudiera cumplir las responsabilidades que ellos mismos le habían asignado. Agradeció a aquellos Estados Miembros que habían apoyado a la Oficina en sus esfuerzos para cumplir con esos cometidos y agregó que la Oficina esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros para hacer más con menos.

132. El Consejo aprobó la resolución CD52.R1, en la que agradeció a aquellos Estados Miembros que ya habían hecho pagos correspondientes al 2013 e instó a todos los Estados Miembros a que cumplieran sus obligaciones financieras con la Organización de manera pronta.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2012 (Documento Oficial 344)

133. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo (véanse los párrafos 111 a 126 del documento CE152/FR) y observó que se había informado al Comité que el Auditor Externo no había encontrado ninguna debilidad ni error que se considerasen de importancia para la exactitud o

integridad de las cuentas de la Organización y, por consiguiente, había emitido un dictamen de auditoría sin reservas. El Comité había respaldado las recomendaciones del Auditor Externo y había alentado a la Oficina a que las ejecutara y las viera como una oportunidad para lograr mayor eficiencia y eficacia en las operaciones de la OPS; mejorar sus sistemas, procesos y procedimientos; y mejorar su gestión, controles internos y transparencia. Los delegados habían llevado a la atención, en particular, las recomendaciones sobre el riesgo del tipo de cambio, la capacitación del personal sobre las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, las cartas de acuerdo, los cursos y seminarios, los contratos de fuente única, y el Sistema de Información Gerencial de la OSP y el marco de gestión de riesgos corporativos.

134. En el debate del Consejo, los delegados refrendaron la recomendación del Auditor Externo con respecto a la ejecución oportuna del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) y solicitaron confirmación de que estaban abordándose los riesgos detectados. Alentaron a la Directora a que actuase con respecto a las recomendaciones del Auditor Externo sobre la gestión de riesgos corporativos, en particular en cuanto a aumentar el número de personas dentro de la Oficina con la pericia y la responsabilidad necesarias para la aplicación eficaz del sistema. Un delegado hizo hincapié en los posibles riesgos en el ámbito de los recursos humanos, en particular como resultado de la jubilación inminente de un gran número de funcionarios, e indicó que la Organización debería tener un plan de dotación de personal más integral para el futuro. También sugirió que el formato actual de los informes de fin de servicio no era suficiente para transmitir el conocimiento institucional al personal nuevo. En busca de más información sobre el análisis del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), este delegado preguntó si podría tornarse más costoeficaz al usarse las tecnologías modernas de la comunicación. Instó a que las recomendaciones principales del Auditor Externo debían incorporarse en el Plan Estratégico 2014-2019, especialmente en las áreas de recursos humanos, actualización de los procesos administrativos y rendición de cuentas.

135. El señor Michael Lowen (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) confirmó que la Oficina estaba examinando el marco de gestión de riesgos corporativos con miras a diseñar un sistema verdaderamente robusto. También confirmó que se estaba analizando el informe de fin de servicio, al igual que PALTEX, que estaba siendo sometido a un examen en profundidad desde una perspectiva financiera y técnica.

136. La Directora subrayó que la Oficina había actuado de manera muy proactiva en respuesta a las recomendaciones tanto del Auditor Externo como de los auditores internos de la Organización. Se habían celebrado reuniones con los gerentes de nivel superior y se había preparado un plan de acción para abordar cada una de las recomendaciones. Con respecto al PMIS, la información recopilada indicaba que la implementación de un sistema de planificación de recursos empresariales era un asunto muy riesgoso y que la

mayoría de los intentos de hacerlo no habían logrado resultados muy buenos. En consecuencia, la Oficina había invertido considerable tiempo en la planificación y en el trabajo de fondo necesario. Ella y el resto de la Gerencia Ejecutiva estaban en contacto constantemente con los funcionarios responsables de la ejecución y se contaba con un equipo de proyecto adecuado.

137. La Oficina había informado al Comité Ejecutivo acerca de su intención de embarcarse en un plan integral de recursos humanos en apoyo del Plan Estratégico 2014-2019. En el proceso de planificación se considerarían las necesidades permanentes de la Organización, la necesidad de reorientar las competencias técnicas y la planificación de la línea de sucesión necesaria. El primer paso había sido trazar un mapa de los recursos humanos de toda la Organización, ya sea que fueran temporeros o permanentes. Algunos gobiernos ya habían ofrecido ayuda en este tema. Se había terminado una auditoría de PALTEX y había en verdad ciertas inquietudes que debían ser rectificadas en el área de la costoeficacia. Los resultados se comunicarían a las reuniones futuras de los Cuerpos Directivos.

138. El Consejo tomó nota del informe financiero del Director y del informe del Auditor Externo.

Modificaciones del Reglamento Financiero de la OPS (documento CD52/14)

139. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado varios cambios propuestos en el Reglamento Financiero que permitirían que se utilizasen los fondos de un presupuesto bienal hasta tres meses después del final del bienio a fin de pagar por trabajo contratado para ese bienio, con el objetivo de resolver un problema contable que surgía cuando los servicios o las actividades empezadas en un bienio no se terminaban hasta el siguiente. El Comité había aprobado la resolución CE152.R8, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aprobase las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero.

140. El Consejo aprobó la resolución CD52.R2, mediante la cual avaló las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero.

Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (documento CD52/15)

141. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una propuesta para aumentar el cargo que la Oficina aplicaba a sus actividades de compras en nombre de los Estados Miembros, del nivel actual de 3,5% a 4,25%, con el propósito de evitar que las actividades de compras estuvieran subsidiadas por el presupuesto ordinario de la Organización. El Comité había recibido con beneplácito el aumento propuesto, pero había expresado inquietud de que

podiera no ser suficiente. Había aprobado la resolución CE152.R3, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo aprobase el aumento propuesto y que el cargo se examinase nuevamente al finalizar cada bienio (véanse los párrafos 136 a 141 del documento CE152/FR para más información acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema).

142. En el debate que tuvo lugar a continuación, varias delegaciones se manifestaron firmemente a favor del aumento propuesto como un paso para terminar con el subsidio de las actividades de compras desde el presupuesto ordinario de la Organización. Sin embargo, un delegado observó que, si un país de ingresos medianos como el suyo era un comprador importante de las vacunas y dependía de la economía de escala lograda por los mecanismos de compras de la OPS, el aumento propuesto representaría una importante dificultad que podría reducir la cantidad de vacunas que podía comprar el país. Otro delegado sugirió que, dado el importante papel que desempeñaba el Fondo Rotatorio, en realidad debía aumentarse ese nivel, pero también debían encontrarse maneras de ayudar a los países que estaban teniendo dificultades para costear esos insumos. Señaló que con un paso de este tipo, la OPS estaría actuando como un modelo para otras regiones de la OMS.

143. La señora Florence Petizon (Directora, Departamento de Gestión de Compras y Suministros, OSP), observando que los mecanismos de compras eran uno de los pilares de la cooperación técnica en el ámbito de la inmunización y en cuanto al aumento del acceso a los medicamentos esenciales, dijo que en ese momento la Oficina estaba subsidiando de manera cruzada sus actividades de compras, no solo desde el presupuesto ordinario sino también de los fondos extrapresupuestarios. La Oficina creía que lograr la autosostenibilidad de los mecanismos de compras era fundamental para garantizar un suministro continuo de insumos esenciales de salud pública eficaces y de alta calidad.

144. La Directora señaló que incluso con el aumento propuesto, la compra de vacunas y otros insumos estratégicos seguiría subsidiándose desde el presupuesto de la Organización. Esta era la razón por la cual el Comité Ejecutivo había solicitado que el tema se examinase nuevamente en el 2015, en particular en vista de la reducción tanto del presupuesto ordinario como de las contribuciones voluntarias.

145. El Consejo aprobó la resolución CD52.R12, por medio de la cual aprobó el aumento propuesto y solicitó que el cargo se examinara nuevamente al final de cada bienio.

Premios

Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal

146. La señora Elly Brtva (Presidenta interina y Gerenta General, Fundación Panamericana de la Salud y Educación [PAHEF]) recordó que desde hacía 45 años la Fundación Panamericana de la Salud y Educación se había asociado a la OPS con el propósito de impulsar la meta común de proteger la vida y mejorar la salud en el continente americano. Como parte de esa alianza, cada año se otorgaban varios premios a la excelencia en el ámbito de la salud pública interamericana.

147. La señora Brtva explicó que el premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal se había otorgado a título póstumo al doctor Santiago Renjifo Salcedo, de Colombia, y al doctor José Lima Pedreira de Freitas, del Brasil.

148. Los representantes legales de los doctores Renjifo Salcedo y Lima Pedreira de Freitas aceptaron el premio en su nombre.

Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud pública interamericana

149. La señora Brtva recordó que el Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud pública interamericana se había establecido en honor del doctor Abraham Horwitz, ex Director de la OPS y Presidente posteriormente de PAHEF. El premio reconocía el liderazgo que había cambiado vidas y mejorado la salud de los pueblos del continente americano.

150. El Premio Abraham Horwitz 2013 se otorgó al doctor Julio Frenk, actualmente Decano de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y Profesor de la cátedra T y G Angelopoulos de Salud Pública y Desarrollo Internacional de la Escuela de Salud Pública de Harvard y Escuela de Gobierno Kennedy de Harvard, y anteriormente Secretario de Salud de México.

151. El discurso de aceptación del doctor Frenk puede encontrarse en el sitio web del Consejo.

Otros premios

152. La señora Brtva también presentó a los ganadores de otros dos premios de PAHEF a entregarse en una ceremonia vespertina. El Premio Pedro N. Acha a la excelencia en la salud pública veterinaria había sido otorgado a la doctora Verónica Merino, de Perú, y el Premio Fred L. Soper a la excelencia en la literatura sobre salud pública al doctor Alok Kumar por su artículo titulado “Epidemiological Trends and

Clinical Manifestations of Dengue among Children” [tendencias epidemiológicas y manifestaciones clínicas del dengue en los niños].

153. El Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética no se otorgó en el 2013.

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CD52/INF/1)

154. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre el debate que sostuvo el Comité Ejecutivo acerca de la reforma de la OMS (véanse los párrafos 170 a 180 del documento CE152/FR) y observó que la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud había solicitado a la Directora General de la OMS que elaborase un método de asignación estratégica de los recursos a fin de garantizar la asignación transparente y equitativa de fondos a las oficinas principales y los distintos niveles de la OMS, y que esta medida había surgido en gran parte en respuesta a la postura firme adoptada por la Región de las Américas sobre el tema, incluida la adopción de una resolución por parte del Comité Ejecutivo en una sesión especial celebrada unas pocas semanas antes de la apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo (resolución CE152.SS.R1 [2013]).⁹ Esta resolución había incluido una declaración de los Estados Miembros de la Región de las Américas con respecto a la asignación presupuestaria de la OMS a la Región. En ella se había subrayado la necesidad de una asignación justa y transparente de los recursos de la OMS, y se instaba a la Secretaría de la OMS a que trabajara con los Estados Miembros para elaborar un nuevo modelo de asignación estratégica.

155. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General de Administración General, OMS) presentó una actualización sobre el progreso logrado en el proceso de reforma de la OMS y puso de relieve los temas que todavía requerían de un mayor debate y de la adopción de decisiones por parte los Estados Miembros. Recordó que la reforma comprendía tres áreas —la reforma programática, la reforma de la gobernanza y la reforma de la gestión— que se subdividían en un total de 12 líneas de trabajo. La reforma de la OMS era un proceso gradual y, a pesar de que se estaban logrando avances en todas las áreas, la reforma estaba avanzando con mayor rapidez en algunas áreas que en otras. Los mayores avances se habían registrado en el área programática, por ejemplo, la formulación y aprobación del Duodécimo Programa General de Trabajo, que proporcionaría la visión estratégica para la OMS en los siguientes seis años y la aprobación del presupuesto por programas para el 2014-2015. Por primera vez, los Estados Miembros habían aprobado el presupuesto íntegramente, incluida la asignación

⁹ Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21330&Itemid=270&lang=es.

tanto del monto que provendría de las contribuciones señaladas como del monto que se movilizaría en forma de contribuciones voluntarias.

156. Además se habían logrado importantes avances en el área de la reforma de la gestión, como la puesta en marcha del diálogo sobre el financiamiento en junio del 2013. Se había comenzado a trabajar con respecto al método de asignación de recursos mencionado por el representante del Comité Ejecutivo y se preveía que una versión preliminar del documento estaría lista para ser presentada al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2014. También se habían logrado avances en torno a una mayor rendición de cuentas y transparencia. La Secretaría de la OMS estaba a punto de terminar de elaborar un marco interno de control de la gestión, que también se preveía que se presentaría al Consejo Ejecutivo para su aprobación en enero del 2014, y había introducido recientemente un panel de control de la gestión, concebido para proporcionar a los gerentes de toda la OMS una herramienta para medir y mejorar el desempeño.

157. La reforma en el área de la gobernanza había sido más lenta que en las otras dos áreas, en parte porque el progreso dependía de las decisiones de los Estados Miembros. No obstante, se habían logrado avances en cuanto al aumento de la función estratégica, ejecutiva y de supervisión de los órganos deliberantes, y en la armonización y convergencia de la gobernanza interna. Se estaba elaborando una política sobre la colaboración con los agentes no estatales, que se sometería a la consideración de los órganos deliberantes en el 2014.

158. Los retos actuales en ese proceso incluían mantener el ritmo de la reforma y gestionar el cambio y los riesgos, superar los cuellos de botella y cumplir las metas de la reforma. La evaluación¹⁰ de la segunda etapa de la reforma en marcha en esos momentos ayudaría a afrontar esos desafíos. La próxima oportunidad de los Estados Miembros de debatir y tomar decisiones acerca de la reforma sería en enero del 2014 en ocasión de la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo. Entretanto, los Estados Miembros podrían llevar a cabo un seguimiento del progreso de la reforma en el sitio web de la OMS.¹¹

159. En el debate que tuvo lugar a continuación, los Estados Miembros apoyaron firmemente el proceso en curso de reforma de la OMS y recibieron con beneplácito las mejoras ya logradas con respecto a la gobernanza, la rendición de cuentas y la transparencia. Varios delegados subrayaron la importancia de la reforma de los recursos humanos. También se consideró que la formulación de una política sobre la colaboración con los agentes no estatales era de suma importancia para evitar los conflictos de intereses y proteger la integridad y la reputación de la OMS. Se destacó que toda interacción con entidades no estatales debía coincidir con las prioridades y el programa estratégico aprobado por los Estados Miembros. Se apoyó una propuesta que había hecho

¹⁰ Véase el documento EB132/5 Add.7 (2013), que se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add7-sp.pdf.

