



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

---

# **CONSEJO EJECUTIVO**

## **140.<sup>a</sup> REUNIÓN**

**GINEBRA, 23-31 DE ENERO DE 2017**

**RESOLUCIONES Y DECISIONES  
ANEXOS**

**GINEBRA  
2017**

---

## SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
ASEAN	- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- Organización Mundial de Sanidad Animal
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OIM	- Organización Internacional para las Migraciones
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

---

Las denominaciones utilizadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

## **INTRODUCCIÓN**

La 140.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 23 al 31 de enero de 2017. Sus actas se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene las resoluciones y decisiones, con sus correspondientes anexos. Las actas resumidas de los debates del Consejo y la composición de los comités y grupos de trabajo se publican en el documento EB140/2017/REC/2. La lista de participantes y de los miembros de la Mesa figura en el documento EB140/DIV./1 Rev.1.

---



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
Introducción .....	iii
Orden del día .....	ix
Lista de documentos.....	xiii

### RESOLUCIONES Y DECISIONES

#### **Resoluciones**

EB140.R1	Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental .....	3
EB140.R2	Expresión de gratitud al Director Regional para el Mediterráneo Oriental saliente .....	3
EB140.R3	Propuesta de nombramiento para el puesto de Director General .....	4
EB140.R4	Puesto de Director General: proyecto de contrato.....	4
EB140.R5	Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia .....	7
EB140.R6	Escala de contribuciones para 2018-2019 .....	11
EB140.R7	Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018 .....	16
EB140.R8	Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal: conjunto integral revisado de remuneración, derechos conexos y sueldos del personal .....	17
EB140.R9	Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General .....	18

**Decisiones**

EB140(1)	Puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección en el Consejo Ejecutivo mediante votación con papeletas .....	19
EB140(2)	Puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección en la Asamblea de la Salud mediante votación con papeletas .....	19
EB140(3)	Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas .....	19
EB140(4)	Poliomielitis.....	20
EB140(5)	Decisión relativa al Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica .....	21
EB140(6)	Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación ..	22
EB140(7)	Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia .....	23
EB140(8)	Examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual .....	24
EB140(9)	Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes .....	24
EB140(10)	Colaboración con agentes no estatales .....	25
EB140(11)	Adjudicación del Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha.....	25
EB140(12)	Adjudicación del Premio Sasakawa para la Salud.....	26
EB140(13)	Adjudicación del Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud .....	26
EB140(14)	Adjudicación del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook .....	26
EB140(15)	Orden del día provisional de la 70. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.....	26
EB140(16)	Fecha y lugar de la 141. <sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo .....	27

**ANEXOS**

1.	Proyecto de versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y plan de trabajo propuesto para el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2018-2019 .....	31
2.	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal .....	54

	<b>Página</b>
3. Puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección mediante votación con papeletas .....	75
4. Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas.....	82
5. Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación (SSFFC): definiciones funcionales .....	84
6. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual: pautas del examen general del programa .....	88
7. Agentes no estatales con los que la OMS ha establecido o sigue manteniendo relaciones oficiales en virtud de la decisión EB140(10).....	89
8. Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo .....	91

---





## ORDEN DEL DÍA<sup>1</sup>

1. Apertura de la reunión
2. Adopción del orden del día
3. Informe de la Directora General
4. Puesto de Director General
  - 4.1 Propuesta de nombramiento de candidatos
  - 4.2 Proyecto de contrato
  - 4.3 Procedimientos para llevar a cabo la elección
5. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
6. Informe de los Comités Regionales al Consejo Ejecutivo
7. Preparación, vigilancia y respuesta
  - 7.1 Emergencias sanitarias
    - Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala
    - El Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
    - Investigación y desarrollo para enfermedades potencialmente epidémicas
    - Coordinación del personal de salud en emergencias con consecuencias sanitarias
  - 7.2 Resistencia a los antimicrobianos
  - 7.3 Poliomielitis
  - 7.4 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
    - Proyecto de plan mundial de aplicación
    - Repercusiones en la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya
  - 7.5 Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica

---

<sup>1</sup> Adoptado por el Consejo en su primera sesión (23 de enero de 2017).

8. Sistemas de salud
  - 8.1 Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas
  - 8.2 Principios para un consenso mundial sobre la donación y la gestión de sangre, componentes sanguíneos y otros productos médicos de origen humano
  - 8.3 La escasez mundial de medicamentos y vacunas
  - 8.4 Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual
  - 8.5 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
  - 8.6 Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
  - 8.7 Promoción de la salud de los migrantes
9. Enfermedades transmisibles
  - 9.1 Plan de acción mundial sobre vacunas
  - 9.2 Respuesta mundial para el control de vectores
10. Enfermedades no transmisibles
  - 10.1 Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018
  - 10.2 Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia
  - 10.3 La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
  - 10.4 Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación
  - 10.5 Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado
  - 10.6 Revitalización de la actividad física para la salud
11. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida
  - 11.1 Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
  - 11.2 Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores

- 11.3 Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente
12. Asuntos programáticos y presupuestarios
  - 12.1 Resumen de la situación financiera: presupuesto por programas 2016-2017
  - 12.2 Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019
13. Asuntos financieros
  - 13.1 Escala de contribuciones para 2018-2019
  - 13.2 [Suprimido]
14. Asuntos administrativos y de gobernanza
  - 14.1 Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS
  - 14.2 Reforma de la gobernanza: aplicación de la decisión WHA69(8) (2016)
  - 14.3 Colaboración con agentes no estatales
  - 14.4 Informes de los comités del Consejo Ejecutivo
    - Fundaciones y premios
  - 14.5 [Suprimido]
  - 14.6 Orden del día provisional de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y fecha y lugar de la 141.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo
15. Asuntos de personal
  - 15.1 Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental
  - 15.2 Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
  - 15.3 Recursos humanos: actualización
    - Criterios y principios relativos a la cesión de personal de las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas
  - 15.4 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
  - 15.5 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

16. Asuntos para información

16.1 Informes de los órganos consultivos

- Comités de expertos y grupos de estudio

17. Clausura de la reunión

---

## LISTA DE DOCUMENTOS

EB140/1 Rev.1	Orden del día provisional <sup>1</sup>
EB140/1 (anotado)	Orden del día provisional (anotado)
EB140/2	Informe de la Directora General al Consejo Ejecutivo en su 140. <sup>a</sup> reunión
EB140/3	Puesto de Director Proyecto de contrato
EB140/4	Puesto de Director General Opciones para llevar a cabo la elección mediante votación con papeletas <sup>2</sup>
EB140/5	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
EB140/6	Informe de los Comités Regionales al Consejo Ejecutivo
EB140/7	Emergencias sanitarias Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala
EB140/8	Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
EB140/9	Investigación y desarrollo para enfermedades potencialmente epidémicas Plan de preparación en materia de investigación y desarrollo y de respuesta rápida en las investigaciones
EB140/10	Coordinación del personal de salud en emergencias con consecuencias sanitarias
EB140/11	Resistencia a los antimicrobianos
EB140/12	Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia
EB140/13	Poliomielitis
EB140/14	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Proyecto de plan mundial de aplicación

---

<sup>1</sup> Véase la página ix.

<sup>2</sup> Véase el anexo 3.

EB140/15	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Repercusiones en la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya
EB140/16	Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica
EB140/16 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>1</sup>
EB140/17	Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas <sup>2</sup>
EB140/18	Principios para un consenso mundial sobre la donación y la gestión de sangre, componentes sanguíneos y otros productos médicos de origen humano
EB140/19	La escasez mundial de medicamentos y vacunas
EB140/20	Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual <sup>3</sup>
EB140/20 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>1</sup>
EB140/21	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
EB140/22	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación Mandato del Comité de Expertos sobre Investigación y Desarrollo Sanitarios
EB140/23 y EB140/23 Add.1	Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación <sup>4</sup>
EB140/24	Promoción de la salud de los migrantes
EB140/25	Plan de acción mundial sobre vacunas

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 8.

<sup>2</sup> Véase el anexo 4.

<sup>3</sup> Véase el anexo 6.

<sup>4</sup> Véase el anexo 5.

## LISTA DE DOCUMENTOS

---

EB140/26	Respuesta mundial para el control de vectores
EB140/27	Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018 <sup>1</sup>
EB140/27 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB140/28	Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia
EB140/28 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB140/29	La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
EB140/30	Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación
EB140/31	Prevención y control del cáncer en el context de un enfoque integrado
EB140/31 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB140/32	Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
EB140/33	Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores
EB140/34	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente
EB140/35	Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2016-2017
EB140/36	Anteproyecto de presupuesto por programas 2018-2019
EB140/37	Escala de contribuciones para 2018-2019
EB140/38	Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 1.

<sup>2</sup> Véase el anexo 8.

EB140/39, EB140/40 y EB140/40 Add.1	Reforma de la gobernanza: aplicación de la decisión WHA69(8) (2016)
EB140/41	Colaboración con agentes no estatales
EB140/42	Colaboración con agentes no estatales Agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales <sup>1</sup>
EB140/43	Fundaciones y premios
EB140/44	Orden del día provisional de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud y fecha y lugar de la 141.ª reunión del Consejo Ejecutivo
EB140/45	Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental
EB140/46	Recursos humanos: actualización
EB140/47	Recursos humanos: actualización Criterios y principios relativos a la cesión de personal de las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas
EB140/48	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal <sup>2</sup>
EB140/48 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>3</sup>
EB140/49	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
EB140/50	Informes de los órganos consultivos Comités de expertos y grupos de estudio
EB140/50 Add.1	Informes de los órganos consultivos Comités de expertos y grupos de estudio Composición de los cuadros de expertos y reuniones de los comités de expertos

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 7.

<sup>2</sup> Véase el anexo 2.

<sup>3</sup> Véase el anexo 8.



## LISTA DE DOCUMENTOS

---

### **Documentos de información**

EB140/INF./1	Puesto de Director General Propuesta de nombramiento de candidatos
EB140/INF./2	Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas: informe de 2015
EB140/INF./3	Reforma de la gobernanza: aplicación de la decisión WHA69(8) (2016) Proyecto de calendario de planificación prospectivo con los puntos del orden del día previstos para el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
EB140/INF./4	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
EB140/INF./5	Contribuciones señaladas de los Estados Miembros y los Miembros Asociados en las que se muestra un aumento del 10% en la financiación total de las contribuciones señaladas para 2018-2019

### **Documentos varios**

EB140/DIV./1 Rev.1	Lista de miembros y otros participantes
EB140/DIV./2	Calendario diario preliminar
EB140/DIV./3	Lista de decisiones y resoluciones
EB140/DIV./4	Lista de documentos

---



## **RESOLUCIONES Y DECISIONES**



## RESOLUCIONES

### **EB140.R1          Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental**

El Consejo Ejecutivo,

Vistas las disposiciones del Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

Enterado también de la propuesta de nombramiento formulada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental en su 63.<sup>a</sup> reunión,<sup>1</sup>

1.    NOMBRA Director Regional para el Mediterráneo Oriental al Dr. Mahmoud Fikri, con efecto a partir del 1 de febrero de 2017;
2.    AUTORIZA a la Directora General para que extienda al Dr. Mahmoud Fikri un contrato por un periodo de cinco años, con efecto a partir del 1 de febrero de 2017, con sujeción a lo dispuesto en el Estatuto del Personal y en el Reglamento de Personal;
3.    AUTORIZA a la Directora General para que modifique las condiciones de empleo del Dr. Fikri del modo siguiente: «no participará usted en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y, en lugar de ello, percibirá a modo de suplemento mensual la cuota que la Organización habría abonado cada mes a la Caja de Pensiones en caso de que hubiese usted participado en ella».

(Tercera sesión, 24 de enero de 2017)

### **EB140.R2          Expresión de gratitud al Director Regional para el Mediterráneo Oriental saliente**

El Consejo Ejecutivo,

Deseando expresar su agradecimiento al Dr. Ala Din Alwan por los servicios prestados a la Organización Mundial de la Salud;

Teniendo presente que el Dr. Ala Din Alwan ha dedicado toda su vida a la causa de la acción sanitaria internacional, y recordando especialmente los cinco años de servicios prestados como Director Regional para el Mediterráneo Oriental;

Recordando la resolución EM/RC63/R.8 (2016), adoptada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, que nombra al Dr. Ala Din Alwan Director Regional Emérito,

---

<sup>1</sup> Resolución EM/RC63/R.7 (2016).

1. EXPRESA su profundo agradecimiento y reconocimiento al Dr. Ala Din Alwan por su inestimable contribución a la labor de la OMS;
2. HACE en esta ocasión votos sinceros por que siga durante muchos años al servicio de la humanidad.

(Tercera sesión, 24 de enero de 2017)

### **EB140.R3 Propuesta de nombramiento para el puesto de Director General**

El Consejo Ejecutivo,

1. PROPONE a:

el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus,

el Dr. David Nabarro y

la Dra. Sania Nishtar

para el puesto de Director General de la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

2. SOMETE esta propuesta a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión, 25 de enero de 2017)

### **EB140.R4 Puesto de Director General: proyecto de contrato**

El Consejo Ejecutivo,

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 107 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

1. PRESENTA a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud el proyecto de contrato en que se fijan los términos y condiciones del nombramiento del Director General;<sup>1</sup>
2. RECOMIENDA a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte el siguiente proyecto de resolución:

La 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

#### I

En virtud del Artículo 31 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y del artículo 107 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

---

<sup>1</sup> Véase el anexo a la presente resolución.

APRUEBA el contrato en que se fijan los términos y condiciones del nombramiento, el sueldo y los demás emolumentos correspondientes al cargo de Director General;

## II

En virtud del artículo 110 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

AUTORIZA al Presidente de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud a firmar dicho contrato en nombre de la Organización.

## ANEXO

### **PROYECTO DE CONTRATO DE DIRECTOR GENERAL**

En el día de hoy, ..... de mayo del año dos mil diecisiete, la Organización Mundial de la Salud (denominada en adelante la Organización), de una parte, y ..... (denominado en adelante el Director General), de otra.

#### POR CUANTO

1) Según lo dispuesto en el Artículo 31 de la Constitución de la Organización, el Director General de la Organización debe ser nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud (denominada en adelante la Asamblea de la Salud) a propuesta del Consejo Ejecutivo (denominado en adelante el Consejo) y en las condiciones que la Asamblea de la Salud determine; y

2) El Director General ha sido debidamente nombrado por la Asamblea de la Salud en su sesión del día ..... de mayo del año dos mil diecisiete por un periodo de cinco años,

ESTIPULAN POR EL PRESENTE CONTRATO lo que sigue:

I. 1) El Director General desempeñará las funciones de su cargo desde el primero de julio de dos mil diecisiete hasta el día treinta de junio de dos mil veintidós, fecha de expiración del nombramiento y del presente Contrato.

2) Bajo la autoridad del Consejo, el Director General desempeñará las funciones de jefe de los servicios técnicos y administrativos de la Organización, con las atribuciones que se expresan en la Constitución y en los reglamentos de la Organización y con las que puedan señalarle la Asamblea de la Salud o el Consejo.

3) El Director General se compromete plenamente a gestionar de manera responsable y adecuada los recursos de la OMS, incluidos los recursos financieros, los recursos humanos y los recursos físicos, con eficiencia y eficacia para lograr los objetivos de la Organización; guiarse por una cultura ética, de modo que todas las decisiones y acciones de la Secretaría se basen en la rendición de cuentas, la transparencia, la integridad y el respeto; garantizar una representación geográfica equitativa y la paridad entre los sexos en los nombramientos de funcionarios y con arreglo a lo dispuesto en el Artículo 35 de la Constitución de la OMS; cumplir las recomendaciones resultantes de las auditorías internas y externas de la Organización; y garantizar la puntualidad y la transparencia de la documentación.

4) El Director General estará sujeto a las disposiciones del Estatuto del Personal de la Organización en la medida en que le sean aplicables. En particular, no podrá ocupar ningún otro puesto administrativo ni recibir emolumentos de ninguna entidad ajena a la Organización por actividades relacionadas con la Organización. No tendrá ninguna ocupación mercantil ni aceptará ningún empleo o actividad incompatibles con sus funciones en la Organización.

5) El Director General gozará, durante el ejercicio de sus funciones, de todas las prerrogativas e inmunidades que corresponden a su cargo en virtud de la Constitución de la Organización y de todos los acuerdos pertinentes que estén en vigor o que puedan concertarse ulteriormente.

6) El Director General podrá en cualquier momento, avisando con seis meses de antelación, presentar por escrito su dimisión al Consejo, el cual está facultado para aceptarla en nombre de la Asamblea de la Salud; en ese caso, a la expiración del plazo indicado el Director General cesará en sus funciones y el presente Contrato dejará de surtir efecto.

7) La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y después de oír al Director General, tendrá derecho, por razones de gravedad excepcional que puedan redundar en perjuicio de los intereses de la Organización, a rescindir el presente Contrato dando el oportuno aviso por escrito con una antelación mínima de seis meses.

II. 1) Desde el primero de julio del año dos mil diecisiete, el Director General percibirá de la Organización un sueldo anual de doscientos cuarenta y un mil doscientos setenta y seis dólares de los Estados Unidos de América que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejará una retribución líquida anual, pagadera por meses, de ciento setenta y dos mil sesenta y nueve dólares de los Estados Unidos de América<sup>1</sup> o de su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo.

2) Además de los reajustes y subsidios que normalmente perciben los funcionarios de la Organización en aplicación del Reglamento de Personal, el Director General recibirá una gratificación anual para gastos de representación de veintiún mil dólares de los Estados Unidos de América, o su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo, suma que será pagadera por meses a partir del primero de julio de dos mil diecisiete. El uso de esa gratificación quedará a la entera discreción del Director General, que la empleará para atender los gastos de representación que ocasione el ejercicio de sus funciones oficiales. El Director General tendrá derecho al reembolso de ciertos gastos, como los de viaje y mudanza que ocasionen su nombramiento, los cambios ulteriores de su lugar de destino, su cese, los viajes en comisión de servicio y los viajes por licencia en el país de origen.

III. La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y previa consulta con el Director General, podrá revisar y modificar las cláusulas del presente Contrato relativas al sueldo y a la gratificación para gastos de representación, para ponerlas en consonancia con las disposiciones cuya aplicación decida la Asamblea de la Salud respecto de las condiciones de empleo de los miembros del personal en funciones.

IV. Cualquier discrepancia de interpretación o cualquier litigio a que pueda dar lugar el presente Contrato y que no se resuelvan por vía de negociación o de amigable composición, se someterán en última instancia al tribunal competente de conformidad con el Reglamento de Personal.

---

<sup>1</sup> Las cifras son meramente indicativas, en espera de su aprobación por la Asamblea de la Salud, a recomendación del Consejo.



EN FE DE LO CUAL firmamos de nuestro puño y letra el presente documento en la fecha que antes se indica.

.....

Director General

.....

Presidente de la .....  
Asamblea Mundial de la Salud

(Séptima sesión, 25 de enero de 2017)

**EB140.R5 Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia;<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:<sup>2</sup>

La 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Preocupada por que la septicemia sigue provocando aproximadamente seis millones de muertes al año en todo el mundo, la mayoría de las cuales se podrían evitar;

Reconociendo que la septicemia, en cuanto respuesta sindrómica a una infección, es la vía final hacia la muerte que comparten la mayoría de las enfermedades infecciosas en todo el mundo;

Considerando que la septicemia sigue un curso clínico singular y apremiante que, en sus primeras fases, es fácilmente tratable mediante un diagnóstico precoz y una atención clínica oportuna y apropiada;

Considerando también que las infecciones que pueden provocar septicemia se pueden evitar frecuentemente mediante una higiene adecuada de las manos, el acceso a programas de vacunación, la mejora de la calidad y disponibilidad de sistemas de saneamiento y abastecimiento de agua y la adopción de otras prácticas óptimas de prevención y control de infecciones, y que las formas de septicemia asociadas a infecciones nosocomiales son graves, difícilmente controlables y tienen elevadas tasas de letalidad;

---

<sup>1</sup> Documento EB140/12.

<sup>2</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la resolución.

Reconociendo que, aunque la septicemia propiamente dicha no siempre se puede prevenir, sus efectos nocivos en cuanto a mortalidad y morbilidad a largo plazo se pueden mitigar mediante el diagnóstico temprano y la atención clínica apropiada y oportuna;

Reconociendo también la necesidad de mejorar las medidas de prevención de las infecciones y de control de las consecuencias de la septicemia, debido a los deficientes programas de prevención y control de las infecciones, la insuficiencia de la formación sanitaria y del reconocimiento precoz de la septicemia, el acceso inadecuado a un tratamiento y a una atención asequibles, oportunos y apropiados, los insuficientes servicios de laboratorio y la falta de enfoques integrados de la prevención y la atención clínica de la septicemia;

Observando que las infecciones asociadas a la atención sanitaria representan una vía común a través de la cual la septicemia puede provocar un aumento de la carga sobre los recursos de la atención sanitaria;

Considerando la necesidad de adoptar un enfoque integrado de la septicemia que se centre en la prevención, el reconocimiento temprano mediante servicios clínicos y de laboratorio y el acceso oportuno a la atención sanitaria, incluidos los servicios de cuidados intensivos, así como la necesidad de que se presten de forma fiable los elementos que forman el núcleo de la atención sanitaria, tales como la administración intravenosa de líquidos y la administración oportuna de antimicrobianos cuando estén indicados;

Reconociendo que:

- i)* el uso inapropiado y excesivo de antimicrobianos contribuye a la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos;
- ii)* en el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, adoptado en la resolución WHA68.7 (2015),<sup>1</sup> así como en la resolución WHA67.25 (2014), se insta a la OMS a acelerar los esfuerzos destinados a garantizar el acceso a antimicrobianos eficaces y promover su uso responsable y prudente;
- iii)* la septicemia representa la indicación más vital del uso responsable de antimicrobianos eficaces para la salud humana;
- iv)* en ausencia de una atención clínica apropiada y oportuna, especialmente antimicrobianos eficaces, la septicemia sería casi siempre letal;
- v)* el tratamiento antimicrobiano ineficaz o incompleto de las infecciones, y en particular de la septicemia, puede contribuir de manera muy importante al aumento de la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos;
- vi)* la incidencia de algunos patógenos resistentes puede reducirse mediante el uso de vacunas apropiadas; y
- vii)* los pacientes inmunodeprimidos corren mayor riesgo de sufrir formas muy graves de septicemia;

---

<sup>1</sup> Véase el documento WHA68/2015/REC/1, anexo 3.

Reconociendo que muchas enfermedades prevenibles mediante vacunación contribuyen de manera muy importante a la septicemia, y reafirmando la resolución WHA45.17 (1992) sobre inmunización y calidad de las vacunas, en la que se insta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, incluyan nuevas vacunas costoeficaces y asequibles en los programas nacionales de inmunización en los países donde ello sea viable;

Reconociendo la importancia de contar con sistemas sanitarios funcionales y sólidos que incluyan estrategias organizativas y terapéuticas para mejorar la seguridad de los pacientes y los resultados de la septicemia de origen bacteriano;

Reconociendo la necesidad de prevenir y controlar la septicemia, aumentar el acceso oportuno a un diagnóstico correcto y proporcionar programas terapéuticos apropiados;

Reconociendo las labores de promoción de las partes interesadas, en particular las actividades que se celebran cada año el 13 de septiembre<sup>1</sup> en muchos países, para concienciar acerca de la septicemia;

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>2</sup>

- 1) a incluir la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la septicemia en las políticas y procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud, en la comunidad y en los entornos de atención de salud con arreglo a directrices internacionales;
- 2) a reforzar las estrategias existentes o a elaborar nuevas estrategias que tengan por objeto programas más sólidos de prevención y control de las infecciones, en particular mediante el refuerzo de la infraestructura para la higiene, la promoción de la higiene de las manos, y otras prácticas óptimas de prevención y control de las infecciones, prácticas limpias durante los partos, prácticas de prevención de las infecciones en cirugía, mejoras en el saneamiento, la nutrición y el suministro de agua limpia, acceso a programas de vacunación, suministro de equipo de protección personal eficaz a los profesionales de la salud y control de las infecciones en los entornos de atención de salud;
- 3) a proseguir en sus esfuerzos por reducir la resistencia a los antimicrobianos y promover el uso adecuado de los antimicrobianos con arreglo al Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos<sup>3</sup> así como la elaboración y aplicación de actividades integrales de rectoría contra los antimicrobianos;
- 4) a establecer y aplicar una atención normalizada y óptima y fortalecer las contramedidas médicas para diagnosticar y tratar la septicemia en emergencias sanitarias, especialmente en los brotes, mediante directrices apropiadas que tengan un enfoque multisectorial;
- 5) a fomentar la concienciación pública acerca del riesgo de que una enfermedad infecciosa evolucione hasta provocar una septicemia, mediante la educación en el sector de la salud, en particular respecto de la seguridad de los pacientes, a fin de garantizar un pronto contacto inicial entre las personas afectadas y el sistema de atención sanitaria;

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/12, párrafo 10: las organizaciones de la sociedad civil promueven un «Día Mundial de la Sepsis» el 13 de septiembre.