¹¹ http://www.who.int/about/who_reform/es/index.html.

la Delegación de Argentina ante el Consejo Directivo de la OMS en su 133.^a reunión¹² (2013) a fin de que se crease un comité permanente de ética integrado por representantes de los Estados Miembros, que sería responsable de examinar y manejar los conflictos de intereses. Se solicitó más información con respecto a los asuntos de gobernanza relacionados con las alianzas acogidas por la OMS.

160. Los delegados recibieron con beneplácito el diálogo sobre el financiamiento, que se consideraba un proceso de aprendizaje en el cual podría lograrse un mejor equilibrio entre las prioridades de los países donantes y las prioridades acordadas por todos los Estados Miembros en el marco de los órganos deliberantes de la OMS. Se subrayó la importancia de emplear criterios claros, al igual que un método justo y transparente, para la asignación de los recursos de la OMS a las regiones. Los delegados hicieron hincapié en la declaración hecha en nombre de los Estados Miembros de las Américas en la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud y subrayaron la necesidad de que la Región recibiese un tratamiento equitativo en la asignación de los recursos.

161. El doctor Jama agradeció a los Estados Miembros su apoyo del proceso de reforma y solicitó paciencia, observando que la transformación de una organización que comprendía una sede, seis oficinas regionales y casi 150 oficinas en los países era un proceso complejo que tomaría considerable tiempo. Sin embargo, se estaban logrando avances constantes, y la Directora General y su personal seguirían trabajando para poner en práctica las reformas que habían solicitado los Estados Miembros.

162. La transparencia y la rendición de cuentas se mejorarían mediante muchas de las reformas que se habían planificado o que ya se habían introducido. Por ejemplo, en la cadena de resultados incluida en el presupuesto por programas correspondiente al 2014-2015 se mostraban claramente los productos y efectos a lograrse y un portal en la web que se crearía en breve permitiría a los Estados Miembros vigilar cómo se estaban usando los recursos, quién los estaba proporcionando y los resultados que estaban lográndose. El método de asignación de recursos que se estaba elaborando en esos momentos también contribuiría a mayor transparencia. El diálogo sobre el financiamiento representaba una reforma pionera que se esperaba que ampliase la base de contribuyentes de la OMS y la hiciese menos dependiente de unos pocos países donantes.

163. Con respecto a las alianzas acogidas por la OMS, un tema importante que debía abordarse era el de la gobernanza dual, es decir, el hecho de que esas alianzas se acogían dentro de OMS, pero tenían sus propios mecanismos de gobernanza y no estaban sujetas a la autoridad de los órganos deliberantes de la OMS. Otro tema era la responsabilidad financiera: cuando esas alianzas experimentaban alguna crisis financiera, la Directora General debía hacer frente a la situación, a pesar de que no había tenido injerencia alguna

¹² Véase el acta resumida provisional de la segunda sesión de la 133.^a reunión del Consejo Ejecutivo EB133/PSR/2 (2013), en <http://apps.who.int/gb/or/> [disponible solamente en inglés].

en la creación de dicha crisis. Por otro lado, cobrar el dinero que estos grupos debían a la OMS a menudo requería de mucho tiempo del personal de la OMS.

164. La doctora Margaret Chan (Directora General, OMS) agregó que, por las razones mencionadas por el doctor Jama, ella no había aceptado acoger ninguna alianza nueva durante su mandato. Otra inquietud era que la posición adoptada y las decisiones aprobadas por los Estados Miembros que integraban las juntas directivas de las alianzas acogidas por la OMS a veces no concordaban con las medidas que habían tomado en el seno de los órganos deliberantes de la OMS. En efecto, esas alianzas podían ser usadas por los países que las apoyaban como un medio de obviar la gobernanza de la OMS. Instó a los Estados Miembros a que apoyaran sus esfuerzos para abordar esos temas, y para armonizar y gestionar la relación entre esas alianzas y la OMS.

165. La Directora General estuvo de acuerdo en que el diálogo sobre el financiamiento representaba un proceso de aprendizaje, tanto para los Estados Miembros como para la Secretaría de la OMS. Esperaba que los Estados Miembros lo viesen como una oportunidad para que los agentes estatales y los no estatales se pudieran unir y llegar a un acuerdo sobre la manera en que se debía financiar el presupuesto de la OMS, permitiendo de ese modo que el personal de la OMS pudiera centrarse menos en la movilización de recursos y más en brindar apoyo y servicios a los Estados Miembros. También esperaba que los Estados Miembros estuviesen dispuestos a mostrar flexibilidad al encauzar los fondos a las áreas donde había brechas de financiamiento.

166. Había varios problemas relativos a la gobernanza que no podrían resolverse sin la ayuda de los Estados Miembros. Uno era la falta de coherencia de las políticas a nivel regional y a nivel mundial de la OMS. Apeló a los Estados Miembros para garantizar que las políticas que aprobaran a nivel regional —por ejemplo, con respecto a la aceptación de financiamiento del sector privado— concordaran con aquellas que adoptaron en el seno de los órganos deliberantes de la OMS. Otro asunto que requería de la atención de los Estados Miembros era el gran número de puntos del orden del día de los órganos deliberantes. En los 10 años anteriores, nunca se había eliminado ni un solo punto del orden del día, pero muchos se habían agregado, a menudo a última hora, lo que hacía que fuera muy difícil para la Secretaría producir la documentación necesaria en el plazo previsto y también dificultaba que los órganos deliberantes funcionasen eficientemente.

167. El Consejo tomó nota de la información suministrada.

Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015 (documento CD52/INF/2)

168. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había sido informado de que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado un presupuesto total de \$3.980 millones, lo que representaba un pequeño

aumento general con respecto al 2012-2013, aunque sin aumento alguno de las contribuciones señaladas. También había sido informado de que, por primera vez, la Asamblea de la Salud había aprobado el presupuesto en su totalidad, no solo la porción financiada por las contribuciones señaladas como había sido el caso en el pasado. Además por primera vez la Asamblea de la Salud no había aprobado asignaciones fijas de las contribuciones señaladas a las regiones. El monto de esas asignaciones se decidiría en noviembre del 2013 durante el segundo diálogo sobre financiamiento en el que se trataría el presupuesto de la OMS. En el debate del Comité sobre el tema, se había señalado que abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud era una de las prioridades de liderazgo señaladas para la Secretaría de la OMS, y se subrayó la necesidad de encarar una acción programática concreta para enfrentar estos determinantes. También se había destacado la necesidad de una estrategia clara con metas e indicadores de progreso.

169. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General, Administración General, OMS) describió las principales características del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y del presupuesto por programas de la OMS para el 2014-2015, al igual que del proceso de planificación y programación que había precedido a su formulación y aprobación, observando que la diferencia clave en ese proceso con respecto a los períodos anteriores había sido que los Estados Miembros habían dirigido la fijación de prioridades. Los Estados Miembros habían establecido una serie de criterios para el establecimiento de prioridades y habían acordado cinco categorías de trabajo programático, más una sexta categoría que comprendía los servicios corporativos y las funciones facilitadoras. Tanto el Duodécimo Programa General de Trabajo como el presupuesto por programas correspondiente al 2014-2015 se habían estructurado sobre la base de esas categorías.

170. El monto del presupuesto por programas se basaba en una evaluación realista de las modalidades de ingresos y gastos. El presupuesto no contemplaba aumento alguno de las contribuciones señaladas, que se esperaba que representaran 23% del monto total de \$3.980 millones. Como había indicado el representante del Comité Ejecutivo, por primera vez el presupuesto no había incluido asignaciones fijas a las regiones. El monto de esas asignaciones sería anunciado por la Directora General en noviembre del 2013, después de las consultas con los directores regionales.

171. El 77% del financiamiento restante del presupuesto tendría que mobilizarse en forma de contribuciones voluntarias. Por consiguiente, era sumamente importante que todos los Estados Miembros, no solo los más ricos, participaran en el diálogo sobre el financiamiento y contribuyeran hacia el financiamiento necesario para ejecutar el programa y lograr los diversos resultados y productos. La participación de los Estados Miembros era importante no solo para movilizar los recursos necesarios, sino también para garantizar que esos recursos estuvieran en consonancia con las prioridades

programáticas aprobadas. El diálogo sobre el financiamiento, por lo tanto, contribuiría a la transparencia y la rendición de cuentas.

172. La primera reunión del diálogo sobre el financiamiento se había celebrado en junio del 2013 y la segunda tendría lugar el 23 y 24 de noviembre del 2013. Los objetivos de la segunda reunión serían permitir a los contribuyentes manifestar sus compromisos o intenciones financieras, determinar las áreas subfinanciadas y encontrar soluciones para abordar las brechas de financiamiento.

173. En el debate que siguió a la presentación del doctor Jama, los Estados Miembros nuevamente subrayaron la necesidad de un método justo y transparente para asignar el presupuesto de la OMS a las regiones, e hicieron hincapié en que la proporción asignada a la Región de las Américas debía estar en consonancia con sus necesidades y debía ser equitativa en relación con la asignación a otras regiones. Se señaló que, en conformidad con el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en el 2006,¹³ la Región debía recibir entre 6,3% y 7,7% del presupuesto de la OMS, pero que en esos momentos solo recibía 5,4%. También se subrayó la necesidad de mejorar la predictibilidad del financiamiento para la Región.

174. Una delegada observó que las organizaciones multilaterales como la OMS y la OPS estaban siendo vistas de una manera algo negativa en los últimos años aunque seguía en aumento la demanda de sus servicios. Subrayó la importancia de encontrar una manera de aumentar el presupuesto de ambas organizaciones para que pudieran satisfacer las necesidades cada vez mayores, por ejemplo, con respecto a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Con ese fin, las dos organizaciones debían organizar campañas de comunicación y difusión encaminadas a concientizar acerca de la importancia de su trabajo y movilizar el financiamiento para apoyarlo.

175. El doctor Jama agradeció las observaciones con respecto a la asignación de los recursos a las regiones y reiteró que se estaba elaborando un método de asignación de recursos. La Secretaría de la OMS tenía la intención de presentar una primera versión al Consejo Ejecutivo en enero del 2014. Ese método luego se presentaría a la Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación en mayo del 2014 y se aplicaría en la asignación del presupuesto correspondiente al 2016-2017. Observó que, para que la Región de las Américas recibiese su asignación total, el presupuesto debía estar plenamente financiado. Por consiguiente, sería esencial que el diálogo sobre el financiamiento arrojase buenos resultados. Alentó encarecidamente a los Estados Miembros de la Región a que participaran en ese diálogo y en el debate continuo sobre el método de asignación de recursos.

¹³ Véanse los documentos EB118/7 y EBSS-EB118/2006/REC/1 de la OMS.

176. La Directora agradeció a los Estados Miembros su insistencia en que la Región de las Américas recibiese una proporción justa del presupuesto de la OMS. Señaló que, a pesar de que se estaba elaborando un método de asignación, no se ejecutaría hasta el bienio 2016-2017. Estaba por verse cómo se asignaría el presupuesto correspondiente al 2014-2015 y qué porción recibiría la Región.

177. El Consejo tomó nota de la información suministrada.

Informe sobre la 16.ª Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16) (documento CD52/INF/3)

178. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre el análisis del Comité Ejecutivo del informe sobre la RIMSA 16 (véanse los párrafos 197 a 201 del documento CE152/FR) y observó que la reunión había abordado la demanda cada vez mayor de alimentos asequibles y de alta calidad, y los retos de producir alimentos en armonía con el medioambiente para proteger la salud de los consumidores y de todos los integrantes de la cadena agroalimentaria. En la RIMSA 16 se había aprobado el Consenso de Santiago, en el que se instaba a los países a establecer sistemas de alerta temprana y mecanismos para la coordinación intersectorial como parte de sus esfuerzos para eliminar la rabia humana transmitida por el perro y erradicar la fiebre aftosa, y a colaborar en las iniciativas dirigidas a asegurar la producción de alimentos inocuos y saludables. El Comité había recibido con agrado el Consenso de Santiago y había subrayado la necesidad de fortalecer los controles reglamentarios, los sistemas de vigilancia sanitaria y la educación de los consumidores para asegurar la inocuidad de los alimentos. El Comité también había recibido con satisfacción el hincapié que se había hecho en la reunión sobre el enfoque de “una salud”, al igual que sobre el medioambiente y el punto de contacto entre el ser humano, los animales y el medioambiente.

179. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) manifestó la gratitud de la Oficina con el Gobierno de Chile por haber auspiciado la RIMSA 16.

180. El Consejo tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documentos CD52/INF/4, A-I)

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

181. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que durante el examen del Comité Ejecutivo del informe de progreso sobre ese tema se había señalado que los países de la Región habían progresado considerablemente en

cuanto a la reducción de la mortalidad neonatal, pero que seguía habiendo algunos retos, en especial con respecto a la capacitación de los profesionales de la salud y el aumento de la calidad de la atención.

182. El Consejo Directivo, aunque consideró en términos generales que el progreso logrado era satisfactorio, subrayó que no había lugar para la complacencia, dado que aun subsistía una amplia variación en la mortalidad neonatal, con tasas que comprendían desde 2,8 a 27,3 por 1.000 nacidos vivos en la Región. Los delegados pusieron de relieve la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial y de fortalecer los servicios de información de salud a nivel local. También se destacó la necesidad de aumentar la capacidad en cuanto al personal de salud y promover la participación comunitaria haciendo hincapié en la prevención del embarazo en adolescentes. Se sugirió que en la estrategia se debía instar a los países a que tuviesen en cuenta los resultados del informe de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, en particular la recomendación de aumentar la accesibilidad, la disponibilidad, la asequibilidad y el uso racional de 13 productos básicos esenciales de buena calidad necesarios para salvar la vida de las mujeres y los niños.

183. Los delegados describieron los esfuerzos que se estaban realizando en sus países en el área de la salud neonatal, como las pruebas de detección materna de la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la infección por el VIH, junto con la administración del tratamiento antirretrovírico para las que tuvieran un resultado positivo para el VIH; los servicios de vacunación; la vigilancia de la nutrición y la promoción de la lactancia materna; las medidas preventivas y las políticas sobre la calidad de la atención; y la educación y las clases participativas sobre el cuidado infantil.

184. La doctora Gina Tambini (Directora, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) felicitó a los Estados Miembros por sus esfuerzos en el área de la salud neonatal. Como varios delegados habían mencionado, era importante contar con datos exactos para tener una imagen fiable de la situación y determinar las áreas en las que se necesitaban mayores esfuerzos. Como se había señalado, las principales áreas de interés eran la calidad de la atención y la formación de capacidad en cuanto a los recursos humanos. La Oficina seguiría colaborando con los equipos en cada país para poder lograr avances reales en la reducción de los casos de mortalidad neonatal prevenible.