<sup>2</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

<sup>3</sup> Véase el documento WHA68/2015/REC/1, anexo 3.

- 6) a elaborar material de formación dirigido a todos los profesionales de la salud en relación con la prevención de las infecciones y la seguridad del paciente y la importancia de reconocer la septicemia como una afección prevenible, en la que el factor tiempo es crucial y con necesidades terapéuticas urgentes, y de utilizar el término «septicemia» al comunicarse con los pacientes, los familiares y otras partes a fin de mejorar la concienciación pública;
- 7) a promover las investigaciones que tengan por objeto medios innovadores de diagnóstico y tratamiento de la septicemia en las diferentes etapas de la vida, en particular las investigaciones de nuevos antimicrobianos y medicamentos alternativos, pruebas diagnósticas rápidas, vacunas y otras tecnologías, intervenciones y tratamientos importantes;
- 8) a aplicar y mejorar el uso del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades para determinar la prevalencia y las características de la septicemia y de la resistencia a los antimicrobianos, y elaborar y aplicar herramientas de seguimiento y evaluación con objeto de centrar la atención en la mejora de los resultados en relación con la septicemia, y hacer un seguimiento de los progresos al respecto, en particular la elaboración y fomento de sistemas específicos de vigilancia epidemiológica, y orientar las estrategias basadas en datos científicos para la adopción de decisiones normativas relativas a actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento y el acceso a atención sanitaria pertinente para los supervivientes;
- 9) a seguir participando en los esfuerzos de promoción para fomentar la concienciación acerca de la septicemia, en particular con el apoyo a las actividades<sup>1</sup> que se celebran cada año el 13 de septiembre en los Estados Miembros;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que ponga en conocimiento del público los efectos de la septicemia en la salud, en particular mediante la publicación de un informe sobre la enfermedad en el que se describan su epidemiología mundial y efectos en la carga de morbilidad y se seleccionen enfoques eficaces para integrar el diagnóstico y tratamiento oportunos de la septicemia en los sistemas de salud actuales de aquí a finales de 2018;
- 2) que apoye a los Estados Miembros, según proceda, a definir normas y establecer las directrices, infraestructuras, capacidad de laboratorio, estrategias y herramientas necesarias para reducir la incidencia de la septicemia, y la mortalidad y complicaciones de largo plazo que provoca;
- 3) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados, organizaciones internacionales y otras partes interesadas pertinentes para mejorar el acceso a tipos de tratamientos contra la septicemia que sean de calidad, seguros, eficaces y asequibles, así como la prevención y control de las infecciones, en particular la inmunización, en los países en desarrollo, teniendo en cuenta las iniciativas actuales pertinentes;
- 4) que informe a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución.

(Séptima sesión, 25 de enero de 2017)

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/12, párrafo 10: las organizaciones de la sociedad civil promocionan un «Día Mundial de la Sepsis» el 13 de septiembre.

**EB140.R6 Escala de contribuciones para 2018-2019**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la escala de contribuciones para 2018-2019,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Directora General,

ADOPTA la escala de contribuciones de los Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2018-2019 que figura a continuación.

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2018-2019 %</b>
Afganistán	0,0060
Albania	0,0080
Alemania	6,3892
Andorra	0,0060
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	1,1461
Argelia	0,1610
Argentina	0,8920
Armenia	0,0060
Australia	2,3371
Austria	0,7201
Azerbaiyán	0,0600
Bahamas	0,0140
Bahrein	0,0440
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0070
Belarús	0,0560
Bélgica	0,8851
Belice	0,0010
Benin	0,0030
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0120
Bosnia y Herzegovina	0,0130
Botswana	0,0140
Brasil	3,8232
Brunei Darussalam	0,0290

<sup>1</sup> Documento EB140/37.

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2018-2019</b>
	<b>%</b>
Bulgaria	0,0450
Burkina Faso	0,0040
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0040
Camerún	0,0100
Canadá	2,9211
Chad	0,0050
Chequia	0,3440
Chile	0,3990
China	7,9212
Chipre	0,0430
Colombia	0,3220
Comoras	0,0010
Congo	0,0060
Costa Rica	0,0470
Côte d'Ivoire	0,0090
Croacia	0,0990
Cuba	0,0650
Dinamarca	0,5840
Djibouti	0,0010
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0670
Egipto	0,1520
El Salvador	0,0140
Emiratos Árabes Unidos	0,6040
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1600
Eslovenia	0,0840
España	2,4431
Estados Unidos de América	22,0000
Estonia	0,0380
Etiopía	0,0100
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,0070
Federación de Rusia	3,0882
Fiji	0,0030
Filipinas	0,1650
Finlandia	0,4560
Francia	4,8592
Gabón	0,0170
Gambia	0,0010
Georgia	0,0080
Ghana	0,0160
Granada	0,0010
Grecia	0,4710
Guatemala	0,0280

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2018-2019 %</b>
Guinea	0,0020
Guinea Ecuatorial	0,0100
Guinea-Bissau	0,0010
Guyana	0,0020
Haití	0,0030
Honduras	0,0080
Hungría	0,1610
India	0,7370
Indonesia	0,5040
Irán (República Islámica del)	0,4710
Iraq	0,1290
Irlanda	0,3350
Islandia	0,0230
Islas Cook (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,4300
Italia	3,7482
Jamaica	0,0090
Japón	9,6802
Jordania	0,0200
Kazajstán	0,1910
Kenya	0,0180
Kirguistán	0,0020
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2850
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0500
Líbano	0,0460
Liberia	0,0010
Libia	0,1250
Lituania	0,0720
Luxemburgo	0,0640
Madagascar	0,0030
Malasia	0,3220
Malawi	0,0020
Maldivas	0,0020
Malí	0,0030
Malta	0,0160
Marruecos	0,0540
Mauricio	0,0120
Mauritania	0,0020
México	1,4351
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0100
Mongolia	0,0050

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2018-2019 %</b>
Montenegro	0,0040
Mozambique	0,0040
Myanmar	0,0100
Namibia	0,0100
Nauru	0,0010
Nepal	0,0060
Nicaragua	0,0040
Níger	0,0020
Nigeria	0,2090
Niue (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Noruega	0,8491
Nueva Zelandia	0,2680
Omán	0,1130
Países Bajos	1,4821
Pakistán	0,0930
Palau	0,0010
Panamá	0,0340
Papua Nueva Guinea	0,0040
Paraguay	0,0140
Perú	0,1360
Polonia	0,8411
Portugal	0,3920
Puerto Rico (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Qatar	0,2690
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	4,4632
República Árabe Siria	0,0240
República Centroafricana	0,0010
República de Corea	2,0391
República Democrática del Congo	0,0080
República Democrática Popular Lao	0,0030
República de Moldova	0,0040
República Dominicana	0,0460
República Popular Democrática de Corea	0,0050
República Unida de Tanzania	0,0100
Rumania	0,1840
Rwanda	0,0020
Saint Kitts y Nevis	0,0010
Samoa	0,0010
San Marino	0,0030
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Santa Lucía	0,0010
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
Senegal	0,0050
Serbia	0,0320
Seychelles	0,0010
Sierra Leona	0,0010



<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2018-2019 %</b>
Singapur	0,4470
Somalia	0,0010
Sri Lanka	0,0310
Sudáfrica	0,3640
Sudán	0,0100
Sudán del Sur	0,0030
Suecia	0,9561
Suiza	1,1401
Suriname	0,0060
Swazilandia	0,0020
Tailandia	0,2910
Tayikistán	0,0040
Timor-Leste	0,0030
Togo	0,0010
Tokelau (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0340
Túnez	0,0280
Turkmenistán	0,0260
Turquía	1,0181
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,1030
Uganda	0,0090
Uruguay	0,0790
Uzbekistán	0,0230
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,5710
Viet Nam	0,0580
Yemen	0,0100
Zambia	0,0070
Zimbabwe	0,0040
<b>Total</b>	<b>100,0000</b>

(Octava sesión, 26 de enero de 2017)

**EB140.R7      Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018,<sup>2</sup>

RECOMIENDA a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud que examine el siguiente proyecto de resolución:<sup>3</sup>

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA66.10 (2013) sobre la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y WHA69.6 (2016) sobre las respuestas a tareas específicas en preparación para la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 66/2 (2011) sobre la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 68/300 (2014) sobre el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 69/313 (2015) sobre la Agenda de Acción de Addis Abeba, y 70/1 (2015) sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; y las resoluciones 2013/12, 2014/10, 2015/8 y 2016/5 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,

1. REFRENDA la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;
2. TOMA NOTA del plan de trabajo del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2018-2019;
3. INSTA a los Estados Miembros:<sup>4</sup>
  - 1) a seguir aplicando las resoluciones WHA66.10 (2013) sobre la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y WHA69.6 (2016) sobre las respuestas a tareas específicas en preparación para la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 66/2 (2011) sobre la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel, 68/300 (2014) acerca del documento final de la reunión de alto

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 1.

<sup>2</sup> Documento EB140/27.

<sup>3</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la resolución.

<sup>4</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 69/313 (2015) sobre la Agenda de Acción de Addis Abeba, y 70/1 (2015) sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; y las resoluciones 2013/12, 2014/10, 2015/8 y 2016/5 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, teniendo en cuenta la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;

2) a apoyar la preparación, a nivel nacional, regional e internacional, de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018;

4. PIDE a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente a la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de 2018 un informe sobre la preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018.

(Decimotercera sesión, 28 de enero de 2017)

**EB140.R8 Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal: conjunto integral revisado de remuneración, derechos conexos y sueldos del personal<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones del Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal,<sup>2</sup>

1. CONFIRMA, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, las modificaciones del Reglamento de Personal introducidas por la Directora General con efecto a partir del 1 de enero de 2017 respecto de la remuneración del personal de las categorías profesional y superior;

2. CONFIRMA TAMBIÉN, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, las modificaciones del Reglamento de Personal introducidas por la Directora General con efecto a partir del 1 de enero de 2017 respecto de las definiciones; el incentivo para la contratación; los sueldos; las prestaciones por familiares a cargo; el incentivo por movilidad, la prestación por condiciones de vida difíciles y la prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias; la prima de instalación; la prima de repatriación; la prima por terminación del servicio; las políticas de contratación; la asignación de funciones; el aumento de sueldo dentro del mismo grado; las vacaciones en el país de origen; los viajes de cónyuge e hijos; los envíos por traslado; la no ejercitación de un derecho; los gastos en caso de defunción; la supresión de puestos; y el apéndice 1 del Reglamento de Personal;

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 2.

<sup>2</sup> Documento EB140/48.

3. CONFIRMA ADEMÁS, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, las modificaciones del Reglamento de Personal introducidas por la Directora General con efecto a partir del 1 de enero de 2017 y aplicables al año académico en curso el 1 de enero de 2018, respecto del subsidio de educación; los viajes de los funcionarios; los viajes de cónyuges e hijos; y el apéndice 2 del Reglamento de Personal.

(Decimoséptima sesión, 31 de enero de 2017)

**EB140.R9 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal,<sup>2</sup>

RECOMIENDA a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General,

1. FIJA en US\$ 174 373 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Directores Regionales, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 130 586;
2. FIJA ASIMISMO en US\$ 192 236 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 142 376;
3. FIJA ADEMÁS en US\$ 241 276 el sueldo bruto anual correspondiente al puesto de Director General, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 172 069;
4. DECIDE que esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2017.

(Decimoséptima sesión, 31 de enero de 2017)

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 2.

<sup>2</sup> Documento EB140/48.

## DECISIONES

### **EB140(1) Puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección en el Consejo Ejecutivo mediante votación con papeletas<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre el puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección mediante votación con papeletas,<sup>2</sup> decidió utilizar un sistema de votación mediante papeletas para la propuesta de nombramiento de Director General.

(Segunda sesión, 23 de enero de 2017)

### **EB140(2) Puesto de Director General: procedimientos para llevar a cabo la elección en la Asamblea de la Salud mediante votación con papeletas<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre el puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección mediante votación con papeletas,<sup>2</sup> decidió:

- 1) recomendar que la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud decida utilizar un sistema de votación mediante papeletas para nombrar al Director General;
- 2) recomendar que la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ponga en práctica las propuestas descritas en el cuadro que figura en el documento EB140/4 y adopte las modificaciones propuestas en el anexo a dicho documento de conformidad con el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.<sup>3</sup>

(Segunda sesión, 23 de enero de 2017)

### **EB140(3) Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas<sup>4,5</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas,<sup>6</sup> y habiendo acogido con beneplácito el informe de

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 3.