185. El Consejo tomó nota del informe.

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

186. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio se había informado al Comité Ejecutivo que cinco Estados Miembros habían alcanzado la meta establecida en el plan de acción con respecto a la reducción de la

transmisión maternoinfantil del VIH y que otros 10 estaban muy cerca de lograrlo. Catorce Estados Miembros habían alcanzado la meta con respecto a la reducción de la sífilis congénita y otros tres estaban cerca de hacerlo. Además se había informado al Comité que los resultados logrados hasta el momento indicaban que sería posible eliminar la sífilis congénita en la Región de las Américas.

187. En el examen del Consejo del informe, se elogió el progreso hacia la eliminación de la sífilis congénita. Se destacaron dos áreas particulares que podrían necesitar mayor atención: una era el lento progreso en cuanto al seguimiento de los lactantes expuestos al VIH y la otra la insuficiencia de datos sobre el tratamiento de la sífilis en embarazadas. Se instó a la Oficina a que tomase medidas enérgicas en esas áreas. Se dirigió la atención al importante papel de la sociedad civil en el fortalecimiento de los programas y en la concientización en los grupos poblacionales en riesgo con respecto al uso eficiente y eficaz de los servicios de salud. También se opinó que el tema de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita debía integrarse en el área de la salud maternoinfantil en general.

188. Un delegado señaló que si los países no habían logrado un progreso considerable para el 2013 —el punto medio del período cubierto por el plan de acción— tendrían poca probabilidad de alcanzar los objetivos fijados para el 2015. Otro delegado dijo que un reto importante en varios países eran los embarazos reiterados, que actualmente representaban de 30% a 40% del número total de embarazos en mujeres seropositivas al VIH. El análisis había demostrado que el consumo de drogas, la educación inconclusa, el desempleo, los problemas de vivienda y un primer embarazo en la adolescencia eran rasgos característicos de estas mujeres. Estos eran graves problemas socioeconómicos que debían abordarse desde equipos multidisciplinarios, encabezados por el sector de la salud.

189. Los delegados describieron los esfuerzos que se estaban realizando en sus países hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, como la promoción del uso del preservativo femenino, el diagnóstico temprano, y la universalidad del tratamiento y seguimiento de las embarazadas y sus hijos. Algunos delegados informaron que sus países habían adoptado como tratamiento la opción B+ para las embarazadas seropositivas al VIH e instaron a otros países a hacer lo mismo.

190. Se manifestó la esperanza de que la OPS siguiese ayudando a los países a afrontar los retos a fin de alcanzar la meta de detener la transmisión maternoinfantil, que incluían la adopción de la opción B+; el aumento de la disponibilidad de los medios de diagnóstico de laboratorio, especialmente para los recién nacidos; y la atención multidisciplinaria y el apoyo a las mujeres de alto riesgo. Dado que la aplicación de las diversas herramientas desarrolladas para vigilar y comprobar la calidad de los datos requerían de un importante esfuerzo de capacitación del personal, se sugirió que sería útil si se incluyese un cronograma para la aplicación de esas herramientas en el período que

restaba del plan de acción. También se propuso que, además de los datos de cobertura, debían citarse los números reales concretos en los informes futuros, dado que eso daría una imagen más clara de la situación, en particular en los países más pequeños.

191. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) dijo que su departamento prestaría atención específica a los retos mencionados y al fortalecimiento en general de los sistemas de información en materia de salud. Garantizó al Consejo que la Oficina estaba plenamente comprometida a ayudar a los Estados Miembros a eliminar la transmisión maternoinfantil. Señaló que la Oficina ya había promovido un método para la comprobación del logro de las metas de eliminación y agregó que la OMS estaba investigando la aplicación mundial de ese método, que ya se había probado en un número reducido de países. La validación requería que se creasen comités mundiales y regionales, proceso que estaba en marcha, y el método luego se aplicaría a medida que cada país alcanzase la meta. Estuvo de acuerdo con la sugerencia acerca de un cronograma con respecto al uso de las aplicaciones y herramientas, y dijo que la parte restante del plan regional de acción se modificaría en consecuencia.

192. La Directora felicitó a los Estados Miembros por sus esfuerzos hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, al mismo tiempo que agradeció a todos los asociados que colaboraban con la Oficina en esa tarea en América Latina y el Caribe. Agradeció la observación acerca de la necesidad de un enfoque integrado para abordar la salud maternoinfantil y señaló que ese mismo enfoque se podría aplicar a muchas otras áreas de trabajo de la OPS.

193. El Consejo tomó nota del informe.

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

194. Se subrayó que, a pesar de que la planificación de la agenda para el desarrollo después del 2015 era importante, no debían olvidarse por ello los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ni detenerse los esfuerzos para garantizar su logro. Se señaló que el progreso hacia la meta con respecto a la mortalidad materna incluida en el ODM 5 (mejorar la salud materna) había quedado claramente a la zaga del progreso alcanzado en otras áreas y que se corría el riesgo de que no se alcanzase para el 2015. Se consideró esencial mantener una perspectiva holística, en la cual los proveedores de servicios de salud, tanto del sector público como del privado, la industria y la sociedad en su totalidad compartiesen la responsabilidad de alcanzar una meta común. Se sugirió que podría ser beneficioso establecer una base de datos de las experiencias satisfactorias para que los países que estaban quedando a la zaga en ciertas áreas pudieran aprovechar las enseñanzas obtenidas por otros países. También se propuso que se establecieran grupos

de trabajo para estudiar los obstáculos que impedían el cumplimiento de los ODM en la Región.

195. Una representante del Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño señaló que se preveía que solo 9 de los 75 países que estaban aplicando la *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño* cumplirían el ODM 5 y que solo 13 de los 75 alcanzarían el ODM 4 (reducir la mortalidad infantil). Parecía que una falta de compromiso estaba dando lugar a grandes brechas de financiamiento y otros obstáculos. Por esa razón instó a los Estados Miembros a que se centraran en establecer mecanismos nacionales de rendición de cuentas y asegurar una mayor responsabilización mundial con respecto a las mujeres y los niños.

196. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) dijo que la idea de una base de datos para recoger las experiencias satisfactorias ya había sido propuesta por la Directora a fin de que se pudiesen aprovechar los éxitos logrados en el cumplimiento de los ODM para sentar las bases del trabajo en el período después del 2015.

197. La Directora agradeció a los Estados Miembros los esfuerzos que estaban haciendo para avanzar hacia el cumplimiento de los ODM para el 2015 y abordar los ODM 4 y 5 en particular. Observando el mayor esfuerzo para alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna y además para abordar las inequidades dentro de los países, ofreció el apoyo redoblado de la Oficina a medida que se acercase el 2015.

198. El Consejo tomó nota del informe.

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

199. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que durante el examen del Comité Ejecutivo del informe sobre los progresos realizados, se había subrayado que los Estados Partes debían ser solidarios entre sí para contrarrestar los esfuerzos de la industria tabacalera en contra del control eficaz del tabaco.

200. En las deliberaciones del Consejo sobre el informe, los delegados describieron los pasos que estaban dando sus países para ejecutar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Estas medidas incluían más impuestos al tabaco; restricciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; legislación para prohibir fumar en lugares públicos y la venta de productos de tabaco a menores; la eliminación de las concesiones de no pagar derechos de aduana en los puertos de entrada; la creación de manuales para dejar de fumar; la capacitación del personal pertinente en el sector de la salud tanto público como privado; la inclusión del control del tabaco en el conjunto de datos mínimos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en los

países; encuestas telefónicas e inclusión de pequeños cuestionarios sobre el tabaquismo en las encuestas y las votaciones en curso; y la creación de comités interinstitucionales dada la naturaleza multisectorial del control del tabaco.

201. Algunos delegados manifestaron inquietud acerca de las exigencias que supondría para los pequeños países en desarrollo con recursos limitados el cumplimiento de todos los requisitos del Convenio. Algunos solicitaron a la Oficina que prestase más apoyo técnico para ayudar a estos países a lograr una mejor comprensión de los temas complejos asociados con las interacciones entre el CMCT y varios otros sectores, incluido el comercio, a fin de que las negociaciones y las decisiones estuvieran mejor fundamentadas. Además se solicitó a la Oficina que brindase apoyo a la colaboración dentro de la Región, para que los países con menos experiencia pudieran aprender de otros países.

202. Se señaló que la industria tabacalera seguía usando tácticas inadmisibles para socavar las acciones legales que protegían la salud de la población. Los delegados de los países signatarios instaron a los demás países a que se adhirieran al CMCT. También se hizo hincapié en que los acuerdos comerciales no debían echar por tierra los esfuerzos de control del tabaco y se destacó la necesidad de hacer que el nivel político más alto fuera consciente del costo de la epidemia de tabaquismo en todo el mundo.

203. El doctor Carlos Santos-Burgoa (Director interino, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) dijo que no había ninguna contradicción entre los acuerdos de libre comercio, la Organización Mundial del Comercio y las disposiciones del Convenio Marco, un entendimiento compartido con la Organización Mundial del Comercio que la Oficina trataría de dar a conocer más ampliamente para apoyar el trabajo futuro de los Estados Miembros. Señaló que había una tendencia cada vez mayor de dirigir la publicidad y las promociones a los niños y adolescentes, y que el sector de la salud tenía que considerar cómo contrarrestar esa amenaza.

204. La Directora estuvo de acuerdo en que el sector de la salud tenía que hacer retroceder a la industria tabacalera. Eso requeriría de la colaboración entre los países, como intercambiar experiencias, aunar los esfuerzos de los distintos sectores y los distintos países, e invitar a nuevos asociados a sumarse a la lucha. Además era importante lograr la ratificación del Convenio en toda la Región e involucrar a la Secretaría de la OMS para ayudar a los Estados Miembros a aprovechar las experiencias de los países en otras regiones.

205. El Consejo tomó nota del informe.

E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública

206. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había incluido en el orden del día del Consejo Directivo un informe de progreso sobre el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* en respuesta a una solicitud del Delegado de Guatemala, que había señalado a la atención la Declaración de Antigua Guatemala adoptada en el cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en junio del 2013. En la Declaración, titulada “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas”, se solicitaba que se iniciase un proceso de consulta sobre el tema de las drogas ilícitas en preparación para un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA a convocarse en el 2014. Por consiguiente, el Delegado de Guatemala había solicitado que se agregase un punto en el orden del día del Consejo sobre el problema de las drogas en la Región de las Américas. A sugerencia de la Directora, el Comité había acordado que el asunto podía tratarse en el contexto de un informe sobre los progresos realizados sobre la estrategia y plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública,¹⁴ documentos aprobados en el 2010 y el 2011, respectivamente, así como en el contexto del informe sobre las resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (véanse los párrafos 230 a 236 más adelante).

207. El doctor Carlos Santos-Burgoa (Director interino, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental) subrayó que, a pesar de que indudablemente se había registrado progreso en el reconocimiento de los efectos del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud de la población, esto no siempre se había traducido en una ampliación y mejoramiento de los servicios de salud pertinentes. La atención primaria todavía desempeñaba una función muy limitada en el enfoque para abordar el problema y los servicios especializados estaban esparcidos y muchas veces desactualizados.

208. Observando que la Oficina había firmado un memorando de entendimiento con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA (CICAD) y que la Oficina consideraba fundamental consolidar esa alianza estratégica y transformarla en medidas conjuntas, el funcionario mencionó algunos de los pasos que la Oficina estaba dando a fin de ayudar a los Estados Miembros en sus actividades de control de las sustancias psicoactivas. Esas actividades incluían el desarrollo de la capacidad nacional de dar una respuesta integrada a los consumidores de sustancias psicoactivas; la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades detectadas, con especial atención a las poblaciones vulnerables; y la intensificación de la investigación, el seguimiento y la evaluación.

¹⁴ Véase la resolución CD50.R2 y el documento CD50/18, Rev. 1 (2010), y la resolución CD51.R7 y el documento CD51/9 (2011).

209. El Delegado de Guatemala hizo hincapié nuevamente en la importancia que su gobierno le otorgaba al problema de las drogas en la Región y sugirió que el Consejo debía invitar a la Directora a preparar dos informes que pudieran servir de contribución de la Organización al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA en el 2014: uno sobre la situación de los sistemas nacionales de salud para hacer frente al problema mundial de las drogas y el otro sobre la complementariedad entre las estrategias de la OPS y las de la CICAD.

210. En el debate que tuvo lugar a continuación, los delegados estuvieron de acuerdo en que el abuso de las sustancias psicoactivas era un problema multidimensional que debía ser abordado por los gobiernos y las sociedades a nivel local, regional e internacional. Se manifestó apoyo general a la propuesta de Guatemala de elaborar dos informes, aunque algunos delegados advirtieron que, en vista de los compromisos existentes de presentación de información a la CICAD y a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, agregar otras obligaciones de presentación de información a nivel nacional podría ser una carga excesiva.

211. Los delegados describieron las medidas que estaban tomando sus gobiernos para combatir el flagelo de las drogas, como la creación de consejos nacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas, con programas de prevención y atención; la formación de capacidad con respecto a los recursos humanos y la coordinación interinstitucional; el fortalecimiento de los sistemas de información para la vigilancia epidemiológica; la creación de centros de rehabilitación; y el establecimiento de sistemas de atención orientados a la recuperación.

212. El doctor Santos-Burgoa dijo que la Oficina podría elaborar los dos informes solicitados, pero señaló que el informe sobre la complementariedad entre la OPS y la CICAD podría requerir un análisis institucional sobre la manera en que se debería articular el trabajo conjunto de acuerdo con la Declaración de Antigua Guatemala. Con respecto al otro informe, sugirió que debía centrarse en la información que permitiese mejorar la información ya disponible desde una perspectiva de salud pública.

213. La Directora dijo que había tomado nota del entusiasmo de los Estados Miembros para que se abordasen los aspectos de salud pública del problema de las drogas y que la Oficina proporcionaría los dos informes solicitados, con las salvedades que el doctor Santos Burgoa acababa de hacer. La adicción era un problema de salud cuya causa y efecto eran multidimensionales y, por consiguiente, la respuesta de la OPS debía ser igualmente multifacética, lo que implicaría la coordinación interinstitucional, con un enfoque equilibrado tanto hacia la oferta como la demanda. El trabajo que la Oficina había hecho hasta esa fecha había tenido lugar a un alto nivel en cuanto a la definición de una estrategia conjunta con la CICAD, pero se había centrado menos en los enfoques de cooperación técnica con los Estados Miembros. La situación estaba en el punto en el que debían definirse las prioridades, no solo respecto de la gama de temas esquemáticos que

tenían que afrontarse, sino también de la profundidad de la cooperación técnica en cualquiera de las cuestiones temáticas.