<sup>2</sup> Documento EB140/4.

<sup>3</sup> Véase el anexo 3.

<sup>4</sup> Véase el anexo 4.

<sup>5</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la decisión.

<sup>6</sup> Documento EB140/17.

la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico presentado en septiembre de 2016 a la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Reunión Ministerial de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico que tuvo lugar en diciembre de 2016, decidió pedir a la Directora General:

- 1) que, a tiempo para la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en colaboración con la OIT, la OCDE y las entidades regionales y especializadas pertinentes, en consulta con los Estados Miembros<sup>1</sup> y de conformidad con los objetivos de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030,<sup>2</sup> ultimara un proyecto de plan de acción quinquenal 2017-2021 en apoyo de la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico;
- 2) que presentara el proyecto de plan de acción quinquenal 2017-2021 a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, para su examen;
- 3) que trabajara con los Estados Miembros<sup>1</sup> para adoptar medidas que se centren en las recomendaciones clave del informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, con inclusión de la elaboración de planes intersectoriales e inversiones en educación transformativa, promuevan la creación de empleos dignos en los sectores sanitario y social, y hagan que la movilidad internacional del personal sanitario sea en beneficio mutuo.

(Novena sesión, 26 de enero de 2017)

#### **EB140(4) Poliomielitis<sup>3</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado los informes sobre la poliomielitis<sup>4</sup> y sobre los recursos humanos: actualización;<sup>5</sup>

- 1) recordó la resolución WHA68.3 (2015) sobre la poliomielitis y alentó a los Estados Miembros a velar por su plena aplicación;
- 2) recordó los debates mantenidos anteriormente en el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud sobre los aspectos de recursos humanos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en particular sobre la cuestión de las posibles indemnizaciones derivadas de rescisión de los contratos del personal;
- 3) subrayó la necesidad de seguir prestando atención a la eficacia de la fase final para erradicar la poliomielitis y a la importancia de velar por que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis pueda cumplir su cometido, con niveles adecuados de personal cualificado;
- 4) hizo hincapié en la necesidad urgente de planificar con eficacia la transición, en consonancia con los tres objetivos principales recogidos en el párrafo 19 del documento EB140/13;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, con las organizaciones de integración económica regional.

<sup>2</sup> Véanse la resolución WHA69.19 (2016) y el documento WHA69/2016/REC/1, anexo 7.

<sup>3</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras documentado EB140/4y administrativas para la Secretaría de la adopción de la decisión.

<sup>4</sup> Documento EB140/13.

<sup>5</sup> Documento EB140/46.

- 5) hizo hincapié también en la necesidad de seguir ofreciendo intervenciones centradas, adecuadas y adaptadas a situaciones específicas, en particular en relación con las necesidades presupuestarias y de recursos humanos, a las regiones y los países en los que la transmisión no se ha interrumpido;
- 6) reconoció los importantes retos sistémicos a los que se enfrenta la OMS y que se derivarán del cierre de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis;
- 7) hizo un llamamiento para que se dé la prioridad de oportunidades adecuada para la reasignación interna con objeto de reducir los posibles pasivos e indemnizaciones, y especialmente para fortalecer el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y el Programa Ampliado de Inmunización, prestando una atención especial a la fidelización del personal con mejor desempeño;
- 8) hizo hincapié en la necesidad de acelerar las oportunidades para trasladar o reorientar al 43% del personal financiado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que trabaja en países sin casos de poliomielitis, y garantizar a la vez que se sigue disponiendo de los recursos adecuados para la vigilancia;
- 9) reiteró sus expectativas de que la contratación de personal para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se lleve a cabo sin que ello entrañe gastos evitables derivados de la previsible futura rescisión de contratos, en particular con la sincronización de las fechas de finalización de los contratos, y pidió a la OMS que vele por que los contratos normalizados que cumplen estos requisitos están disponibles y se utilizan,
- 10) decidió pedir a la Directora General que tenga a bien:
  - a) presentar a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud un informe en el que se esbochen los riesgos programáticos, financieros y relacionados con los recursos humanos que se derivan del cierre actual y la futura interrupción de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, así como una actualización de las medidas planificadas y adoptadas para mitigar tales riesgos, y garantizar a la vez que se mantienen las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis, y presentar un anteproyecto de ese informe a una reunión de Estados Miembros antes de finales de abril de 2017;
  - b) seguir informando periódicamente a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la planificación y aplicación del proceso de transición.

(Décima sesión, 27 de enero de 2017)

**EB140(5)            Decisión relativa al Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe del Grupo de Examen en 2016 del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP);<sup>2</sup> recordando la sección 6.14.5 del Marco de PIP, en la

---

<sup>1</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la decisión.

<sup>2</sup> Documento EB140/16, anexo 1.

cual se prevé que el «Director General propondrá al Consejo Ejecutivo la proporción de contribuciones [de partenariado] que deberá dedicarse a las medidas de preparación para los periodos interpandémicos, y la proporción que se deberá reservar para las actividades de respuesta en caso de pandemia, basándose en las recomendaciones del Grupo Asesor [del Marco de PIP]»; recordando también la decisión EB131(2) (2012), por la cual se decidió que, en los cinco años siguientes (2012-2016), se asignarían «aproximadamente un 70% de las contribuciones a medidas de preparación para una pandemia y se [reservarían] alrededor del 30% para actividades de respuesta, teniendo en cuenta la necesidad y conveniencia de proceder con flexibilidad en la asignación de fondos»; recordando además que en abril de 2016 el Grupo Asesor del Marco de PIP recomendó a la Directora General que se prorrogara hasta el 31 de diciembre de 2017 el periodo de validez de todas las decisiones relativas a la implantación de las contribuciones de partenariado, incluida la decisión EB131(2) del Consejo Ejecutivo, y que con ello el Grupo Asesor estaba también recomendando que se prorrogara la proporcionalidad entre medidas de preparación para una pandemia y actividades de respuesta acordada en virtud de la decisión EB131(2);<sup>1</sup> señalando que la Directora General aceptó esa recomendación; señalando asimismo que el informe del Grupo de Examen en 2016 del Marco de PIP será presentado a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2017 y que las deliberaciones de la Asamblea de la Salud al respecto pueden tener incidencia en la formulación de la subsiguiente propuesta sobre el reparto proporcional de los fondos entre medidas de preparación para una pandemia y actividades de respuesta; habiendo examinado además los documentos EB140/15 y EB140/16 y las recomendaciones, en particular la recomendación 36, del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016, recogidas en el documento EB140/16, decide:

- 1) prorrogar la aplicación de la decisión EB131(2) (2012) hasta el 28 de febrero de 2018;
- 2) pedir a la Directora General que, con arreglo a lo previsto en la sección 6.14.5 del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) y basándose en la opinión del Grupo Asesor del Marco de PIP, formule una nueva propuesta sobre la proporción de las contribuciones de partenariado que deberá dedicarse a las medidas de preparación en los periodos interpandémicos y la proporción que se deberá reservar para las actividades de respuesta en caso de pandemia, para que el Consejo Ejecutivo la examine en su 142.<sup>a</sup> reunión, prevista para enero de 2018;
- 3) pedir a la Directora General que prosiga las consultas con la secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica y otras organizaciones internacionales pertinentes, según proceda, en el contexto de los compromisos internacionales existentes, sobre el acceso a los patógenos y la participación justa y equitativa en los beneficios, en interés de la salud pública, y que presente un informe al respecto a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión, 27 de enero de 2017)

**EB140(6) Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación<sup>2</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe de la quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación<sup>1</sup> y la resolución WHA65.19 (2012),<sup>2</sup> decidió:

---

<sup>1</sup> [http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), párr. 45 (consultado el 30 de noviembre de 2016).

<sup>2</sup> Véase el anexo 5.



- 1) aprobar las definiciones presentadas en el apéndice 3 del anexo del documento EB140/23;
- 2) recomendar a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud:
  - a) que apruebe las definiciones presentadas en el apéndice 3 del anexo del documento EB140/23;
  - b) pedir a la Directora General que sustituya la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» por la expresión «productos médicos de calidad subestándar y falsificados», que se utilizará en el nombre del mecanismo de Estados Miembros y en toda la documentación futura en relación con los productos médicos de ese tipo.

(Undécima sesión, 27 de enero de 2017)

**EB140(7) Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia<sup>3</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025,<sup>4</sup> decidió recomendar a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la decisión siguiente:

La 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025,

- 1) respaldó el plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025;
- 2) instó a los Estados Miembros<sup>5</sup> a que: formulen cuanto antes respuestas nacionales ambiciosas para la aplicación general del plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025;
- 3) pidió a la Directora General que presente a la Asamblea de la Salud en 2020, 2023 y 2026, sendos informes sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Decimocuarta sesión, 30 de enero de 2017)

---

<sup>1</sup> Documento EB140/23.

<sup>2</sup> Véase el documento WHA65/2012/REC/1, y en particular la nota a pie de página del primer párrafo del anexo de dicha resolución.

<sup>3</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la decisión.

<sup>4</sup> Documento EB140/28, anexo.

<sup>5</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

**EB140(8) Examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual<sup>1,2</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual,<sup>3</sup> decidió aprobar las pautas para el examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual que figuran en el anexo a la presente decisión, y pedir a la Secretaría que elabore una estimación de las necesidades y posibles fuentes de financiación de los costos de aplicación de las recomendaciones resultantes del examen del programa, y la presente a la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en 2018, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.<sup>a</sup> reunión.

(Decimoséptima sesión, 31 de enero de 2017)

**EB140(9) Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo, tomando nota del informe sobre la promoción de la salud de los migrantes,<sup>4</sup> recordando la resolución WHA61.17 (2008) sobre salud de los migrantes, y reafirmando la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, en particular sus anexos acerca del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada, decidió pedir a la Directora General:

- 1) que, en consulta y cooperación plenas con los Estados Miembros<sup>5</sup> y en cooperación con la Organización Internacional para las Migraciones, el ACNUR y otras partes interesadas pertinentes, prepare un proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, a efectos de su presentación a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud;
- 2) que, en estrecha colaboración con los Estados Miembros y con arreglo a los principios rectores, despliegue todos los esfuerzos posibles para velar por que los aspectos relativos a la salud se aborden adecuadamente en la formulación del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada, en colaboración estrecha con las organizaciones internacionales pertinentes, y que informe al respecto a la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud;
- 3) que lleve a cabo un análisis de la situación determinando y reuniendo las experiencias y las enseñanzas extraídas sobre la salud de los refugiados y los migrantes en cada región, con objeto de hacer aportaciones para la formulación del marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, y que informe al respecto a la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud;

---

<sup>1</sup> En el anexo 8 se indican las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la decisión.

<sup>2</sup> Véase en anexo 6.

<sup>3</sup> Documento EB140/20.

<sup>4</sup> Documento EB140/24.

<sup>5</sup> Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

4) que, en consulta y cooperación plenas con los Estados Miembros<sup>1</sup> y en cooperación con otras partes interesadas tales como la Organización Internacional para las Migraciones y el ACNUR, elabore un proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes que se presentará para su adopción a la 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 144.<sup>a</sup> reunión.

(Decimoséptima sesión, 31 de enero de 2017)

### **EB140(10) Colaboración con agentes no estatales<sup>2</sup>**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre los agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales, incluido el examen de un tercio de los agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales,<sup>3</sup>

- 1) decidió:
  - a) aceptar que la OMS establezca relaciones oficiales con los agentes no estatales siguientes: Fundación Bill y Melinda Gates, Grand Challenges Canada, International Rescue Committee, Knowledge Ecology International y The Fred Hollows Foundation;
  - b) interrumpir las relaciones oficiales con los agentes no estatales siguientes: Inclusion International, Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y de los Niños, Centro Internacional de Comercio y Desarrollo Sostenible, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y Asociación Mundial para la Salud Sexual;
- 2) tomó nota con reconocimiento de su colaboración con la OMS, elogió su continua dedicación a la labor de la OMS y decidió que se mantengan las relaciones oficiales de la OMS con los 58 agentes no estatales cuyos nombres figuran en el anexo 2 del documento EB140/42;
- 3) tomó nota asimismo de los informes relativos a la Asociación Europea de Medicamentos Genéricos, Handicap International Federation, la Alianza Internacional de Mujeres, la Federación Internacional de Mujeres de Negocios y Profesionales, International Insulin Foundation, la Sociedad Internacional de la Médula Espinal, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, la Asociación Italiana de Amigos de Raoul Follereau, la Asociación Internacional de Médicas, Rehabilitación Internacional y la Federación Mundial de Sordos, y de que aún no se habían acordado planes de colaboración, y decidió aplazar el examen de las relaciones con esos agentes no estatales hasta la 142.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, en enero de 2018, en la que se deberían presentar al Consejo los informes sobre los planes de colaboración acordados y sobre el estado de las relaciones.