214. El Consejo tomó nota del informe.

F. Plan regional de salud de los trabajadores

215. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que durante el debate que sostuvo el Comité Ejecutivo sobre el informe de progreso, los delegados habían agradecido a la Oficina su labor en torno a la ejecución del plan regional y habían destacado la repercusión de las enfermedades ocupacionales y las enfermedades no transmisibles en las estadísticas sanitarias y el costo de la atención de salud.

216. El Consejo apoyó la propuesta en el informe de progreso de que se preparase un nuevo plan para el período 2014-2019. Se sugirió que el nuevo plan debía adoptar un enfoque intersectorial, a fin de crear una relación de trabajo entre los ministerios de salud y los ministerios de trabajo, y de promover la participación de organizaciones de empleadores y de trabajadores. También se indicó que en el nuevo plan debían cubrirse las mismas cuatro áreas programáticas que en el plan existente, pero que debía agregarse una quinta área: el mejoramiento de la detección, el diagnóstico y el registro de los accidentes y las enfermedades ocupacionales. Se señaló que se había realizado mucho trabajo útil en el marco del plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores, y se sugirió que un nuevo plan de la OPS debía adaptar el plan mundial al contexto regional y aprovechar el documento y las herramientas existentes y adaptarlos según fuera necesario para ayudar a los países de la Región con la planificación y la ejecución. También se destacó la importancia de intercambiar experiencias y mejores prácticas.

217. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) agradeció al Consejo su apoyo a un nuevo plan. El nuevo plan se prepararía con un enfoque participativo, incorporando los aportes de los Estados Miembros. Señaló que el plan regional existente había precedido al plan mundial, por lo que había ciertas diferencias entre los dos. La formulación de un nuevo plan representaría una oportunidad de mejorar la armonización y la complementariedad del trabajo a nivel mundial y regional.

218. El Consejo tomó nota del informe.

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

219. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que durante el debate que había sostenido el Comité Ejecutivo acerca del informe de progreso sobre este tema, se había señalado que no se habían notificado nuevos casos de oncocercosis en la Región desde 1995. Se había alentado a los Estados Miembros a que

movilizaran la voluntad política y los recursos necesarios a fin de superar los obstáculos restantes para lograr la eliminación de la enfermedad en las poblaciones en riesgo. Con ese fin, se había considerado esencial lograr el diálogo y la coordinación al nivel más alto. Se había recomendado que las enseñanzas extraídas de la iniciativa de eliminación de la oncocercosis debían aplicarse al control y la eliminación de otras enfermedades tropicales desatendidas.

220. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) puso de relieve que la Región estaba a pocos años de eliminar la oncocercosis y que con una vigilancia continua se podría lograr ese notable éxito.

221. La Directora instó a los Estados Miembros, junto con los asociados externos, a unirse para dar el paso final hacia la eliminación.

222. El Consejo tomó nota del informe.

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

223. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en el debate del Comité Ejecutivo acerca del informe de progreso, se había recomendado que se ampliase el alcance de los esfuerzos de la OPS para fortalecer las estadísticas vitales y de salud a fin de abarcar la generación y la vigilancia de datos de los sistemas de información de salud de una manera más amplia, incluida la proyección de las necesidades de recursos humanos y de financiamiento de la salud, la generación de datos para medir la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud, y el seguimiento del avance hacia las metas de prevención y control de las enfermedades. También se había recomendado que en el plan de acción se incorporasen las actividades encaminadas a establecer y fortalecer los centros colaboradores y de referencia para prestar cooperación técnica con respecto a las clasificaciones y la codificación internacional relacionadas con la salud. Se había alentado a la Oficina a que fomentara la cooperación técnica entre países en esa esfera y a que promoviera la auditoría de la mortalidad como una manera de mejorar la información estadística.

224. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) dijo que la Oficina seguiría ayudando a los países a mejorar la recopilación de estadísticas vitales y de salud.

225. La Directora recordó que en el debate del Plan Estratégico 2014-2019 (véanse los párrafos 24 a 34 anteriores), los países habían instado a la Oficina a mejorar la recopilación y el análisis de datos, en particular con respecto a la vigilancia y el seguimiento de los indicadores establecidos en el Plan, y garantizó al Consejo que la Oficina prestaría la debida atención a esa solicitud.

226. El Consejo tomó nota del informe.

I. Situación de los Centros Panamericanos

227. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que al examinar el informe de progreso sobre este tema, el Comité Ejecutivo había observado que el Centro de Epidemiología del Caribe y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe habían sido recientemente suprimidos y que algunas de sus funciones se habían trasladado al nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA por su sigla en inglés). La Directora había señalado que podría ser necesario analizar nuevamente el trabajo realizado por otros centros en vista de las limitaciones presupuestarias existentes.

228. La Directora explicó que los centros panamericanos eran un mecanismo que se había establecido en un momento en el que los Estados Miembros no contaban con ciertas capacidades a nivel nacional. Con el transcurso del tiempo, a medida que los Estados Miembros habían logrado esas capacidades, se había tornado posible que ellos recibieran en su lugar el apoyo de los cuerpos subregionales. Aunque la OPS había reducido el número de centros panamericanos, eso no significaba que había dejado de proporcionar algún nivel de cooperación técnica a las instituciones subregionales. Por ejemplo, la OPS estaba colaborando activamente con CARPHA y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y les brindaba apoyo. Era necesario examinar permanentemente la relevancia de los centros panamericanos y si los países tenían la capacidad de hacerse cargo de su labor a nivel nacional o subregional.

229. El Consejo tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: A) 66.^a Asamblea Mundial de la Salud; B) Organizaciones subregionales y C) Cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (documentos CD52/INF/5, A-C)

230. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud y de diversos cuerpos subregionales considerados de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS (véanse los párrafos 234 a 239 del documento CE152/FR). Se había observado que la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud había adoptado una decisión y una resolución sobre el seguimiento del informe del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo, en las que se solicitaba que se celebrasen consultas regionales en preparación para una sesión consultiva técnica a ser convocada por la Directora General de la OMS antes del final del 2013. Se había destacado la función de la Oficina en cuanto a la coordinación del proceso de consulta y se había subrayado que las consultas debían empezar cuanto antes.

231. El Presidente agregó que el informe sobre el cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos no había sido examinado por el Comité Ejecutivo, por lo que solicitó a la doctora Irene Klinger (Directora, Departamento de Relaciones Externas, Alianzas y Cuerpos Directivos, OSP) que suministrase información sobre el tema.

232. La doctora Klinger dijo que en el documento CD52/INF/5 se indicaban las resoluciones aprobadas por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos durante su cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones, que había tenido lugar en La Antigua (Guatemala) en junio del 2013. El tema central de esa Asamblea General había sido una política amplia contra el problema mundial de las drogas en la Región de las Américas. El Secretario General de la OEA había presentado un informe titulado “El problema de las drogas en las Américas”, que se había preparado en respuesta a un mandato de la Sexta Cumbre de las Américas, celebrada en Cartagena (Colombia), en abril del 2012. La Asamblea General había adoptado la Declaración de Antigua Guatemala, que se vinculaba con la estrategia y el plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública aprobados respectivamente por el 50.º Consejo Directivo de la OPS en el 2010 y el 51.º Consejo Directivo en el 2011 (véanse los párrafos 206 a 214 anteriores). En la Declaración de Antigua Guatemala los ministros de relaciones exteriores del continente americano habían manifestado, entre otras cosas, que era “fundamental que en el Hemisferio se continúe avanzando de manera coordinada en la búsqueda de soluciones efectivas al problema mundial de las drogas bajo un enfoque integrado, fortalecido, equilibrado y multidisciplinario, con pleno respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales, que incorpore la salud pública, educación e inclusión social, junto a acciones preventivas para hacer frente a la delincuencia organizada transnacional y el fortalecimiento de las instituciones democráticas, así como el impulso del desarrollo local y nacional”.

233. La funcionaria señaló que en el 52.º Consejo Directivo el Secretario General de la OEA había organizado una sesión de información para transmitir a los ministros de salud la situación actual con respecto a las drogas y algunos aspectos del tema que se tratarían en un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA en el 2014. Agregó que otras resoluciones de la OEA consideradas de interés para la OPS incluían aquellas sobre los derechos de los grupos vulnerables, en particular los pueblos indígenas; las personas discapacitadas; las personas afrodescendientes; los adultos mayores; y la igualdad de las mujeres. La Asamblea General también había aprobado una resolución sobre la eliminación de las enfermedades desatendidas, que reforzaba la resolución aprobada por el Consejo Directivo en el 2009 sobre este tema.¹⁵

234. El Delegado de Guatemala proporcionó algunos antecedentes sobre las deliberaciones mantenidas durante el cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones

¹⁵ Resolución CD49.R18 (2009).

de la Asamblea General de la OEA y explicó que su gobierno había llevado el tema de las drogas para la consideración durante ese período de sesiones dada la profunda preocupación por el problema mundial de las drogas y sus manifestaciones en la Región de las Américas. Señaló que en la Declaración de Antigua Guatemala se promovía un enfoque integral y preventivo que reconociese el consumo de drogas como un problema de salud pública y se centraba en la promoción del bienestar y la prevención y el tratamiento de la drogadicción. Además en la Declaración se instaba a los Estados a fortalecer sus sistemas de salud, en particular en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación, a fin de proporcionar una mejor respuesta al problema de las drogas en el continente americano. Si bien en la Declaración no se indicaba que el sector de la salud debía tomar la delantera en que se abordase el problema, sí se reconocía el importante papel del sector en la reducción de la demanda y la mitigación del daño causado por las drogas. También se subrayaba la necesidad de la cooperación bilateral y multilateral en torno al tema. La OPS tenía claramente un papel clave que desempeñar en ese sentido.

235. La doctora Klinger dijo que las ideas del Delegado de Guatemala eran sumamente pertinentes para el trabajo en curso de conformidad con el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* de la OPS.

236. El Consejo tomó nota del informe.

Otros asuntos

237. El Consejo rindió homenaje a la doctora María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud de El Salvador, por su larga y distinguida trayectoria en el ámbito de la salud pública y por su contribución, como ex coordinadora del Programa de Formación en Salud Internacional de la OPS, a educar a las generaciones futuras de profesionales dedicados a la salud pública.

238. Durante la semana del 52.º Consejo Directivo, se celebraron actividades paralelas sobre el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) y la gripe por A(H7N9), los pasos dados para abordar los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Además, la artista y estudiante de medicina Shelly Xie hizo una demostración artística con arena para transmitir mensajes de salud pública como parte de la iniciativa de la OPS “Arte para la investigación”. Asimismo se llevó a cabo una exposición fotográfica de los artistas Theo Chalmers y Jane Dempster.

Clausura de la sesión

239. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Vicepresidente, en ausencia de la Presidenta, declaró clausurado el 52.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

240. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 52.º Consejo Directivo.

Resoluciones

CD52.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD52/13 y Add. I) y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 152.^a 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 podría 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.
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2013 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido a cabalidad con sus obligaciones financieras respecto de sus contribuciones señaladas hasta el 2013.
4. Felicitar a los Estados Miembros que se han esforzado por reducir el atraso en el pago de sus contribuciones señaladas pendientes 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 53.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas para el 2014 y años anteriores.

(Segunda reunión, 30 de septiembre del 2013)

CD52.R2: Modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud presentadas en el documento CD52/14;

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

RESUELVE:

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

Anexo

**MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO FINANCIERO DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD**

Texto nuevo
<i>Artículo III – Programa y presupuesto</i>
3.8 El Programa y Presupuesto comprenderá el programa y el presupuesto aprobados originalmente por la Conferencia o el Consejo Directivo y toda propuesta complementaria, al igual que las asignaciones del presupuesto ordinario que se hayan pasado del período presupuestario anterior en conformidad con el artículo IV.
<i>Artículo IV – Asignaciones del presupuesto ordinario</i>
4.2 Las asignaciones del presupuesto ordinario estarán disponibles para contraer compromisos durante el ejercicio presupuestario para el cual hayan sido aprobados para la entrega de bienes y servicios en ese mismo ejercicio presupuestario. Excepcionalmente, las asignaciones del presupuesto ordinario pueden estar disponibles en el primer año del ejercicio presupuestario subsiguiente a fin de apoyar la eficacia operativa de los acuerdos contractuales indisociables que tengan como plazo de entrega el primer trimestre del año siguiente. El Director puede además considerar otras excepciones con el fin de pasar asignaciones del presupuesto ordinario a un período presupuestario subsiguiente para la entrega retrasada de bienes y servicios programados debido a circunstancias imprevistas.
4.4 El saldo de las asignaciones financiadas del presupuesto ordinario que no se haya comprometido al finalizar el ejercicio presupuestario al que corresponda o que no haya sido autorizado para ser pasado al período presupuestario subsiguiente servirá para reponer el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado. A partir de ahí cualquier posible saldo se pasará al excedente y estará disponible para el uso que ulteriormente se decida darle de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.

(Segunda reunión, 30 de septiembre del 2013)

**CD52.R3: Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud
2014-2015**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015* (Documento Oficial 346);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (*documento CE152/FR*);

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

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina con crecimiento cero de las contribuciones netas, descrito en el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015.
2. Alentar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a hacer contribuciones voluntarias totalmente flexibles, que se administren mediante un fondo especial, que compensen la reducción del Presupuesto Ordinario (US\$ 6 millones¹) resultante del crecimiento nominal cero, a fin de que sean utilizadas para abordar las prioridades según se las ha indicado en el Programa y Presupuesto 2014-2015.
3. Alentar a los Estados Miembros a que continúen abogando por una porción equitativa de los recursos de la OMS y, específicamente, por que la OMS mantenga una asignación de contribuciones señaladas que esté por lo menos al mismo nivel que en el bienio actual (\$80,7 millones).
4. Alentar a los Estados Miembros a que hagan los pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2013 y los pagos atrasados correspondientes al 2011 y el 2012, y que se comprometan a realizar los pagos de manera oportuna para el 2014-2015.
5. Asignar la cantidad de \$297.339.996 para el ejercicio financiero 2014-2015 como sigue: *a*) \$279.100.000 para el presupuesto efectivo de trabajo (categorías 1 a 6), lo cual representa crecimiento nominal cero de las contribuciones de los Estados Miembros de la OPS, los Estados Participantes y los Miembros Asociados con respecto a las contribuciones señaladas para el 2012-2013; y *b*) \$18.239.996 como transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos (sección 17), según se indica en el cuadro siguiente:

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

Categoría y área programática		Programas básicos
		Presupuesto ordinario
1. Enfermedades transmisibles		
1.1	Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual	6.061.000
1.2	Tuberculosis	1.500.000
1.3	Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	1.500.000
1.4	Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	6.983.000
1.5	Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	5.100.000
Subtotal de la categoría 1		21.144.000
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo		
2.1	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	12.320.000
2.2	Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	2.344.000
2.3	Violencia y traumatismos	1.500.000
2.4	Discapacidades y rehabilitación	1.500.000
2.5	Nutrición	6.200.000
Subtotal de la categoría 2		23.864.000
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida		
3.1	Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	13.680.000
3.2	Envejecimiento y salud	1.500.000
3.3	Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	4.759.000
3.4	Determinantes sociales de la salud	9.352.000
3.5	Salud y medioambiente	9.137.000
Subtotal de la categoría 3		38.428.000
4. Sistemas de salud		
4.1	Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	7.700.000
4.2	Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	5.711.000
4.3	Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	8.305.000
4.4	Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	17.418.000
4.5	Recursos humanos para la salud	9.900.000
Subtotal de la categoría 4		49.034.000
5. Preparación, vigilancia y respuesta		
5.1	Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)	5.520.000
5.2	Enfermedades epidémicas y pandémicas	3.720.000
5.3	Gestión de emergencias, riesgos y crisis	6.050.000

Categoría y área programática		Programas básicos
		Presupuesto ordinario
5.4	Inocuidad de los alimentos	2.680.000
5.5	Respuesta a brotes y crisis	--
Subtotal de la categoría 5		17.970.000
Subtotal categorías 1 a 5		150.440.000
6.	Servicios corporativos y funciones habilitadoras	
6.1	Liderazgo y gobernanza	54.235.000
6.2	Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	2.790.000
6.3	Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	21.960.000
6.4	Gestión y administración	39.602.000
	Proyecto especial: PMIS	--
6.5	Comunicación estratégica	10.073.000
Subtotal de la categoría 6		128.660.000
Presupuesto efectivo de trabajo 2014-2015 (categorías 1 a 6)		279.100.000
Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)		18.239.996
Presupuesto total		297.339.996

6. Que las asignaciones se financiarán por medio de:
- a) Contribuciones señaladas correspondientes a:
 - Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada..... 210.639.996
 - b) Ingresos varios 6.000.000
 - c) Porción para la Región de las Américas (calculación con base en las asignaciones 2012-2013) 80.700.000
- TOTAL 297.339.996

7. Que, al establecerse las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, estas se reducirán en la cantidad que tengan acreditada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se exceptúan los fondos de aquellos Estados que gravan con impuestos los sueldos que sus ciudadanos y

residentes perciben de la Oficina, los cuales se reducirán en una cantidad equivalente a los reembolsos tributarios realizados por la Oficina.

8. Que en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan las asignaciones mencionadas en el párrafo 5 se liberarán para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero del 2014 y el 31 de diciembre del 2015; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, las obligaciones que se contraigan durante el ejercicio financiero 2014-2015 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, a las categorías 1 a 6 del cuadro de asignaciones que figura en el párrafo 5.

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

10. Que hasta el 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto de la OPS. El gasto a partir del componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su segunda sesión, como se presentaron en el documento CE142/8 al Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión. El gasto efectuado a partir del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las categorías correspondientes de asignación 1 a 6 en el momento de la notificación.

11. Apartar otro 5% del presupuesto asignado a nivel de país como “componente basado en los resultados”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto de la OPS. La asignación en el componente basado en los resultados será autorizada por la Directora en conformidad con los criterios establecidos en la Política del Presupuesto de la OPS.

12. Calcular el monto del gasto en el Programa y Presupuesto 2014-2015 que se financiará con fondos de otras fuentes en \$284.000.000, como se indica en el *Documento Oficial 346*.

(Cuarta reunión, 1 de octubre del 2013)

CD52.R4: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2014-2015

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD52.R3 el Consejo Directivo aprobó el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (*Documento Oficial 346*);

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de las contribuciones señaladas que ha de aplicarse a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, cuyo ciclo actual va hasta el 2014, y que en la resolución CD51.R11 (2011) el Consejo Directivo adoptó esa escala de contribuciones para los miembros de la OPS,

RESUELVE:

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

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

Afiliación	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014 %	2015 %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.536.106	2.536.106	219.610	219.610			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	65.298	65.298	5.654	5.654			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	47.394	47.394	4.104	4.104			43.290	43.290
Belice	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164

Afiliación	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014 %	2015 %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Bolivia	0,049	0,049	51.607	51.607	4.469	4.469			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.469.861	10.469.861	906.619	906.619			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	12.608.910	12.608.910	1.091.846	1.091.846	90.000	90.000	11.607.064	11.607.064
Colombia	1,049	1,049	1.104.807	1.104.807	95.669	95.669			1.009.138	1.009.138
Costa Rica	0,221	0,221	232.757	232.757	20.155	20.155			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	192.736	192.736	16.690	16.690			176.046	176.046
Chile	1,189	1,189	1.252.255	1.252.255	108.437	108.437			1.143.818	1.143.818
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Ecuador	0,258	0,258	271.726	271.726	23.530	23.530			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	120.065	120.065	10.397	10.397			109.668	109.668
Estados Unidos	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.421.384	5.421.384	9.300.000	9.300.000	66.486.090	66.486.090
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	176.938	176.938	15.322	15.322			161.616	161.616
Guyana	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Haití	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	53.713	53.713	4.651	4.651			49.062	49.062
Jamaica	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
México	8,281	8,281	8.721.549	8.721.549	755.227	755.227			7.966.322	7.966.322
Nicaragua	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	166.406	166.406	14.410	14.410			151.996	151.996
Paraguay	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
Perú	0,688	0,688	724.602	724.602	62.746	62.746			661.856	661.856
República Dominicana	0,257	0,257	270.672	270.672	23.438	23.438			247.234	247.234
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Santa Lucía	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708

Afiliación	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014 %	2015 %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Trinidad y Tabago	0,180	0,180	189.576	189.576	16.416	16.416			173.160	173.160
Uruguay	0,214	0,214	225.385	225.385	19.517	19.517			205.868	205.868
Venezuela	2,186	2,186	2.302.295	2.302.295	199.363	199.363	30.000	30.000	2.132.932	2.132.932
Subtotal	99,583	99,583	104.880.815	104.880.815	9.081.969	9.081.969	9.420.000	9.420.000	105.218.846	105.218.846
Estados Participantes										
Francia	0,219	0,219	230.651	230.651	19.973	19.973			210.678	210.678
Países Bajos	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Reino Unido	0,046	0,046	48.447	48.447	4.195	4.195			44.252	44.252
Subtotal	0,282	0,282	297.002	297.002	25.718	25.718			271.284	271.284
Miembros Asociados										
Aruba	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Curaçao	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Puerto Rico	0,084	0,084	88.469	88.469	7.661	7.661			80.808	80.808
San Martín	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Subtotal	0,135	0,135	142.181	142.181	12.311	12.311			129.870	129.870
TOTAL	100	100	105.319.998	105.319.998	9.119.998	9.119.998	9.420.000	9.420.000	105.620.000	105.620.000

(Cuarta reunión, 1 de octubre del 2013)

CD52.R5: Principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud

EL 52.° CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Los Principios del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CD52/17) y considerando los importantes aportes del Fondo Rotatorio para

la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para los Estados Miembros en materia de inmunización;

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los Estados Miembros han determinado que la inmunización es un bien público que ha contribuido de manera importante a la reducción de la mortalidad infantil, que ha logrado la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como avances en el control epidemiológico en la Región de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación;

Considerando que el Fondo Rotatorio ha sido determinante en el acceso oportuno y equitativo a vacunas de calidad para los Estados Miembros, en la sostenibilidad financiera de los programas de inmunización y en la introducción de vacunas nuevas;

Reconociendo la importancia de mantener la participación activa de los Estados Miembros de conformidad con los principios de solidaridad y panamericanismo para fortalecer la economía de escala y sus beneficios;

Teniendo en cuenta la repercusión de los precios actuales de las vacunas en la sostenibilidad financiera y en el avance en la introducción de nuevas vacunas;

Considerando que el contexto mundial plantea desafíos para el Fondo Rotatorio, incluidos los distintos mecanismos de financiamiento internacional y las nuevas vacunas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) respaldar al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS como el mecanismo estratégico de cooperación técnica que facilita el acceso oportuno y equitativo a vacunas e insumos conexos para los programas nacionales de inmunización de la Región de las Américas;
 - b) ratificar los principios, los términos y condiciones, y los procedimientos del Fondo Rotatorio en beneficio de la salud de la Región de las Américas;
 - c) promover la solidaridad y el panamericanismo al participar en el Fondo Rotatorio y adquirir las vacunas por medio de este mecanismo de cooperación técnica.

2. Solicitar a la Directora que:
 - a) asegure que el Fondo Rotatorio se administre respetando y cumpliendo, sin excepción, sus principios, objetivos y términos y condiciones, dado que han contribuido al éxito y avance de los programas nacionales de inmunización de la Región;
 - b) mantenga el diálogo con los representantes de las iniciativas y los mecanismos de financiamiento internacional con el fin de obtener un suministro suficiente de vacunas que satisfaga las necesidades mundiales de las poblaciones destinatarias, al mismo tiempo que se salvaguarda el acceso de los Estados Miembros de la OPS a los precios más bajos;
 - c) revise las excepciones que en el pasado se hicieron a los principios, los términos y condiciones, y los procedimientos del Fondo Rotatorio para determinar la vigencia de esas excepciones, según corresponda.

(Cuarta reunión, 1 de octubre del 2013)

CD52.R6: Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento de exposición de conceptos *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans* (documento CD52/18) y aceptando que el trabajo hacia el acceso universal requiere abordar los obstáculos políticos, socioculturales e históricos a la atención de los integrantes de grupos poblacionales estigmatizados, discriminados y marginados, incluidas las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT por su sigla en inglés);

Recordando las resoluciones WHA62.12 y WHA62.14 de la Asamblea Mundial de la Salud como ejemplos del compromiso de la comunidad internacional de apoyar los valores y principios de la atención primaria de salud, incluida la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial, la descentralización y la participación comunitaria como la base para el fortalecimiento de los sistemas de salud;

Consciente de la resolución CSP27.R10 (2007) de la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre la *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*, y las resoluciones del Consejo Directivo sobre la *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida* (CD45.R10 [2004]), el *Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género* (CD49.R12 [2009]), el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* (CD49.R14 [2009]) y *La salud y los derechos humanos* (CD50.R8 [2010]);

Consciente de que la Conferencia Sanitaria Panamericana ha señalado que la calidad de la atención que brindan los servicios de salud también se mide en cuanto al acceso limitado, marcado por los obstáculos administrativos, geográficos, económicos, culturales y sociales, y la indiferencia para integrar la perspectiva de género en la prestación de servicios de salud en el contexto de la *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención de salud, incluyendo la seguridad del paciente* (document CSP27/16 [2007]);

Alarmado por las tendencias en cuanto a la violencia hacia las personas LGBT y su persecución, y observando que la violencia contra las personas LGBT, en particular la violencia sexual, es un indicador fundamental de la marginación, la desigualdad, la exclusión y la discriminación;

Reconociendo que el estigma y la discriminación que enfrentan las personas LGBT a menudo evita que accedan a servicios necesarios de atención de salud, incluidos los servicios de salud mental y una amplia variedad de distintos servicios, y que este y otros factores de exclusión social y cultural causan inequidades y desigualdades en materia de salud, y mayor vulnerabilidad a resultados adversos en materia de salud;

Atribuyendo una importancia capital a la eliminación de las desigualdades en materia de salud, incluidas aquellas asociadas con las expresiones de género y la identidad de género;

Preocupado por que la falta de servicios de salud accesibles y dirigidos a las poblaciones que los necesitan debilitan la eficacia de los sistemas de salud;

Reafirmando que el acceso universal a la atención es un componente clave de los sistemas nacionales de salud sólidos y que la atención universal debe impulsar la eficiencia y la igualdad del acceso para todos a los servicios de atención de salud y a la protección social y financiera de una manera que no sea discriminatoria;

Reconociendo la función esencial de sociedad civil, incluidas las organizaciones religiosas, en la promoción del acceso a servicios de atención de salud para todos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) trabajar para promover la prestación de servicios de salud a todas las personas con el respeto pleno de la dignidad humana y el derecho a la salud, dentro del alcance del marco jurídico de cada Estado Miembro, teniendo en cuenta la diversidad de las expresiones de género y la identidad de género;
 - b) otorgar prioridad a promover el acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación, y considerar la posibilidad de elaborar y fortalecer políticas integrales universales de protección social, incluida la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención de salud, y de promover la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a ellos, teniendo en cuenta el estigma, la discriminación y la persecución que experimentan los integrantes de la comunidad LGBT;
 - c) recopilar datos acerca del acceso a la atención de la salud y a los establecimientos de salud de la población LGBT, teniendo en cuenta los derechos de privacidad con respecto a toda información personal relacionada con la salud a fin de fortalecer la planificación, la ejecución y el seguimiento de los servicios y la atención de salud, y de las políticas, los programas, las leyes e intervenciones para la salud de las personas LGBT.
2. Solicitar a la Directora que elabore, con los recursos existentes, un informe sobre la situación de salud y el acceso a la atención de las personas LGBT, los obstáculos que pueden enfrentar para obtener acceso a los servicios de atención de salud y las repercusiones del acceso reducido de esta población, en consulta con los Estados Miembros y los interesados directos pertinentes.

(Cuarta reunión, 1 de octubre del 2013)

CD52.R7: *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Granada y Perú*

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 9.B y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que fueron elegidos Bahamas, Costa Rica y Ecuador para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Estados Unidos de América, Granada y Perú,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Bahamas, Costa Rica y Ecuador para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Estados Unidos de América, Granada y Perú los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 2 de octubre del 2013)

CD52.R8: Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019* presentado por la Directora (*Documento Oficial 345*);

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

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

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

Reconociendo asimismo que el Plan Estratégico representa un conjunto integral y colectivo de resultados que la Organización Panamericana de la Salud (los Estados

Miembros y la Oficina) quiere lograr, y que los informes futuros sobre el desempeño en la ejecución del Plan Estratégico constituirán el medio principal de rendición programática de cuentas de la Oficina y los Estados Miembros;

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

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

Reconociendo los retos a la hora de definir métricas integrales y estandarizadas para el seguimiento y la evaluación adecuados de la ejecución del Plan Estratégico, con los aportes de todos los Estados Miembros, y las oportunidades de mayores mejoras;

Reconociendo el progreso logrado en la definición de un enfoque sistemático y estandarizado para la estratificación de las prioridades programáticas, al mismo tiempo que se reconocen las limitaciones de las metodologías existentes para responder al contexto de la Organización y el Plan Estratégico,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019.
2. Agradecer a los integrantes del CCG su compromiso y los aportes técnicos y estratégicos a la elaboración del Plan Estratégico y agradecer a la Directora el apoyo eficaz brindado por todos los niveles de la Oficina al CCG y el enfoque participativo utilizado en este importante proceso.
3. Teniendo en cuenta las prioridades y el contexto de cada país, alentar a los Estados Miembros a que determinen las medidas a tomar y los recursos necesarios para alcanzar las metas del Plan Estratégico.
4. Invitar a las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, los asociados internacionales en el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otras entidades a que consideren la posibilidad de brindar apoyo al logro de los resultados que figuran en el Plan Estratégico.
5. Examinar la evaluación de mitad de período del Plan Estratégico con miras a revisar el Plan, sus indicadores y sus metas, según sea necesario.