(Decimoséptima sesión, 31 de enero de 2017)

### **EB140(11) Adjudicación del Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha, adjudicó el Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha correspondiente a 2017 a la

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

<sup>2</sup> Véase el anexo 7.

<sup>3</sup> Documento EB140/42.

Dra. Yasmin Ahmed Jaffer, de Omán, por su importante contribución a la salud pública de Omán. La galardonada recibirá en dólares de los Estados Unidos una suma equivalente a Fr.s. 2500.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

#### **EB140(12) Adjudicación del Premio Sasakawa para la Salud**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe del Comité de Selección del Premio Sasakawa para la Salud, adjudicó el Premio Sasakawa para la Salud correspondiente a 2017 al Dr. Arslan Rinchin, de Mongolia, por su destacada contribución al desarrollo de la atención primaria de salud en Mongolia. El galardonado recibirá US\$ 30 000.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

#### **EB140(13) Adjudicación del Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el Informe del Comité de Selección de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud, adjudicó el Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud correspondiente a 2017 al Profesor Lô Boubou Baïdy, de Mauritania, por su importante contribución al establecimiento del centro nacional de transfusión sanguínea y al desarrollo de servicios de transfusión sanguínea, así como por su lucha contra las hepatitis víricas, el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual en Mauritania. El galardonado recibirá US\$ 20 000.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

#### **EB140(14) Adjudicación del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook**

El Consejo Ejecutivo, habiendo considerado el informe del Comité de Selección del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook, adjudicó el Premio de 2017 al Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias Henry Reeve (Cuba) por su destacada contribución a la salud pública. El galardonado recibirá la suma de US\$ 100 000.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

#### **EB140(15) Orden del día provisional de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe de la Directora General sobre el orden del día provisional de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,<sup>1</sup> y recordando su decisión anterior de que la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se celebrara en el Palais des Nations, en Ginebra, a partir del lunes 22 de mayo de 2017, para concluir no más tarde del miércoles 31 de mayo de 2017,<sup>2</sup> aprobó el orden del día provisional de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en su forma enmendada.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

---

<sup>1</sup> Documento EB140/44.

<sup>2</sup> Véase la decisión EB139(11) (2016).

**EB140(16)      Fecha y lugar de la 141.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo**

El Consejo Ejecutivo decidió que su 141.<sup>a</sup> reunión se celebrara los días 1 y 2 de junio de 2017, en la sede de la OMS en Ginebra.

(Decimoctava sesión, 31 de enero de 2017)

---



## **ANEXOS**





## ANEXO 1

### **Proyecto de versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y plan de trabajo propuesto para el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2018-2019<sup>1</sup>**

[EB140/27, anexos 1 y 3 – 5 de diciembre de 2016]

[Apéndice 1]

#### **PROYECTO DE VERSIÓN ACTUALIZADA DEL APÉNDICE 3 DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020**

##### **¿Qué es el apéndice 3?**

1. El apéndice 3 forma parte del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Contiene un conjunto de opciones de política e intervenciones costoeficaces ideadas para ayudar a los Estados Miembros a que, según proceda en función del contexto nacional (y sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a determinar sus políticas fiscales, entre otras), apliquen medidas para lograr las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Se presentan enmarcadas en los seis objetivos del Plan de acción mundial. La lista de intervenciones no es exhaustiva, pero con ella se pretende proporcionar información y orientación sobre la eficacia y la costoeficacia de las intervenciones poblacionales e individuales en función de las pruebas existentes, y facilitar una base para la elaboración y ampliación futuras de la base documental. Los países están aplicando el Plan de acción mundial, de conformidad con el contexto nacional, y el apéndice 3 se ha utilizado en la elaboración de planes nacionales de acción y la determinación de prioridades.

##### **¿Por qué actualizar el apéndice 3?**

2. El apéndice 3 se ha actualizado a petición de los Estados Miembros para tener en cuenta los nuevos datos disponibles sobre costoeficacia y la publicación de nuevas recomendaciones de la OMS desde que se adoptó el Plan de acción mundial, en 2013, así como para perfeccionar la formulación actual de algunas intervenciones sobre la base de las enseñanzas extraídas del uso de la primera versión. El Plan de acción mundial finaliza en 2020, y las posibles actualizaciones futuras formarán parte de las subsiguientes estrategias mundiales para las enfermedades no transmisibles que se formulen.

---

<sup>1</sup> Véase la resolución EB140.R7.

## ¿Qué ha cambiado?

3. El conjunto de las posibles opciones enumeradas para los objetivos 1 (otorgar más prioridad a las enfermedades no transmisibles), 2 (reforzar el liderazgo y la gobernanza), 5 (investigación) y 6 (vigilancia y evaluación) son recomendaciones relacionadas con procesos y no han cambiado. En cambio, en los objetivos 3 (factores de riesgo) y 4 (sistemas de salud) de la versión actualizada del apéndice 3, figuran actualmente en total 86 intervenciones y medidas generales o instrumentales, lo que constituye una ampliación con respecto a la lista original de 62. El aumento responde a la mayor disponibilidad de datos científicos y la necesidad de desagregar algunas de las intervenciones precedentes (tales como «reducir la ingesta de sal») en medidas definidas y aplicables más claramente.

4. Al igual que en el apéndice 3 original, se señalan en negritas algunas de las intervenciones cuya aplicación se considera más costoeficaz y factible. En el apéndice 3 actualizado se enumeran en negrita 16 intervenciones<sup>1</sup> (14 en la versión original), habiéndose modificado el método de determinarlas.<sup>2</sup> Se enumeran por orden decreciente de costoeficacia otras intervenciones cuya costoeficacia ha podido ser analizada en el proyecto OPCIÓN OMS (para la elección de intervenciones costoeficaces).<sup>3</sup> Asimismo se enumeran las intervenciones mencionadas en directrices y documentos técnicos de la OMS que no han podido ser analizadas en el proyecto OPCIÓN OMS. Hay que interpretar estas listas con prudencia; por ejemplo, la ausencia de análisis OPCIÓN OMS no necesariamente significa que la intervención no sea costoeficaz, asequible o factible sino más bien que por razones metodológicas o de capacidad no ha podido llevarse a cabo el análisis OPCIÓN OMS. Los análisis económicos del anexo técnico,<sup>4</sup> en los que se basa la lista, ofrecen una evaluación de la razón de costoeficacia, los efectos para salud y el costo económico de la aplicación. Los resultados económicos presentan un conjunto de parámetros para su examen por los Estados Miembros, pero conviene señalar que esos análisis de ámbito mundial deben ir acompañados de análisis en el contexto local. Se dispone de otros medios de la OMS, como la herramienta «Una Salud»,<sup>5</sup> para ayudar a los países a valorar los costos de intervenciones específicas en el contexto nacional.

## Importancia de las consideraciones no financieras

5. El análisis de la costoeficacia es un instrumento útil, pero tiene limitaciones y no debería utilizarse como base única para adoptar decisiones. Al seleccionar las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles hay que tomar en consideración su eficacia, costoeficacia, asequibilidad, capacidad para aplicarlas, viabilidad en función de las circunstancias nacionales, y repercusiones en la equidad sanitaria, así como la necesidad de aplicar combinaciones de intervenciones normativas dirigidas a toda la población, e intervenciones específicas.

---

<sup>1</sup> Con una razón media de costoeficacia  $\leq$  I\$ 100/años de vida ajustados en función de la discapacidad evitados en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. El dólar internacional (I\$) es una unidad monetaria hipotética que tiene la misma paridad del poder adquisitivo que el dólar de los EE.UU. tenía en los Estados Unidos en un momento dado.

<sup>2</sup> La lista de intervenciones que figuran en negritas en este apéndice 3 actualizado se basa únicamente en análisis económicos. En una nueva columna del apéndice 3 actualizado se presentan consideraciones no financieras decisivas susceptibles de afectar a la factibilidad de determinadas intervenciones en algunos entornos.

<sup>3</sup> Sobre la base de la razón de costoeficacia en entornos de ingresos bajos y medianos.

<sup>4</sup> El proyecto de anexo técnico figura en el documento de debate de la OMS de fecha 25 de julio de 2016 relativo al proyecto de apéndice 3 actualizado, que se puede consultar en el sitio <http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/> (consultado el 10 de octubre de 2016). Será actualizado después de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo, antes de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud.

<sup>5</sup> <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/> (consultado el 10 de octubre de 2016).

6. En una nueva columna del apéndice 3 actualizado se presentan consideraciones no financieras decisivas susceptibles de afectar a la factibilidad de determinadas intervenciones en algunos entornos. Muchas de las intervenciones de prevención y lucha contra las enfermedades no transmisibles conllevan prestaciones y costos multisectoriales que hay que tener en cuenta; en el apéndice 5 del Plan de acción mundial se dan ejemplos de aspectos multisectoriales de esas intervenciones. No ha sido posible proporcionar una valoración de la equidad de cada una de las intervenciones, habida cuenta de la importancia del contexto, pero en general las intervenciones que más muestras han dado de potencial para reducir las desigualdades en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles han sido las de base poblacional, incluidas las políticas fiscales y los cambios ambientales.<sup>1</sup> Las intervenciones específicas, especialmente las que entrañan campañas de educación y sensibilización, son las que con mayor probabilidad ampliarán las desigualdades, por lo que deben acompañarse de medidas de evaluación y corrección de otros obstáculos al cambio de comportamiento. Para garantizar que las políticas sean eficaces en todos los grupos de población, es necesario considerar y evaluar el impacto de cualquier intervención en las desigualdades sanitarias.<sup>2</sup>

### **Anexo técnico**

7. Con arreglo a las observaciones formuladas por los expertos y los Estados Miembros, la presente versión actualizada del apéndice 3 va acompañada de un anexo técnico.<sup>3</sup> En el anexo se proporciona información más pormenorizada sobre el método utilizado para especificar y analizar las intervenciones, y se presentan los resultados del análisis económico separadamente para los países de ingresos bajos y medianos-bajos y los países de ingresos medianos-altos y altos. La Secretaría estudiará opciones para proporcionar una herramienta web interactiva con la que los usuarios puedan comparar la información y clasificarla con arreglo a sus necesidades. Las descripciones detalladas del método OPCIÓN OMS aplicado en esos análisis, incluidas las premisas, la robustez de los datos y los distintos estudios utilizados de base para la elaboración de modelos para cada intervención, se publicarán aparte en forma de documentos científicos sometidos a examen colegiado, que se pondrán a disposición del público con acceso abierto.

---

<sup>1</sup> Véanse, por ejemplo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247638/obesity-090514.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf); [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1); y [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf) (consultados el 10 de octubre de 2016).

<sup>2</sup> Por ejemplo, acompañando los aumentos de precio del tabaco con apoyo a los pobres para que dejen el hábito de fumar, y velando por que la reformulación de productos alimenticios abarque al abanico entero de productos y no solo a las opciones más caras.