6. Pedir al Comité Ejecutivo que establezca un grupo de trabajo formado por representantes de los Estados Miembros que seguirá trabajando en las definiciones y la medición definitivas de los indicadores del impacto y de los resultados intermedios, brindará orientación sobre un sistema eficaz de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de la OPS, y presentará los resultados del proceso de validación de los indicadores al Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo en el 2014 a fin de que aprueben las líneas de base y las metas revisadas.

7. Solicitar a la Directora que:

- a) use el Plan Estratégico para proporcionar orientación estratégica a la Organización durante el período 2014-2019 para impulsar la Agenda de Salud para las Américas y el programa de acción sanitaria mundial contenido en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud;
- b) use el Plan Estratégico como marco principal para la coordinación y movilización de recursos;
- c) establezca un sistema integral de seguimiento, rendición de cuentas y evaluación, con los aportes de los Estados Miembros, para informar sobre la ejecución del Plan Estratégico, utilizando y ampliando, cuando sea necesario, los sistemas de información actuales de la Organización;
- d) termine el compendio de indicadores, que incluye las definiciones estandarizadas y los criterios de medición de todos los indicadores, de acuerdo con la recomendación del CCG, y realice un proceso de validación de las líneas de base y las metas del Plan Estratégico, en consulta con los Estados Miembros durante la planificación operativa correspondiente al bienio 2014-2015;
- e) examine nuevamente la metodología de estratificación de las prioridades programáticas con los Estados Miembros a fin de mejorarla y de aplicar los resultados revisados a los programas y presupuestos futuros;
- f) informe sobre la ejecución del Plan Estratégico por medio de informes bienales de evaluación de la ejecución;
- g) realice una evaluación de mitad de período y una evaluación al final del Plan Estratégico;

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

(Sexta reunión, 2 de octubre del 2013)

CD52.R9: *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CD52/7, Rev. 1);

Recordando la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en la que se reconoce que la carga y la amenaza mundiales de las enfermedades no transmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI;

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

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

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

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

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

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

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

RESUELVE:

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

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

- c) promuevan el diálogo y la coordinación entre los ministerios, otras instituciones públicas y académicas, y las oficinas de las Naciones Unidas en los países, así como los sectores público y privado y la sociedad civil, con miras a ejecutar de manera integrada intervenciones eficaces de prevención de las ENT que tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud;
 - d) elaboren y promuevan políticas, marcos y acciones multisectoriales; y planes nacionales de salud que protejan y promuevan la salud de toda la población al reducir la exposición a los factores de riesgo de las ENT y aumentar la exposición a los factores protectores, en particular en lo que se refiere a las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad;
 - e) establezcan y mantengan la capacidad necesaria en el ámbito de la salud pública para planificar, ejecutar y administrar programas eficazmente, reconociendo que para la prevención y el control eficaces de las ENT se requiere una combinación de políticas para toda la población e intervenciones individuales, con acceso equitativo a lo largo del curso de vida a la prevención, el tratamiento y la atención de buena calidad al final de la vida, a través de la protección social en salud, haciendo hincapié en el enfoque de la atención primaria de salud;
 - f) apoyen la investigación y el establecimiento sostenible de sistemas de vigilancia para recopilar datos sobre las ENT y sus factores de riesgo, así como información sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, a fin de construir una base de conocimientos sobre políticas e intervenciones equitativas y costo-eficaces para prevenir y controlar las ENT.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) encabece una respuesta regional a las ENT, convocando a los Estados Miembros, otros organismos de las Naciones Unidas, instituciones científicas y técnicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros con el objeto de promover la acción multisectorial y las alianzas de colaboración a fin de ejecutar el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, al mismo tiempo que se protegen las políticas de la OPS y del ámbito de la salud pública de la influencia indebida a causa de cualquier tipo de conflicto de intereses ya sea real, percibido o potencial, de una manera que complemente el mecanismo de coordinación mundial de la OMS;
 - b) apoye a las redes regionales existentes como CARMEN, a alianzas estratégicas como el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, a órganos subregionales que aborden las ENT y a los Estados Miembros para promover y fortalecer una respuesta de toda la sociedad y de todo el gobierno; y

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

(Séptima reunión, 3 de octubre del 2013)

CD52.R10: La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica* (documento CD52/8);

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

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Tomar nota del documento conceptual *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica*.
2. Instar a los Estados Miembros a que, según corresponda:
 - a) respalden la Declaración de San Salvador que reconoce la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica como un grave problema de salud pública;
 - b) promuevan la elaboración e implementación de agendas de investigación nacionales y regionales para la enfermedad renal crónica que permitan cerrar las brechas en el conocimiento;
 - c) promuevan alianzas con otros sectores del gobierno, agencias de desarrollo, la sociedad civil, las comunidades afectadas, la academia, la empresa privada y otros interesados para coordinar los esfuerzos, movilizar recursos, establecer planes a nivel regional, nacional y subnacional, y promover políticas públicas, programas y acciones sostenibles basados en la evidencia para mitigar con urgencia las consecuencias sanitarias, sociales y económicas derivadas de esta enfermedad;
 - d) fortalezcan la vigilancia de la enfermedad renal crónica, con énfasis en las poblaciones y comunidades en riesgo;
 - e) fortalezcan sus capacidades en relación con la salud ambiental y ocupacional, y las intervenciones preventivas, incluida la educación sobre la salud teniendo en cuenta los marcos regulatorios y los compromisos y normas internacionales;
 - f) fortalezcan los servicios de salud para mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes, la disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias, y el financiamiento de prestaciones basadas en evidencia.

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) siga abogando por una movilización efectiva de los recursos y fomente un rol activo de los Estados Miembros en la aplicación de esta resolución;
 - b) brinde apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer los sistemas de vigilancia y facilite el avance de las prioridades de investigación de la enfermedad renal crónica;
 - c) promueva el fortalecimiento de la capacidad de los países en relación con la salud ambiental y ocupacional y las intervenciones preventivas, teniendo en cuenta los marcos regulatorios, y compromisos y normas internacionales;
 - d) brinde apoyo a los esfuerzos de los países para el abordaje integral de la enfermedad renal crónica basado en la evidencia, incluida la gestión de recursos humanos y los mecanismos de adquisición de medicamentos y otros insumos críticos de salud pública como el Fondo Estratégico de la OPS, a fin de incrementar la cobertura, acceso y calidad de la atención;
 - e) continúe alertando a los países acerca del mayor riesgo de la enfermedad renal crónica en las poblaciones y comunidades en riesgo;
 - f) presente bienalmente ante los Cuerpos Directivos el estado de avance de la ejecución de esta resolución.

(Octava reunión, 3 de octubre del 2013)

CD52.R11: Protección social en salud

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Protección social en salud* (documento CD52/5);

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

Teniendo en cuenta que la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su sexagésimo séptimo período de sesiones, reconoce que las mejoras en la protección social

dirigidas a la cobertura universal constituyen una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo;

Consciente del marco de la Red Interamericana de Protección Social con el que se han comprometido los líderes y jefes de estado en la Quinta Cumbre de las Américas a fin de aliviar la pobreza y reducir las desigualdades al intercambiar las mejores prácticas en materia de protección social y facilitar la cooperación en materia de asistencia técnica, y del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, del cual la OPS es miembro, y que apoya la ejecución de dicho marco, al igual que de la iniciativa de las Naciones Unidas sobre el piso de protección social, aprobada en el 2009 por la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas, y la recomendación núm. 202 relativa a los pisos de protección social aprobada por la Organización Internacional del Trabajo en el 2012;

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

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

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

RESUELVE:

1. Tomar nota del documento conceptual *Protección social en salud*.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda dentro de sus contextos particulares, a que:
 - a) reconozcan la necesidad de fortalecer las iniciativas de salud y la protección social a fin de reducir el impacto de la pobreza en los resultados de salud en la Región;
 - b) incorporen, según corresponda, el concepto de protección social en salud como fundamento en los procesos de gobernanza y transformación de los sistemas de salud, incluida la creación o el fortalecimiento de instituciones encargadas de promover la protección social en salud;

- c) establezcan marcos jurídicos, según corresponda, que definan las medidas relacionadas con la protección social en salud, en el marco del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, de la solidaridad y de la equidad, como elementos para reducir la pobreza en la Región;
 - d) fortalezcan los componentes de salud de los programas de protección social (especialmente los enfoques de atención primaria de salud y determinantes sociales de la salud), incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, los planes de prestaciones integrales de salud y otros programas sociales, según corresponda;
 - e) promuevan la participación social, el trabajo intersectorial y la conciencia sobre los derechos y obligaciones respecto de las personas, las familias y la comunidad, tanto en la sociedad misma como en el colectivo de trabajadores del sistema de salud;
 - f) utilicen los mecanismos establecidos, como la Red Interamericana de Protección Social y otras iniciativas subregionales y regionales, a fin de intercambiar buenas prácticas en cuanto a los programas en contra de la pobreza relacionados con la salud por parte de los gobiernos y las instituciones de toda la Región;
 - g) establezcan mecanismos de sustentabilidad financiera, según corresponda, para el financiamiento del sistema de protección social en salud;
 - h) desarrollen y fortalezcan, según corresponda, las capacidades nacionales y subnacionales de generación de datos para la toma informada de decisiones a fin de implementar y fortalecer el sistema de protección social en salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) fortalezca la cooperación técnica en materia de protección social en salud como eje prioritario de trabajo en el camino hacia la cobertura universal;
 - b) promueva la generación de información sistemática y de evidencia sobre brechas y avances en la protección social en salud observados en los países de la Región, incluida la evidencia y las mejores prácticas en torno a las transferencias condicionadas de dinero;
 - c) difunda y promueva las buenas prácticas en materia de protección social en salud, y promueva la comunicación y la articulación de los adelantos de la Región en

- protección social con los debates de la Organización Mundial de la Salud en torno a la cobertura universal de salud, aprovechando los mecanismos existentes;
- d) fortalezca el trabajo interinstitucional en materia de protección social;
 - e) con base en este documento conceptual, formule una estrategia que defina el rumbo para el abordaje de la protección social en salud en la Región, en la que se reconozcan los contextos particulares de los Estados Miembros de la Región, teniendo en cuenta que hay muchas maneras de lograr la protección social en salud.

(Octava reunión, 3 de octubre del 2013)

CD52.R12: Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CD52/15);

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

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

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

RESUELVE:

1. Aumentar el cargo actual de tres y medio por ciento (3,5%) que se aplica a las compras de todos los insumos de salud pública en nombre de los Estados Miembros de la OPS que hace la Oficina Sanitaria Panamericana en tres cuartos de uno por ciento (0,75%), a fin de llevar este cargo a un total de cuatro y un cuarto por ciento (4,25%), en vigor a partir del 1 de enero del 2014.

2. Acreditar este cargo adicional (0,75%) al Fondo Especial para Gastos de Apoyo a Programas a fin de solventar los costos de las actividades de compras en toda la Organización para los siguientes tres mecanismos de compras:
 - a) compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros,
 - b) Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas,
 - c) Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
3. Examinar al final de cada bienio el cargo aplicado a la compra de todos los insumos de salud pública que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana en nombre de los Estados Miembros.
4. Solicitar a la Directora que al final de cada bienio presente un informe sobre este tema ante los Cuerpos Directivos.

(Octava reunión, 3 de octubre del 2013)

CD52.R13: Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política *Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (documento CD52/6);

Reconociendo la importancia estratégica de los recursos humanos para la salud a fin de lograr la meta de la cobertura universal de salud fundamentada en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, así como del mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades;

Preocupado por las desigualdades persistentes en el acceso a servicios de atención sanitaria integral y de buena calidad, atribuibles a la escasez de personal de salud en las zonas remotas y rurales, y entre los grupos de población y las comunidades subatendidas o vulnerables;

Considerando la adopción por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*

(resolución WHA63.16 [2010]), que aborda los desafíos planteados por la movilidad de los profesionales de la salud entre los países y dentro de ellos;

Teniendo en cuenta el progreso logrado en la Región con respecto a las *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015* (documento CSP27/10 [2007]) y la *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (resolución CD50.R7 [2010]),

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que, según resulte apropiado en su contexto particular y teniendo en cuenta sus prioridades:
 - a) reiteren su compromiso con el cumplimiento de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el 2007-2015;
 - b) formulen planes y políticas nacionales de recursos humanos centrados en la equidad y la igualdad de acuerdo con los sectores sociales pertinentes y los interesados directos clave para aumentar el acceso al personal sanitario capacitado para la atención primaria de salud y avanzar hacia el logro de la cobertura universal de salud;
 - c) establezcan y fortalezcan una unidad de planificación estratégica y de gestión de recursos humanos para la salud con la capacidad para dirigir, participar y generar consenso entre las autoridades de educación, centros de salud académicos, asociaciones profesionales, autoridades sanitarias estatales y locales, centros de salud y organizaciones comunitarias acerca de las necesidades actuales y futuras de recursos humanos para la salud, en particular para los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud;
 - d) faculden y brinden apoyo a los equipos colaborativos multiprofesionales de atención primaria de salud sobre la base de modelos establecidos de atención, mejoren el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial según sus competencias, incluidos los especialistas clínicos que no son médicos y los trabajadores de salud comunitarios, y promuevan y vigilen la innovación para mejorar el desempeño y la gestión de los equipos de atención primaria de salud;
 - e) identifiquen, vigilen e informen sobre alguna escasez específica de profesionales de la salud, en particular en las poblaciones vulnerables y al primer nivel de la atención, como base para la ejecución de programas e intervenciones especiales destinados a abordar esa escasez;