<sup>3</sup> El proyecto de anexo técnico figura en el documento de debate de la OMS de fecha 25 de julio de 2016 relativo al proyecto de apéndice 3 actualizado, que se puede consultar en el sitio <http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/> (consultado el 10 de octubre de 2016). Será actualizado después de la 140.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, antes de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>OBJETIVO 1</b>		
<p><b>Medidas generales o instrumentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar al público y a los responsables políticos acerca de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y aumentar sus conocimientos teóricos y prácticos al respecto</li> <li>• Integrar las enfermedades no transmisibles en la agenda social y de desarrollo y en las estrategias de reducción de la pobreza</li> <li>• Fortalecer la cooperación internacional en materia de movilización de recursos, creación de capacidad, capacitación del personal sanitario e intercambio de información sobre las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas</li> <li>• Lograr la participación y movilización de la sociedad civil y del sector privado, según proceda, y reforzar la cooperación internacional para respaldar la aplicación del plan de acción en los ámbitos mundial, regional y nacional</li> <li>• Aplicar otras opciones de política en el objetivo 1</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informe de la OMS sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles en 2014</li> <li>– Notas descriptivas de la OMS</li> <li>– Perfiles nacionales relativos a las enfermedades no transmisibles (2014)</li> <li>– GLOBOCAN 2008, CIIC</li> </ul>
<b>OBJETIVO 2</b>		
<p><b>Medidas generales o instrumentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar y aumentar, según sea necesario, las asignaciones presupuestarias destinadas a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a establecer sus políticas fiscales y de otra índole</li> <li>• Evaluar la capacidad nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles</li> <li>• Elaborar y aplicar una política y un plan nacional multisectorial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles con participación multipartita</li> <li>• Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 2 a fin de fortalecer la capacidad nacional, y en particular la capacidad humana e institucional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nota del Secretario General de las Naciones Unidas A/67/373</li> <li>– Instrumento de análisis de la capacidad de los países en materia de enfermedades no transmisibles</li> <li>– Online NCD MAP Tool for developing, implementing and monitoring national multisectoral action plans</li> </ul>

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>OBJETIVO 3</b>		
<b>CONSUMO DE TABACO</b>		
<b>Medidas generales o instrumentales</b>	<p><i>Para las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar la aplicación eficaz del CMCT de la OMS y sus protocolos</li> <li>• Establecer y poner en marcha mecanismos nacionales para coordinar la aplicación del CMCT de la OMS como parte de la estrategia nacional con mandato, responsabilidades y recursos específicos</li> </ul> <p><i>Para los Estados Miembros que no son Partes en el CMCT de la OMS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la posibilidad de aplicar las medidas previstas en el CMCT de la OMS y sus protocolos, todos ellos instrumentos fundacionales del control del mundial del tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El CMCT de la OMS, sus directrices y su protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco</li> <li>– Módulos de creación de capacidad MPOWER para reducir la demanda de tabaco, en consonancia con el CMCT de la OMS (2011-2014)</li> <li>– Medidas normativas previstas en MPOWER (2009)</li> <li>– Informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (2008, 2009, 2011, 2012, 2015)</li> </ul>
<b>Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumentar los impuestos especiales y los precios aplicados a los productos de tabaco</b></li> <li>• <b>Utilizar un empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Assessing the national capacity to implement effective tobacco control policies (2011)</li> <li>– Technical resource for country implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3 (2012)</li> <li>– WHO tobacco tax simulation model (TaXSiM) (2014)</li> <li>– WHO technical manual on tobacco tax administration (2010)</li> <li>– IARC Handbook of Cancer Prevention/ Volume 12 (2008), Volume 13 (2009), Volume 14 (2011)</li> <li>– Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation (2016)</li> </ul>

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Promulgar y aplicar una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, incluida la publicidad transfronteriza y a través de medios de comunicación modernos</b></li> <li>• <b>Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos, transporte público, y en todos los lugares exteriores que alberguen concentraciones multitudinarias</b></li> <li>• <b>Realizar campañas a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno</b></li> <li>• <b>Proporcionar apoyo gratuito, eficaz y generalizado (que incluya un breve asesoramiento, el servicio de una línea telefónica gratuita y de telefonía móvil (mCessation)) para ayudar a abandonar el hábito de fumar a quienes lo deseen</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: lo que usted debe saber (2013)</li> <li>– Cómo lograr que la suya también sea una ciudad sin humo de tabaco: cuaderno del paciente (2011) y guía del taller (2013)</li> <li>– Smoke-free movies: from evidence to action - third edition (2016)</li> <li>– Protect people from tobacco smoke: smoke-free environments (2011)</li> <li>– A guide to tobacco-free mega events (2009)</li> <li>– Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke (2007)</li> <li>– Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care (2013)</li> <li>– Training for tobacco quit line counsellors: telephone counselling (2014)</li> <li>– Desarrollo y perfeccionamiento de servicios telefónicos nacionales gratuitos de ayuda para abandono del tabaco (2011)</li> </ul>

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar medidas para reducir al mínimo el comercio ilícito de productos de tabaco</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hacer frente a la epidemia de tabaquismo en una nueva era de liberalización del comercio y la inversión (2012)</li> </ul>
<b>USO NOCIVO DEL ALCOHOL</b>			
Medidas generales o instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol mediante acciones multisectoriales en las áreas recomendadas</li> <li>• Reforzar el liderazgo y aumentar la voluntad y la capacidad de afrontar el uso nocivo del alcohol</li> <li>• Aumentar la concientización y reforzar la base de conocimiento sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo del alcohol recurriendo a programas de sensibilización, investigaciones operacionales, mejora del monitoreo y sistemas de vigilancia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (2010) (WHA63.13)</li> <li>– WHO global status report on alcohol and health (2014)</li> <li>– Notas descriptivas y documentos de políticas de la OMS sobre el uso nocivo del alcohol</li> </ul>
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumentar los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas</b></li> <li>• <b>Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación)</b></li> <li>• <b>Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor (reduciendo la densidad de los puntos de venta al por menor y restringiendo los horarios de venta)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere una administración tributaria eficaz y debería combinarse con medidas para prevenir la elusión y la evasión fiscal</li> <li>– Requiere capacidad para poner en marcha y hacer cumplir la reglamentación y la legislación</li> <li>– Los controles formales de las ventas se tienen que complementar con medidas contra el alcohol de producción ilícita o informal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– WHO implementation toolkit for the global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2017)</li> <li>– Resource book on alcohol taxation (2017)</li> </ul>

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promulgar y aplicar legislación sobre conducción bajo los efectos del alcohol y de límites de concentración de alcohol en la sangre mediante puestos de control de la alcoholemia</li> <li>• Proporcionar breves intervenciones psicosociales a las personas que consumen alcohol de forma peligrosa y nociva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere la asignación de recursos humanos y equipo suficientes</li> <li>– Requiere profesionales capacitados a todos los niveles de la atención de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Manuals for the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) and the ASSIST-linked brief interventions (2011)</li> <li>– Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care (2001)</li> </ul>
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exámenes periódicos de los precios respecto de la inflación y los ingresos</li> <li>• Establecer precios mínimos del alcohol, cuando proceda.</li> <li>• Promulgar y aplicar una edad mínima apropiada para la adquisición o el consumo de bebidas alcohólicas</li> <li>• Limitar o prohibir la promoción de bebidas alcohólicas en relación con el patrocinio y las actividades dirigidas a los jóvenes</li> <li>• Llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas en los servicios de salud y sociales</li> <li>• Proporcionar información a los consumidores acerca de las bebidas alcohólicas y etiquetar las bebidas, señalando los daños relacionados con el alcohol</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Guía de intervención mhGAP (2016)</li> </ul>
<b>DIETA MALSANA</b>			
Medidas generales o instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud</li> <li>• Aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004)</li> <li>– Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (2010)</li> </ul>



	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS <sup>c</sup>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children (2012)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reducir la ingesta de sal reformulando los productos alimenticios para que contengan menos sal y fijando niveles objetivo de contenido de sal en los alimentos y las comidas</b></li> <li>• <b>Reducir la ingesta de sal mediante la creación de un entorno propicio en instituciones públicas, tales como hospitales, escuelas, lugares de trabajo y residencias para que puedan proponerse opciones con menos contenido de sodio</b></li> <li>• <b>Reducir la ingesta de sal mediante una campaña en los medios de comunicación que inste a un cambio de comportamiento</b></li> <li>• <b>Reducir la ingesta de sal mediante la instauración de un etiquetado en la parte frontal de los envases</b></li> <li>• Eliminar las grasas trans industriales mediante la elaboración de legislación que prohíba su uso en la cadena alimentaria</li> <li>• Reducir el consumo de azúcar con la aplicación de gravámenes sobre las bebidas azucaradas<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere medidas multisectoriales con los ministerios pertinentes y apoyo de la sociedad civil</li>   <li>– Requiere capacidad de reglamentación, además de medidas multisectoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– WHO nutrient profile model(s) for regulating marketing food and non-alcoholic beverages to children</li> <li>– Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016)</li> <li>– WHO e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA)</li> <li>– Nota descriptiva sobre alimentación sana</li> <li>– Interventions on diet and physical activity: what works: summary report (2009)</li> <li>– Guideline: sodium intake for adults and children (2012)</li> <li>– Guideline: potassium intake for adults and children (2012)</li> <li>– SHAKE the salt habit: technical package for salt reduction (2016)</li> <li>– Guideline: sugars intake for adults and children (2015)</li> <li>– Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases (2016)</li> </ul>

<sup>1</sup> El análisis de esta intervención en el marco del proyecto OPCIÓN OMS está en curso y se ultimaré antes de la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y promover la continuación posterior de la lactancia materna</li> <li>• Ofrecer subvenciones para fomentar el aumento de la ingesta de frutas y hortalizas</li> <li>• Sustituir las grasas <i>trans</i> y las grasas saturadas por grasas insaturadas mediante la reformulación, el etiquetado y políticas fiscales y agrícolas</li> <li>• Limitar el tamaño de las porciones y los envases para reducir la ingesta calórica y el riesgo de sobrepeso u obesidad infantil</li> <li>• Impartir conocimientos sobre nutrición y asesorar al respecto en diferentes entornos (por ejemplo, guarderías, escuelas, lugares de trabajo y hospitales) para aumentar la ingesta de frutas y hortalizas</li> <li>• Introducir el etiquetado nutricional para reducir la ingesta total de calorías (kcal), azúcares, sodio y grasas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2003)</li> <li>– Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (1981)</li> <li>– Pruebas Científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural (1998)</li> <li>– Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code: status report (2016)</li> <li>– Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para atención integral (2009)</li> <li>– Five keys to a healthy diet (2016)</li> <li>– Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (2004)</li> <li>– Population-based approaches to childhood obesity prevention (2012)</li> <li>– Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition (2013)</li> <li>– Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2007)</li> </ul>

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en marcha campañas en los medios de comunicación sobre la conveniencia de una alimentación saludable, y en particular de mercadotecnia social para reducir la ingesta de grasa total, grasas saturadas, azúcares y sal, y promover la ingesta de frutas y hortalizas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health (2008)</li> <li>– Development of a framework on the nutrition-friendly schools initiative (2006)</li> <li>– Prioritizing areas for action in the field of prevention of childhood obesity (2012)</li> </ul>
<b>INACTIVIDAD FÍSICA</b>			
Medidas generales o instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (2010)</li> <li>– Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016)</li> <li>– Interventions on diet and physical activity: what works: summary report (2009)</li> <li>– Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación (2008)</li> <li>– Physical activity technical package (2016)</li> </ul>

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar asesoramiento en materia de actividad física y derivación de los pacientes en el marco de los servicios básicos de atención primaria de la salud mediante una intervención breve</li> <li>• Difundir comunicaciones de sensibilización y motivación pública sobre actividad física, en particular campañas en los medios de comunicación para promover un cambio de comportamiento en relación con la actividad física<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere personal suficiente y capacitado en atención primaria</li> </ul>	
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que el macroubanismo incorpore elementos fundamentales tales como la densidad residencial, la conexión de redes viarias que cuenten con acera, la facilidad de acceso a diferentes destinos y el acceso al transporte público</li> <li>• Introducir programas que abarquen a la escuela en su conjunto y prevean actividades de educación física, la disponibilidad de instalaciones adecuadas y el apoyo a la actividad física para todos los niños</li> <li>• Proporcionar acceso conveniente y seguro a espacios públicos abiertos de calidad e infraestructuras adecuadas para fomentar los desplazamientos a pie y en bicicleta</li> <li>• Poner en marcha en el lugar de trabajo programas de actividad física integrados por múltiples componentes</li> <li>• Promover la actividad física por medio de grupos y clubes deportivos organizados, programas y eventos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere la participación y la capacidad de sectores ajenos al de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física (2007)</li> <li>– Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity (2012)</li> <li>– Population-based approaches to childhood obesity prevention (2012)</li> <li>– School policy framework (2008)</li> <li>– Promoting physical activity in schools: an important element of a health-promoting school (2007)</li> <li>– Quality physical education policy package (2014)</li> <li>– Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física (2008)</li> </ul>

<sup>1</sup> El análisis de esta intervención en el marco del proyecto OPCIÓN OMS está en curso y se ultimaré antes de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>OBJETIVO 4</b>		
<p><b>Medidas generales o instrumentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar en el paquete básico de atención primaria intervenciones muy costoeficaces contra las enfermedades no transmisibles con sistemas de derivación de pacientes en todos los niveles de atención para hacer avanzar el programa de cobertura sanitaria universal</li> <li>• Explorar mecanismos viables de financiación sanitaria e instrumentos económicos innovadores basados en datos probatorios</li> <li>• Ampliar la detección precoz y la cobertura, dando prioridad a las intervenciones muy costoeficaces de gran efecto, en particular intervenciones costoeficaces para abordar factores de riesgo comportamentales</li> <li>• Capacitar al personal sanitario y fortalecer la capacidad del sistema de salud, sobre todo en la atención primaria, con objeto de abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</li> <li>• Mejorar la disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados</li> <li>• Poner en práctica otras intervenciones y opciones de política costoeficaces en relación con el objetivo 4 para reforzar y orientar los sistemas de salud de modo que puedan abordar las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo a través de la atención centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal</li> <li>• Formular y poner en práctica una política de cuidados paliativos que incluya el acceso a analgésicos opioides para aliviar el dolor, así como la formación de los profesionales de la salud</li> <li>• Ampliar el uso de las tecnologías digitales para incrementar el acceso a los servicios de salud y su eficacia para la prevención de las enfermedades no transmisibles, y reducir los costos de la prestación de la atención de salud</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implementation tools: WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings (2013)</li> <li>– Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales</li> <li>– Scaling-up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals</li> <li>– Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? (2011)</li> <li>– Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal (2010)</li> </ul>

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DIABETES</b>		
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos)<sup>1</sup> y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo (<math>\geq 30\%</math>) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años</b></li> <li>• <b>Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo (<math>\geq 20\%</math>) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años</b></li> <li>• Tratamiento de los nuevos casos de infarto agudo de miocardio<sup>2</sup> con ácido acetilsalicílico, o ácido acetilsalicílico y clopidogrel, o trombólisis, o intervenciones coronarias percutáneas primarias (ICP)</li> <li>• Tratamiento trombolítico intravenoso del accidente cerebrovascular isquémico agudo</li> <li>• Prevención primaria de la fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas aumentando la cobertura del tratamiento apropiado de la faringitis estreptocócica en el nivel de la atención primaria</li> <li>• Prevención secundaria de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática mediante la creación de un registro de pacientes que reciben periódicamente profilaxis con penicilina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factible en todos los entornos, independientemente de los recursos que tengan, en particular para su aplicación por trabajadores sanitarios que no son médicos</li> <li>– Si se aplica un umbral de riesgo inferior aumenta el beneficio sanitario, pero también aumentan los costos de ejecución</li> <li>– La selección de una opción u otra depende de la capacidad del sistema de salud</li> <li>– Requiere capacidad para diagnosticar el accidente cerebrovascular isquémico</li> <li>– En función de la prevalencia en determinados países o grupos de población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atlas mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (2011)</li> <li>– Tablas OMS-ISH de predicción del riesgo cardiovascular</li> <li>– Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012)</li> <li>– Información general sobre la hipertensión en el mundo (2013)</li> <li>– Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new (2015)</li> <li>– HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care (2016)</li> </ul>

<sup>1</sup> El riesgo total se define como la probabilidad de que una persona sufra un episodio de enfermedad cardiovascular (p. ej., un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular) en el transcurso de un determinado periodo de tiempo (p. ej., 10 años).

<sup>2</sup> En la estimación de costos se considera en todas las hipótesis que la atención es hospitalaria.

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, <math>\beta</math>-bloqueantes y diuréticos</li> <li>• Rehabilitación cardíaca tras un infarto de miocardio</li> <li>• Anticoagulación para la fibrilación auricular de riesgo intermedio y elevado de origen no valvular y para la estenosis mitral con fibrilación auricular</li> <li>• Ácido acetilsalicílico en dosis bajas para los accidentes cerebrovasculares isquémicos</li> <li>• Atención y rehabilitación de los accidentes cerebrovasculares agudos en unidades especializadas</li> </ul>		
<b>DIABETES</b>		
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención podológica preventiva para las personas con diabetes (que incluya programas educativos, acceso a calzado apropiado y dispensarios multidisciplinares)</li> <li>• Pruebas de detección de la retinopatía diabética para todos los pacientes con diabetes y fotocoagulación con láser para evitar la ceguera</li> <li>• Control eficaz de la glucemia para las personas con diabetes, junto con el monitoreo domiciliario estándar de la glucosa en las personas que reciben tratamiento con insulina para reducir las complicaciones de la diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere sistemas para citar de nuevo a los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012)</li> <li>– Informe mundial sobre la diabetes (2016)</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones sobre el modo de vida para prevenir la diabetes de tipo 2</li> <li>• Vacunación antigripal en pacientes diabéticos</li> <li>• Atención preconcepcional para las mujeres en edad fértil que tienen diabetes, incluida la educación del paciente y la gestión intensiva de la glucemia</li> <li>• Pruebas de detección de la proteinuria en las personas con diabetes y tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina para la prevención y el retraso de la nefropatía</li> </ul>		

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>CANCER</b>		
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vacunación contra el papilomavirus humano (2 dosis) de las niñas de 9 a 13 años</b></li> <li>• <b>Prevención del cáncer cervicouterino mediante la realización de pruebas de cribado a las mujeres de entre 30 y 49 años de edad, por medio de lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inspección visual tras la aplicación del ácido acético y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas</b></li> <li>• <b>Frotis de Papanicolaou (citología cervicouterina) cada 3 a 5 años y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas</b></li> <li>• <b>Prueba de detección del papilomavirus humano cada 5 años y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas</b></li> </ul> </li> <li>• Tratamiento del cáncer cervicouterino en estadio I y II con cirugía o radioterapia +/- quimioterapia</li> <li>• Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en estadio I y II +/- tratamiento sistémico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La inspección visual tras la aplicación de ácido acético es viable en los entornos con escasos recursos, también por trabajadores sanitarios que no sean médicos</li> <li>– El frotis de Papanicolaou exige capacidad para efectuar pruebas citopatológicas</li> <li>– Requiere disponer de sistemas para realizar pruebas organizadas a la población y control de la calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– National cancer control programmes core capacity self-assessment tool (2011)</li> <li>– Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012)</li> <li>– Cancer control: knowledge into action, six modules (2008)</li> <li>– Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice – Second edition (2014)</li> <li>– WHO position paper on mammography screening (2014)</li> <li>– Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer (2012)</li> <li>– Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes (2013)</li> <li>– Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia (2011)</li> </ul>



	<b>Opciones de política</b>	<b>Consideraciones no financieras decisivas<sup>a</sup></b>	<b>Instrumentos de la OMS<sup>b</sup></b>
<b>Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribado con mamografía (una vez cada 2 años para las mujeres de 50 a 69 años) con diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer de mama</li> <li>• Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en estadio I y II +/- quimioterapia y radioterapia</li> <li>• Cuidados paliativos básicos para pacientes con cáncer: asistencia domiciliaria y hospitalaria con un equipo multidisciplinario y acceso a opiáceos y a medicamentos de apoyo esenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Requiere disponer de sistemas para realizar pruebas organizadas a la población y control de la calidad</li> <li>– Requiere acceso a medicamentos fiscalizados para aliviar el dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Global atlas of palliative care at the end of life (2014)</li> <li>– Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers (2016)</li> <li>– Directrices sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas (2012)</li> </ul>
<b>No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención del cáncer hepático mediante inmunización contra la hepatitis B ation</li> <li>• Cribado del cáncer de la cavidad bucal en los grupos de alto riesgo (por ejemplo, consumidores de tabaco y nuez de betel) y tratamiento oportuno</li> <li>• Cribado del cáncer colorrectal en la población, mediante, entre otros métodos, la prueba de sangre oculta en heces, según proceda, después de los 50 años de edad, y tratamiento oportuno</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Practices to improve coverage of the hepatitis B birth dose vaccine (2013)</li> </ul>
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS</b>			
<b>Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS<sup>c</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alivio de los síntomas en enfermos de asma con salbutamol inhalado</li> <li>• Alivio de los síntomas en enfermos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con salbutamol inhalado</li> <li>• Tratamiento del asma con dosis bajas de beclometasona inhalada y agonistas <math>\beta</math> adrenérgicos de acción breve</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Guidelines for primary health care in low-resource settings (2012)</li> <li>– Selected pollutants: WHO guideline for indoor air quality (2010)</li> <li>– Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre (2005)</li> </ul>

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a estufas mejoradas y combustibles más limpios para reducir la contaminación del aire de interiores</li> <li>• Intervenciones costoeficaces para prevenir las neumopatías ocupacionales (por ejemplo, las debidas a la exposición a la sílice y al amianto)</li> <li>• Vacunación antigripal en pacientes con neumopatía obstructiva crónica</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre (2014)</li> <li>– Outline for the development of national programmes for elimination of asbestos-related diseases (2014)</li> </ul>
<b>OBJETIVO 5</b>			
Medidas generales o instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular y poner en práctica un programa nacional de investigaciones prioritarias en materia de enfermedades no transmisibles</li> <li>• Priorizar las asignaciones presupuestarias para la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles</li> <li>• Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de investigación</li> <li>• Fortalecer la capacidad de investigación mediante la cooperación con instituciones de investigación nacionales y extranjeras</li> <li>• Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 5 para fomentar y apoyar la capacidad nacional en materia de investigación, desarrollo e innovación de gran calidad</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agenda OMS de investigaciones prioritarias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2011</li> <li>– Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: Informe sobre la salud en el mundo 2013</li> <li>– Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (WHA61.21)</li> </ul>

Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas <sup>a</sup>	Instrumentos de la OMS <sup>b</sup>
<b>OBJETIVO 6</b>		
<p><b>Medidas generales o instrumentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar metas e indicadores nacionales basados en el marco mundial de vigilancia y vinculados con una política y con planes multisectoriales</li> <li>• Reforzar los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de vigilancia y monitoreo y de evaluación</li> <li>• Establecer y/o reforzar un sistema de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles que incluya registros fiables de las causas de muerte, registros oncológicos, recopilación periódica de datos sobre los factores de riesgo y seguimiento de la respuesta nacional</li> <li>• Integrar la vigilancia y el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria</li> <li>• Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 6 para monitorear las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos realizados en su prevención y control</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Noncommunicable diseases progress monitor 2015</li> <li>– Marco mundial de vigilancia</li> <li>– Instrumento de autopsia verbal</li> <li>– STEPwise approach to surveillance</li> <li>– Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco</li> <li>– Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud</li> <li>– Base de datos mundial de la OMS sobre la aplicación de medidas nutricionales</li> <li>– Encuesta Mundial de Salud a Escolares</li> <li>– Instrumento de capacitación sobre la CIE-10</li> <li>– Instrumento de evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios (SARA)</li> <li>– GLOBOCAN 2008, CIIC</li> </ul>

<sup>a</sup> Que una intervención sea costoeficaz no necesariamente significa que sea factible en todos los entornos. En esta columna se destacan algunos aspectos no financieros decisivos que deberían tenerse en cuenta al considerar la sostenibilidad de las intervenciones en contextos concretos

<sup>b</sup> Se puede consultar una lista actualizada de los instrumentos y recursos de la OMS para cada objetivo en <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/> (consultado el 10 de octubre 2016).

<sup>c</sup> Las intervenciones en negritas son las que tienen una razón media de costoeficacia de  $\leq$  \$100/AVAD evitados en los países de ingresos bajos y medianos-bajos.

[Apéndice 2]

**PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO PARA EL MECANISMO DE  
COORDINACIÓN MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL  
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2018-2019**

1. En el presente plan de trabajo se exponen las actividades del mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidas las de los grupos de trabajo de duración limitada, correspondientes al periodo 2018-2019. En el plan de trabajo se tienen en cuenta el mandato del mecanismo de coordinación mundial,<sup>1</sup> los planes de trabajo que abarcan los periodos 2014-2015<sup>2</sup> y 2016-2017,<sup>3</sup> el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020,<sup>4</sup> la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,<sup>5</sup> el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,<sup>6</sup> y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

2. En el plan de trabajo se tienen en cuenta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la necesidad de mejorar la promoción multisectorial y multipartita, la participación y la acción que respalde los planteamientos pangubernamentales en los sectores ajenos al de la salud y los planteamientos pansociales que abarquen a todos los sectores de la sociedad, con el fin de lograr las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3. Durante la aplicación del plan de trabajo se tendrá en cuenta lo siguiente: las evaluaciones mencionadas en los párrafos 16 y 17 del documento EB140/27; el documento final que previsiblemente se adoptará en la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, programada para 2018; y los que se adopten en otras reuniones, foros y eventos de alto nivel pertinentes convocados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el marco del seguimiento sistemático y el examen de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a escala mundial.<sup>7</sup>

4. Al igual que los dos planes de trabajo precedentes, el presente está organizado en torno a cinco objetivos, en consonancia con las cinco funciones que componen el mandato del mecanismo de coordinación mundial. Se ejecutará entre enero de 2018 y diciembre de 2019, coincidiendo con el periodo que abarca el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 y las partidas presupuestarias relacionadas con las actividades del mecanismo de coordinación mundial incluidas en el mencionado presupuesto por programas. El plan de trabajo estará integrado plenamente en el área programática 2.1 (Enfermedades no transmisibles) del proyecto de presupuesto por programas 2018-2019, que se

---

<sup>1</sup> Documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1.