- f) inviertan en la producción, disponibilidad, utilización y análisis de datos básicos sobre recursos humanos para la salud, mejoren la calidad de los sistemas de información de recursos humanos para la planificación y la toma de decisiones, y apoyen la capacidad de investigación en cuestiones prioritarias de recursos humanos para la salud, como el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud;
 - g) promuevan la misión social y la rendición de cuentas de los centros de educación y acreditación en ciencias de la salud y su compromiso con la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud, y habiliten y amplíen la red de centros de salud y hospitales comunitarios con responsabilidades y capacidades didácticas en comunidades subatendidas;
 - h) estimulen reformas en la educación de las profesiones de atención de salud para apoyar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y aumentar el número de plazas en las profesiones de atención de salud pertinentes para la atención primaria de salud, incluidos los médicos de familia, las enfermeras de práctica avanzada y los especialistas clínicos que no son médicos, de acuerdo con las prioridades y las políticas públicas en la atención primaria de salud;
 - i) implanten y evalúen en forma sistemática reglamentos, beneficios e incentivos específicos, tanto financieros como no financieros, para reclutar, contratar y estabilizar al personal de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, en particular en áreas remotas y subatendidas;
 - j) reiteren su compromiso con el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* y alienten a todos los Estados Miembros a que designen su autoridad nacional para el Código y a que cumplan con la presentación de informes requerida a fin de apoyar la implementación exitosa del Código.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros y entre ellos para formular políticas y planes de recursos humanos orientados por el objetivo general de la cobertura universal de salud y la estrategia de atención primaria de salud;
 - b) preste cooperación técnica para fortalecer la capacidad de planificación de los recursos humanos de las autoridades sanitarias nacionales, permitiéndoles abordar las inequidades en el acceso de las comunidades subatendidas y vulnerables al

- personal de salud, y para determinar las brechas existentes en los recursos humanos, en particular a los profesionales de atención primaria, haciendo hincapié en la disponibilidad, distribución, competencia y motivación;
- c) identifique, documente, analice y difunda las experiencias, los métodos y las innovaciones que tienen lugar en los países de la Región con respecto a la disponibilidad de personal de salud y el acceso a él;
 - d) facilite el diálogo entre las autoridades de educación, las instituciones de educación superior en materia de salud y las autoridades sanitarias nacionales acerca del fortalecimiento de la atención primaria de salud y los equipos colaborativos de atención primaria de salud;
 - e) mantenga y amplíe las principales redes regionales de intercambio de conocimientos sobre recursos humanos para la salud, a saber, el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, el Campus Virtual de Salud Pública y la Clínica Virtual Docente;
 - f) finalice la evaluación de las 20 metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 e inicie la consulta regional sobre recursos humanos para la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015;
 - g) inste al cumplimiento del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* y brinde cooperación técnica a fin de apoyar el cumplimiento del Código, incluida la designación de una autoridad nacional y la presentación de los instrumentos de información requeridos.

(Novena reunión, 4 de octubre del 2013)

CD52.R14: Formulación de políticas basadas en la evidencia para programas nacionales de inmunización

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento *Formulación de políticas basadas en la evidencia para programas nacionales de inmunización* (documento CD52/9);

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

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

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

Observando la necesidad de los Estados Miembros de prepararse y hacer planes para evaluar la adopción de las vacunas que se encuentran en estudio, cuyo costo puede ser sustancialmente mayor que el de las vacunas tradicionales, al tiempo que mantienen otros logros en materia de inmunización,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros, según corresponda dentro de sus contextos particulares, a que:
 - a) tomen nota de los enfoques de política descritos en el documento *Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización*, para, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana y otros interesados directos pertinentes, consideren:
 - i. promover el establecimiento formal y el fortalecimiento de los comités asesores nacionales sobre inmunización u otros organismos regionales de política que tengan la misma finalidad, como es el caso del Comité Asesor del Caribe que brinda recomendaciones para toda la subregión;
 - ii. fundamentar la formulación de políticas de inmunización en una base amplia de evidencia nacional que abarque los criterios técnicos, programáticos, financieros y sociales necesarios para tomar decisiones fundamentadas;
 - iii. crear grupos técnicos de trabajo, en los casos donde se haya detectado la necesidad, para resumir o generar evidencia localmente a fin de aportar información al proceso de toma de decisiones;
 - iv. promover la implementación de actividades para armonizar los procesos de planificación y de determinación de costos de los programas nacionales de inmunización, a fin de forjar vínculos fuertes entre el uso de la información

sobre costos en la presupuestación, en la planificación y en la toma de decisiones;

- v. intercambiar estas experiencias para evaluar otras intervenciones de salud en el marco de la evaluación de tecnologías de la salud;
- b) busquen medidas para formalizar estos enfoques de política al:
- i. sancionar marcos jurídicos o administrativos para formalizar los comités técnicos asesores nacionales o subregionales de inmunización;
 - ii. promover la disponibilidad de recursos adecuados para brindar apoyo a la recopilación de datos, y a la síntesis y el uso de la evidencia en el proceso decisorio relacionado con la inmunización.
2. Instar a la Directora a que:
- a) siga prestando apoyo institucional a los Estados Miembros para fortalecer las capacidades de generación y uso de la evidencia en sus procesos decisorios nacionales relacionados con la inmunización, por conducto de la Iniciativa ProVac del programa regional de inmunización;
 - b) fomente la participación de los Estados Miembros en la Red ProVac de Centros de Excelencia;
 - c) promueva la armonización entre los Estados Miembros de los procesos de planificación y de determinación de costos que llevan a cabo los programas nacionales, considerando los aspectos específicos de cada país;
 - d) apoye las iniciativas de movilización de recursos para permitir al programa regional de vacunación proseguir con las actividades de la Iniciativa ProVac;
 - e) proporcione orientación sobre políticas regionales y facilite el diálogo a fin de fortalecer la gobernanza y la coherencia de las políticas, y de evitar la influencia indebida de conflictos de intereses reales o potenciales.

(Novena reunión, 4 de octubre del 2013)

CD52.R15: La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas* (documento CD52/11);

Teniendo en cuenta la resolución 33/134 de las Naciones Unidas en la que se respalda el Plan de Acción de Buenos Aires sobre la cooperación técnica entre países en desarrollo (1978); la resolución A/RES/64/222 de las Naciones Unidas, en la que se respalda el documento final de la Conferencia de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cooperación Sur-Sur celebrada en Nairobi (2009); y la declaración de la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo (2011), en seguimiento de la Declaración de París (2005);

Recordando la resolución EB60.R4 del Consejo Ejecutivo de la OMS, en la que se recomienda que los programas y las actividades promuevan y estimulen la cooperación entre países, y la resolución CD25.R28 (1977) del Consejo Directivo de la OPS, en la que se recomienda que los programas de cooperación técnica sean conducidos de manera conjunta por los países tanto dentro de los grupos subregionales como fuera de ellos;

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Aprobar la política renovada para la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas que figura en el documento CD52/11.
2. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) continuar promoviendo esta causa en los foros y el diálogo internacionales a fin de movilizar la voluntad política y los recursos necesarios para apoyar y fortalecer aun más la cooperación entre países y otros donantes, y solidificar su función como un enfoque complementario de la cooperación internacional;
 - b) iniciar, conducir y administrar iniciativas de cooperación para el desarrollo sanitario y seguir adelante con los esfuerzos en marcha para fortalecer la capacidad nacional de participar en la cooperación internacional en materia de salud tanto dentro de las regiones como entre ellas, en coordinación con la OPS, según lo consideren adecuado los Estados Miembros;
 - c) promover e intensificar las iniciativas en curso para intercambiar las experiencias y las prácticas más adecuadas que luego sienten las bases para el intercambio y el aprendizaje colectivo entre los países, incluido el intercambio de métodos para evaluar las actividades de cooperación entre países;
 - d) apoyar la movilización de recursos a fin de fortalecer la cooperación para el desarrollo sanitario dentro de la Región y en todas las regiones;
 - e) identificar a instituciones nacionales asociadas con la OPS/OMS para la cooperación técnica que potencialmente puedan formar parte de iniciativas de cooperación técnica con países de la Región en materias específicas;
 - f) promover la armonización, la alineación y complementariedad de las agendas en materia de salud entre los organismos subregionales y la OPS con el fin de fortalecer la cooperación entre los países, organismos y otros actores de cambio para abordar de manera eficaz los problemas comunes en materia de salud.

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) promueva y colabore con los Estados Miembros y otros donantes en la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular y los esfuerzos de movilización de recursos para fortalecer la cooperación entre países y entre bloques subregionales como una modalidad viable y sostenible de cooperación para el desarrollo sanitario;
 - b) incorpore la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en los programas de cooperación técnica de la Organización y en el nuevo Plan Estratégico, evitando la duplicación de esfuerzos en la Región;
 - c) promueva la función de intermediación de la Organización y facilite la vinculación de la oferta y la demanda de conocimientos especializados, experiencias y tecnologías relativos a la salud, a nivel nacional, regional y mundial, en coordinación con otras oficinas de la OMS, otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, y otros asociados, en especial aquellas entidades que apoyan el desarrollo sanitario y la asistencia humanitaria en el ámbito de la salud, incluida la creación de mecanismos apropiados para el intercambio interregional;
 - d) fortalezca las relaciones con las organizaciones subregionales incluso, según corresponda, mediante la suscripción de acuerdos que designen a la Organización como su órgano especializado en salud, a fin de facilitar el cumplimiento del rol estratégico de la OPS en la coordinación y optimización de las oportunidades de cooperación entre países;
 - e) facilite la elaboración de métodos y guías para examinar y evaluar las modalidades de cooperación y su repercusión sobre el desarrollo sanitario a fin de fortalecer los enfoques basados en pruebas científicas y determinar la mejor manera de usar estas modalidades para fortalecer y acelerar el progreso en materia de salud en la Región;
 - f) siga desarrollando y perfeccionando la plataforma regional de intercambio de conocimientos para facilitar el intercambio de las prácticas y los métodos más adecuados sobre la base de la experiencia de los países;
 - g) promueva la creación de redes y alianzas estratégicas sostenibles y flexibles entre las instituciones nacionales y subregionales, los centros regionales de excelencia, centros colaboradores y los actores no gubernamentales que puedan servir para abordar asuntos de salud comunes tanto dentro de cada región como entre las distintas regiones;

- h) fortalezca los mecanismos de cooperación técnica entre países, promoviendo su uso estratégico para abordar las prioridades y los problemas específicos de salud que puedan encararse con mayor eficacia mediante la acción colectiva dentro de cada región y entre ellas;
- i) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana evaluaciones periódicas de la ejecución y el impacto de la política sobre la cooperación, especialmente aquella que implica una movilización de recursos para la Organización para el desarrollo sanitario en las Américas con el propósito de poner de relieve los posibles retos y factores de éxito que puedan contribuir a mejorar aun más la política, comenzando en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana;
- j) continúe promoviendo la distribución equitativa y oportuna de las iniciativas de cooperación para el desarrollo sanitario en el marco de los principios de la solidaridad, la soberanía, la dignidad, la equidad, el desarrollo de capacidades y la sostenibilidad, alineada con la política sectorial de salud de cada país para abordar de manera más eficaz los problemas en materia de salud;
- k) promueva la armonización de agendas entre la Organización y los bloques de integración subregionales que desarrollan iniciativas en materia de salud, con el fin de aprovechar oportunidades de sinergia y complementariedad, y evitar posibles duplicidades.

(Novena reunión, 4 de octubre del 2013)

Decisiones

CD52(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Belice, México y Paraguay para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 30 de septiembre del 2013)

CD52(D2): Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a Ecuador para ocupar la Presidencia, al Estado Plurinacional de Bolivia

y a Jamaica para las Vicepresidencias, y a Barbados para la Relatoría del 52.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 30 de septiembre del 2013)

CD52(D3): Establecimiento de la Comisión General

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

(Primera reunión, 30 de septiembre del 2013)

CD52(D4): Adopción del orden del día

El Consejo aceptó que se agregasen dos temas propuestos por los Estados Miembros al orden del día provisional que figuraba en el documento CD52/1, Rev. 1: “Los principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud” y “Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans”. El Consejo adoptó el orden del día modificado como el documento CD52/1, Rev. 2. El Consejo también adoptó un programa de reuniones (documento CD52/WP/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 30 de septiembre del 2013)

CD52(D5): Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

El Consejo Directivo, habiendo tomado nota del documento *Implementación del Reglamento Sanitario Internacional* (documento CD52/10) y recordando los documentos EB132/15 Add.1 (2013) y A66/16 (2013), en los que se destaca que los criterios propuestos por la Secretaría de la OMS tienen por objeto evitar que se creen obstáculos a la plena participación de los Estados en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y, al mismo tiempo, ofrecer un incentivo concreto para garantizar que las capacidades nacionales estipuladas por el RSI estén efectivamente presentes en todo el mundo,

1. Decidió recomendar con respecto a los criterios propuestos por la Secretaría de la OMS para otorgar la prórroga del plazo 2014-2016 a fin de establecer y mantener las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI:

a) que el plazo para la presentación de la solicitud oficial de prórroga por escrito sea de por lo menos dos meses antes de la fecha del 15 de junio del 2014;

- b) apoyar que el nuevo plan de acción contenga los elementos *i* y *iii* propuestos por la Secretaría de la OMS;¹
- c) alentar la inclusión de los elementos *ii* y *iv*, propuestos por la Secretaría de la OMS,² en los nuevos planes de acción considerando que su inclusión es facultativa para los Estados Partes;
- d) agregar un criterio adicional que indique que el asesoramiento del Comité de Examen del RSI debe ser tenido en cuenta en el proceso de concesión de las prórrogas.

2. Decidió sugerir que los Estados Partes sean consultados con respecto al alcance de las funciones reconocidas del Comité de Examen en sus tareas de asesoramiento, considerando abarcar el análisis mundial del nivel de las capacidades básicas alcanzado hasta el momento por los países solicitantes.

3. Decidió reconocer la importancia de continuar el debate sobre los procedimientos, los métodos y las herramientas para monitorear e informar sobre el estado de implementación del RSI después del 2016.

4. Decidió establecer y sistematizar mecanismos sustentables que promuevan el intercambio de buenas prácticas entre los países.

5. Decidió solicitar a la Directora que:

- a) identifique los recursos para realizar una reunión regional de las autoridades responsables de la implementación y operación del RSI en el menor plazo posible, a fin de continuar el debate sobre los procedimientos, los métodos y las herramientas para monitorear e informar sobre el estado de implementación del RSI después del 2016;

¹ Estos dos elementos son: *i*) una identificación clara y específica de cuáles son los componentes de las capacidades inexistentes o insuficientes, y *iii*) una propuesta de las medidas que se adoptarán para garantizar la existencia de esas capacidades, con sus correspondientes plazos (inciso *b* del párrafo 4, documento CD52/10).

² Estos dos elementos son: *ii*) descripción de las actividades y de los progresos hechos hasta la fecha en relación con el establecimiento de esas capacidades, y *iv*) estimación de la asistencia técnica y de los recursos económicos necesarios para poner en práctica esas medidas, la proporción de esos recursos que procederá de los presupuestos nacionales, y la magnitud del apoyo externo que pueda ser necesario (inciso *b* del párrafo 4, documento CD52/10).

- b) identifique los recursos para establecer mecanismos sustentables que promuevan el intercambio de buenas prácticas entre los países;
- c) transmita esta decisión a la Secretaría de la OMS junto con el informe de esta sesión del Consejo Directivo a fin de que informe debida y detalladamente a la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

(Novena reunión, 4 de octubre del 2013)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del 52.º Consejo Directivo, Delegada del Ecuador, y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil trece. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Carina Vance Mafla
Presidenta del 52.º Consejo Directivo
Delegada del Ecuador

Carissa F. Etienne
Secretaria ex officio del 52.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 del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator
- 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 Estados Unidos de América, Granada y Perú

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
- 4.2 Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015
- 4.3 Protección social en salud
- 4.4 Recursos humanos para la salud
- 4.5 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

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

- 4.6 La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
- 4.7 Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización
- 4.8 Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
- 4.9 La cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas
- 4.10 Debate de tipo panel: La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015
- 4.11 Los principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud
- 4.12 Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2012
- 5.3 Modificaciones del Reglamento Financiero de la OPS
- 5.4 Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

6. PREMIOS

- 6.1 [PUNTO SUPRIMIDO]

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 7.2 Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015

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

7.3 Informe sobre la 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16)

7.4 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:

- A. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008-2015): Evaluación de mitad de período
- B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período
- C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas
- D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
- F. Plan regional de salud de los trabajadores
- G. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
- H. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
- I. Situación de los Centros Panamericanos

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

- A. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales
- C. Cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

- Doc. of. 344* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2012
- Doc. of. 345 y Add. I* Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
- Doc. of. 346, Add. I y Add. II* Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015

Documentos de trabajo

- CD52/1, Rev. 2 Orden del día
- CD52/2 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- CD52/3 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- CD52/4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Granada y Perú
- CD52/5 Protección social en salud
- CD52/6 Recursos humanos para la salud
- CD52/7, Rev. 1 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- CD52/8 La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
- CD52/9 Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización
- CD52/10 Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

Documentos de trabajo (cont.)

CD52/11	La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas
CD52/12	Debate de tipo panel: La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015
CD52/13 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CD52/14	Modificaciones del Reglamento Financiero de la OPS
CD52/15	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
CD52/16	[PUNTO SUPRIMIDO]
CD52/17	Los principios del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud
CD52/18	Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans

Documentos de información

CD52/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CD52/INF/2	Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015
CD52/INF/3	Informe sobre la 16. ^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16)
CD52/INF/4	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: A. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008-2015): Evaluación de mitad de período

Documentos de información (*cont.*)

CD52/INF/4

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

- B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período
- C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas
- D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
- F. Plan regional de salud de los trabajadores
- G. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
- H. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
- I. Situación de los Centros Panamericanos

CD52/INF/5

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

- A. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales
- C. Cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Edson Joseph
Permanent Secretary
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

Delegates – Delegados

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

Mrs. Elnora Warner
Principal Nursing 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

Lic. Thomas Pippo
Director de Economía de la Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Lic. Brenda Roig
Coordinadora de la Articulación de Abordaje
Territorial Integral
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Srta. Andrea Candelaria de la Puente
Secretaria del Secretario de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Claudia Madies
Asesora, Subsecretaria de Políticas
Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dr. Pablo Ignacio Bustos Villar
Asesor, Secretaría de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dr. Delon Brennen
Deputy 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. Joy St. John
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Ms. Simone Rudder
Minister Counselor, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

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

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Carlos Calvimontes
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Juan Pablo Torres
Responsable de Asuntos Parlamentarios
del Ministerio de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Alternate – Alterno

Sra. Gina Gil Aguilera
Primer Secretaria, Representante Alterna
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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

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

Sra. Laura Segall Correa
Analista Técnica de Políticas Sociais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Allan B. Culham
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

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

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Darío Paya
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CHILE (cont.)

Alternate – Alterno

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

Esclentísimo Sr. Andrés González
Embajador, Representante Permanente de
Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Martha Lucía Ospina
Directora Nacional de Epidemiología y
Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Dr. Jaime Matute
Coordinador
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Alternates - Alternos

Sra. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA (cont.)

Alternates - Alternos (cont.)

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. Daisy María Corrales
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe de Asuntos Internacionales
en Salud
Ministerio de Salud
San José

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

Alternates – Alternos

Sra. María Cristina Castro Villafranca
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Samy Araya Rojas
Ministra Consejera, Representante Alterna
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

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

Alternate – Alternos

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Virgilio Cedano
Viceministro de Planificación y Desarrollo
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Jiovanny F. Ramírez
Embajador, Representante Interino
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Rafael Montero
Director de Desarrollo Estratégico
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. Ellen Martínez
Ministra Consejera, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Erika Alvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alternata
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. Sr. Fernando Suárez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario de Gobernanza 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
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Marisol Nieto
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Soc. Diana Dávila
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Joaquín Maza Martelli
Embajador, Representante Permanente de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Dra. María Elena Marroquín Sales
Asistente Técnico, Despacho del
Ministerio de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Srta. Wendy Jeannette Acevedo
Consejera, Representante Alterna 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

Delegates – Delegados

H.E. Gillian M. S. Bristol
Ambassador, Permanent Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

Alternate – Alternos

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marco Vinicio Arévalo
Viceministro de Hospitales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Rodrigo Viemann de León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. José Carlos Castañeda
Asesor del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternates – Alternos

Dr. Roberto Molina Barrera
Asesor del Programa Nacional de
Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Sr. Luis F. Carranza
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bherie S. Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegate – Delegado

Dr. Shamdeo Persaud
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Florence Duperval Guillaume
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegates – Delegados

Dr. Jean Patrick Alfred
Assistant-Directeur/Unite D'etude et de
Programmation
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Ms. Marie Nicole J. Noel
Chef de Service des Operations
Direction du Programme Elargi de
Vaccination
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

Mr. Uder Antoine
Conseiller special du Ministre
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Ranses Lagos Valle
Ministro, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Tatiana Zelaya Bustamante
Ministra Consejera, Representante Alternas
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Alternates – Alternos

Dr. Michael Coombs
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mrs. Marva Lawson Byfield
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Dr. Delroy Fray
Senior Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales
de Alta Especialidad
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

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

Lic. Rodrigo Reina Liceaga
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña
Asesora del Subsecretario de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera Rábago
Director de Asuntos Sociales
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
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. María Fernanda Casanueva Álvarez
Jefa del Departamento de Cooperación
Institucional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Mario Alberto Puga Torres
Consejero, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Denis Ronaldo Moncada
Embajador, Representante Permanente
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Lic. Luis Alvarado
Ministro Consejero, Representante Alternata
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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. Félix Bonilla
Secretario General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Alvarado
Consejero, Representante Alternata
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Iván Chanis Barahona
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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. Sergio R. Forte Riquelme
Director General de Administración y
Finanzas
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. César Cabral Mereles
Director Técnico de UNASUR
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

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

Ministro José Pereira
Representante Alternato del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Walter Jorge Alban Peralta
Embajador, Representante Permanente del
Perú ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Maya Teresa Soto
Segunda Secretaria, Representante Alternata
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternato

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Cointha Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**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

Delegates – Delegados

H.E. La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Simone Keizer-Beache
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Alternate – Alterno

Mr. Asram Yahir Santino Soleyn
Counselor, Alternative Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lesley Resida
Director of the Bureau for Public Health
Ministry of Health
Paramaribo

SURINAME (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Maltie Mohan-Algoe
Head of the Planning Department of the
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

H.E. Neil Parsan
Ambassador, Permanent Representative
of Trinidad and Tobago to the Organization
of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mrs. Christine Sookram
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

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

Alternates – Alternos

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Stephen O'Dowd
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Noncommunicable Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta

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

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

Dr. John Flanigan
Center for Global Health
National Cancer Institute
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.

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

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

Ms. Maeve McKean
Senior Health Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

Delegate – Delegado

Sra. Marcella Camero
Segunda Secretaria, Representante Alternata
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

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Andrés Coitiño
Director de Asesoría de Relaciones
Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excmo. Sr. Milton Romani Gerner
Embajador, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Néstor Alejandro Rosa
Ministro, Representante Alternata del Uruguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Paula Rolando
Primer Secretaria, Representante Alternata
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.

Delegates – Delegados

M. Lorenzo Schiavi
Premier secrétaire, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Mrs. Arlette Bravo-Prudent
Caribbean Affairs Policy Adviser
Regional Health Agency
Martinique

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Emily R. Braid
Senior Social Policy Adviser
Politics, Economics and Communication
Group
British Embassy
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Andrew Preston
Development Counsellor
British Embassy
Washington, D.C.

Hon. Portia Stubbs-Smith
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

Alternates – Alternos

Mr. Kevin D. Monkman
Permanent Secretary
Ministry of Health and Seniors
Government of Bermuda

Mrs. Desiree Lewis
Permanent Secretary
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Angel Caballero
Adviser to the Minister
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Gytha Boerwinkel
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Angela Guiro
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
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

Mrs. Numidia K. Mercelina
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Mr. Lamberto Pedro Felida
Deputy Head of Delegation Policy Officer
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

SINT MAARTEN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Eunicio Shurman
Legal Adviser to the Minister
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

Dr. Virginia Asin Oostburg
Head Collective Prevention Services/
EPI Manager
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

Alternate – Alterno

Dr. Fenna Arnell
Head Public Health Department
Ministry of Public Health, Social
Development 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.

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. Miguel Casado Gómez
Jefe de Área de la Subdirección General de
Políticas para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores y de la
Cooperación de España
Madrid

Sr. Víctor Fernández
Becario, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health, 2012/Premio
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud
Interamericana, 2012**

Dr. Julio Frenk
México

**Pedro N. Acha Award for Excellence
in Veterinary Public Health/Premio
Pedro N. Acha a la excelencia en la salud
pública veterinaria**

Dr. Veronika Haydee Merino Osorio
Perú

**Fred L. Soper Award for Excellence
in Public Health Literature/Premio
Fred L. Soper a la excelencia en la
bibliografía de salud pública**

Dr. Alok Kumal, et.al
"Epidemiological trends and clinical
manifestations of Dengue among children in
one of the English-speaking Caribbean
countries"
Barbados

**Sérgio Arouca Award for Excellence
in Universal Health Care/Premio
Sérgio Arouca a la excelencia en la atención
sanitaria Universal**

Dr. Santiago Renjifo Salcedo (In Memoriam)
Colombia

Dr. José Lima Pedreira de Freitas
(In Memoriam)
Brazil

**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
Sra. Helvia Velloso
Mr. Fernando Flores

**Food and Agriculture Organization/
Organización para la Alimentación y la
Agricultura**

Mr. Nicholas Nelson

**International Atomic Energy Agency/
Organismo Internacional de Energía Atómica**

Ms. Maria Villanueva

**UNAIDS, Joint United Nations Programme
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene
Dr. César Nuñez
Dr. Ernest Massiah

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque
Dr. Douglas Slater
Ms. Myrna Bernard
Ms. Glenda Itiaba
Dr. Rudolph Cummings
Dr. Dereck Springer

**Caribbean Public Health Agency/
Agencia de Salud Pública del Caribe**

Dr. James Hospedales

**Council of Central American Ministers
of Health/Consejo de Ministros de Salud
de Centroamérica**

Dr. Julio Valdés

GAVI Alliance/Alianza GAVI

Dr. Stephen Sosler
Ms. Cristina Yaberi

**Inter-American Development Bank/
Banco Interamericano de Desarrollo**

Sr. Héctor Salazar-Sánchez

**Independent Expert Review Group (iERG)
on Information and Accountability for
Women's and Children's Health/Grupo de
Examen de Expertos independientes en
información y rendición de cuentas sobre la
salud de la mujer y el niño**

Mrs. Joy Phumaphi

**Organization of American States/
Organización de los Estados Americanos**

Mr. José Miguel Insulza

World Bank/Banco Mundial

Dr. Joana Godinho

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

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**International Eye Foundation/Fundación
Internacional del Ojo**

Ms. Victoria M. Sheffield

**Interamerican Society of Cardiology/
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Daniel Piñeiro

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

Dr. Rodney López

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

Dr. Norberto Larroca

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

Dr. Alberto Paganelli

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

Ms. Marcela Gaitán

**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. Raymond Jessurun
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos

**Framework Convention Alliance for Tobacco
Control/Alianza para el Convenio Marco para
el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber
Mr. Cris Bostic
Ms. Johanna Birchmayer

**Council on Health Research for
Development/Consejo de Investigación
sobre Salud y Desarrollo**

Dr. Gerald t. Keusch

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza internacional
de organizaciones de pacientes**

Mr. Luis Adrián Quiroz Castillo
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Association for Dental
Research/Asociación Internacional
para la Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES
NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Dr. Edwin Jiménez
Mr. Bob Chapman

**International Federation of Medical
Students' Associations/Federación
Internacional de Asociaciones de
Estudiantes de Medicina**

Ms. Whitney Cordoba Grueso
Ms. Kelly Thompson
Dr. Roopa Dhatt
Ms. Reshma Ramachandran
Mr. Jesse Kancir
Dr. Rael García
Dr. Aliye Runyan

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/Federación
Internacional de la Industria del
Medicamento**

Ms. Shira Kilcoyne

**International Union for Health Promotion
and Health Education/Unión Internacional
de Promoción de la Salud y de Educación
para la Salud**

Dr. Marilyn Rice

**Medicus Mundi International/
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Leigh Haynes
Ms. Meike Schleiff

**Médecins Sans Frontières/
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

**The Cochrane Collaboration/
Colaboración Cochrane**

Prof. Kay Dickersin

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists/
Sociedad Internacional de Radiógrafos y
Tecnólogos Radiológicos**

Mrs. Rita Eyer

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Mrs. Ivana Milovanovic
External Relations Officer
Office of the Director-General

Dr. Keiji Fukuda, ADG/WHO
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Isabelle Nuttall
Director
Global Capacities, Alert and Response

Dr. Terry Gail Besselaar
Technical Officer
Influenza, Hepatitis and PIP Framework

Dr. Ruediger Krech
Director
Ethics, Equity, Trade and Human Rights

**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 Posada
Assistant Director
Subdirector

Ms. Sharon Fralher
Director of Administration, a.i.
Directora de Administración Interina

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

Dr. Irene Klinger
Director, External Relations, Partnerships
and Governing Bodies
Directora, Relaciones Externas,
Asociaciones y Cuerpos Directivos

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

- - -