<sup>2</sup> Documento A67/14 Add.3 Rev.1.

<sup>3</sup> Documento A68/11, anexo 3.

<sup>4</sup> Refrendado por la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA66.10 (2013).

<sup>5</sup> Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 66/2 (2011).

<sup>6</sup> Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 68/300 (2014).

<sup>7</sup> Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 70/299 (2016).

pondrá en práctica por conducto de la red de área programática 2.1, de conformidad con los procedimientos operativos establecidos.

5. Al igual que el plan de trabajo correspondiente al periodo 2016-2017, y en consonancia con el alcance y el objeto del mecanismo de coordinación mundial, el proyecto de tercer plan de trabajo correspondiente al periodo 2018-2019 tiene por objeto facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, la colaboración multipartita y la actuación intersectorial a escala local, nacional, regional y mundial, con el fin de contribuir a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, evitando a la vez que se dupliquen los esfuerzos, utilizando los recursos de forma eficiente y orientada a los resultados, y protegiendo a la OMS y a la salud pública frente a toda influencia indebida, que pueda ejercer cualquier tipo de conflicto de intereses, ya sea real, aparente o potencial.<sup>1</sup>

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### **Objetivo 1. Propugnar y dar a conocer la urgencia de aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, e integrar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la agenda internacional de desarrollo.**

Acción 1.1: Proseguir la aplicación y el desarrollo de la campaña de comunicación mundial iniciada en 2016, centrándose en el logro de las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cumpliendo los compromisos de prevención y control de las enfermedades no transmisibles acordados por los Estados Miembros.<sup>2</sup>

Acción 1.2: Sensibilizar acerca de la necesidad de acelerar las medidas para reforzar las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles facilitando y mejorando la coordinación de las actividades, la participación multipartita y las medidas intersectoriales por las instancias participantes en el mecanismo de coordinación mundial en los foros políticos de alto nivel.

Acción 1.3: Llevar a cabo por lo menos un diálogo para facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, la participación multipartita y las medidas intersectoriales a escala local, nacional, regional y mundial para apoyar a los Estados Miembros en el cumplimiento de sus compromisos de lucha contra las enfermedades no transmisibles.

### **Objetivo 2. Difundir conocimientos e intercambiar información basada en pruebas científicas y/o en las mejores prácticas con respecto a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.**

Acción 2.1: Seguir facilitando el intercambio de información sobre la investigación en torno a las enfermedades no transmisibles y su traslación, detectar obstáculos a la generación y traslación de investigación, y facilitar la innovación para potenciar el acervo de conocimientos con miras a las actividades nacionales, regionales y mundiales en curso.

Acción 2.2: Poner a punto una biblioteca de recursos a través del portal<sup>3</sup> del mecanismo mundial de coordinación no más tarde del final de 2018, que incluya material pertinente y apropiado de promoción de medidas multisectoriales y multipartitas sobre las enfermedades no transmisibles.

---

<sup>1</sup> Documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1, párr. 1.

<sup>2</sup> Véanse las resoluciones 66/2 (2011) y 68/300 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>3</sup> Véase <http://www.gcmportal.org/> (consultado el 3 de noviembre de 2016).

Acción 2.3: Respalda la difusión de conocimiento y el intercambio de información, también a través de comunidades de intercambio de prácticas y seminarios en línea en apoyo de la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 a escala nacional, regional y mundial.

Acción 2.4: Elaborar y difundir un informe anual de actividades en el que se describan los progresos realizados en la aplicación del plan de trabajo.

**Objetivo 3. Proporcionar un foro para determinar los obstáculos y compartir soluciones y medidas innovadoras con el fin de aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y para fomentar medidas intersectoriales continuadas.**

Acción 3.1: Establecer al menos un grupo de trabajo que recomiende modos de alentar a los Estados Miembros y los agentes no estatales a cumplir los compromisos adquiridos para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de planteamientos multisectoriales y multipartitos.

Acción 3.2: Celebrar al menos una reunión de participantes en el mecanismo de coordinación mundial para facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, el compromiso multipartito y las medidas intersectoriales a escala local, nacional, regional y mundial.

**Objetivo 4. Promover las actuaciones multisectoriales identificando y fomentando medidas intersectoriales sostenidas que puedan contribuir a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.**

Acción 4.1: Establecer mesas redondas estratégicas encaminadas a proporcionar apoyo a los gobiernos en el reforzamiento de sus enfoques pangubernamentales entre los sectores ajenos al de la salud y enfoques pansociales en todos los sectores de la sociedad, en colaboración con las unidades técnicas pertinentes de la OMS, el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y otras partes interesadas, según proceda.

Acción 4.2: Colaborar con las unidades técnicas pertinentes de la OMS y el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas en las actividades dirigidas a atender las solicitudes de los Estados Miembros para aplicar las recomendaciones de los grupos de trabajo de la OMS del mecanismo de coordinación mundial.

Acción 4.3: Seguir contribuyendo a una iniciativa integrada, en colaboración con las unidades y oficinas pertinentes de la OMS, el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, que garantice una respuesta apropiada, coordinada e integral para proporcionar apoyo a los Estados Miembros que se han comprometido a avanzar rápidamente hacia la consecución no más tarde de 2025 de las nueve metas mundiales voluntarias relativas a las enfermedades no transmisibles y, no más tarde de 2030, de las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

**Objetivo 5. Encontrar y compartir información sobre fuentes existentes o potenciales de recursos financieros y mecanismos de cooperación a escala local, nacional, regional y mundial con miras a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.**

Acción 5.1: Seguir promoviendo la aplicación del enfoque que la OMS habrá elaborado para registrar y publicar las contribuciones de los agentes no estatales al logro de las nueve metas voluntarias relativas a las enfermedades no transmisibles.

---

Acción 5.2: Cartografiar y publicar los compromisos adquiridos por los participantes en el mecanismo de coordinación mundial para aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.<sup>1</sup>

Acción 5.3: Establecer un diálogo continuado para estudiar si es viable establecer mecanismos y asociaciones voluntarias de financiación innovadora<sup>2</sup> para desarrollar y aplicar respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles por conducto de enfoques multisectoriales y multipartitos.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1, párr. 22.

<sup>2</sup> De conformidad con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible).

## ANEXO 2

### Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal<sup>1</sup>

[EB140/48 – 21 de noviembre de 2016]

1. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, se someten a la confirmación del Consejo Ejecutivo las modificaciones introducidas por la Directora General en el Reglamento de Personal.<sup>2</sup>
2. Las propuestas de modificación del Estatuto del Personal, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 12.1 del mismo, se presentan al Consejo Ejecutivo, al que se pide que recomiende su adopción por la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.
3. Las modificaciones descritas en el presente documento se derivan de las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su septuagésimo periodo de sesiones, en la resolución 70/244 adoptada el 23 de diciembre de 2015,<sup>3</sup> atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional en su informe correspondiente al año 2015,<sup>4</sup> y de las decisiones que se espera que se adopten en su septuagésimo primer periodo de sesiones, atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Comisión en su informe correspondiente al año 2016.<sup>5</sup> Si la Asamblea General de las Naciones Unidas no aprobara las recomendaciones de la Comisión, se publicaría un *addendum* del presente documento.
4. Las repercusiones financieras de las modificaciones para el bienio 2016-2017 entrañan un aumento de los costos previstos en el presupuesto por programas 2016-2017. Tales costos se consignan en el informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo o la Asamblea de la Salud, junto con las repercusiones financieras más allá del bienio 2016-2017,<sup>6</sup> y en los párrafos siguientes.
5. Las propuestas de modificación del Reglamento de Personal se recogen en los [apéndices]<sup>7</sup> del presente documento.

---

<sup>1</sup> Véanse las resoluciones EB140.R8 y EB140.R9.

<sup>2</sup> El Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal pueden consultarse (en inglés) en [http://www.who.int/employment/staff\\_regulations\\_rules/EN\\_staff\\_regulations\\_and\\_staff\\_rules.pdf?ua=1](http://www.who.int/employment/staff_regulations_rules/EN_staff_regulations_and_staff_rules.pdf?ua=1) (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>3</sup> Véase [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/244&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/244&referer=/english/&Lang=S) (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>4</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2015\\_S.pdf?d=111520164:55:46AM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2015_S.pdf?d=111520164:55:46AM) (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>5</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016\\_S.pdf?d=111520164:56:47AM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016_S.pdf?d=111520164:56:47AM) (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>6</sup> Véase el anexo 8.

<sup>7</sup> Disponibles solamente en inglés.



**MODIFICACIONES CONSIDERADAS NECESARIAS A LA LUZ DE LAS DECISIONES ADOPTADAS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EN SU SEPTUAGÉSIMO PERIODO DE SESIONES Y DE LAS QUE PREVISIBLEMENTE ADOPTARÁ EN SU SEPTUAGÉSIMO PRIMER PERIODO DE SESIONES ATENDIENDO A LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL**

**Sueldos del personal**

**Remuneración del personal de las categorías profesional y superior**

6. En 2015, en su septuagésimo periodo de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la introducción de una nueva estructura de la escala de sueldos básicos/mínimos unificada en la que se elimina la distinción entre los sueldos netos básicos de los funcionarios con familiares a cargo y de los funcionarios sin familiares a cargo con efecto a partir del 1 de enero de 2017. La remuneración en relación con los familiares a cargo reconocidos se ofrecerá a través de las respectivas prestaciones.

7. En su informe correspondiente a 2016, la Comisión recomendó a la Asamblea General de las Naciones Unidas que, con efecto a partir del 1 de enero de 2017, la nueva escala de sueldos básicos/mínimos unificada para las categorías profesional y superior se incrementara en un 1,02% mediante la aplicación del método habitual de consolidación, que consiste en aumentar el sueldo básico y reducir proporcionalmente los puntos del multiplicador del ajuste por lugar de destino, lo cual no tendría incidencia en la paga líquida neta.

8. Se han preparado las correspondientes modificaciones del apéndice 1 del Reglamento de Personal, que se reproducen en el [apéndice 2] del presente documento.

**Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General**

9. A reserva de la decisión que adopte la Asamblea General de las Naciones Unidas respecto de la recomendación mencionada en el párrafo 7 *supra*, la Directora General propone, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 3.1 del Estatuto del Personal, que el Consejo Ejecutivo recomiende a la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud la modificación de los sueldos correspondientes a los cargos de Subdirector General y Director Regional. Con ello, a partir del 1 de enero de 2017, el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Director Regional pasaría a ser de US\$ 174 373, lo que resulta en un sueldo neto anual de US\$ 130 586.

10. Habida cuenta de los ajustes salariales indicados en el párrafo anterior, a partir del 1 de enero de 2017 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto pasaría a ser, previa autorización de la Asamblea de la Salud, de US\$ 192 236, lo que resulta en un sueldo neto anual de US\$ 142 376.

11. Los ajustes salariales descritos *supra* también entrañarían modificaciones del sueldo bruto anual correspondiente al puesto de Director General, que a partir del 1 de enero de 2017, previa autorización de la Asamblea de la Salud, pasaría a ser de US\$ 241 276, o un equivalente neto de US\$ 172 069.

**Conjunto integral revisado de remuneración y derechos conexos**

12. Las modificaciones del Reglamento de Personal que se recogen en esta parte vienen determinadas por la resolución 70/244 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

### **Definición de «progenitor sin cónyuge»**

13. Se modifica la regla 310 del Reglamento de Personal a fin de incorporar una definición de «progenitor sin cónyuge» que se utilizará para determinar si se cumplen los requisitos que dan derecho a percibir la prestación para progenitores sin cónyuge (resolución 70/244, parte III, párr. 19).

### **Incentivo para la contratación**

14. Se introduce la regla 315 del Reglamento de Personal a fin de prever el pago de un incentivo para la contratación de expertos en esferas muy especializadas en los casos en que la Organización no pueda atraer a personal debidamente calificado (resolución 70/244, parte III, párr. 53).

### **Sueldos**

15. Se modifica la regla 330 del Reglamento de Personal a fin de reflejar las nuevas tasas de contribuciones del personal (resolución 70/244, parte III, párr. 12).

### **Prestaciones por familiares a cargo**

16. Se modifica la regla 340 del Reglamento de Personal a fin de reflejar la introducción de la prestación por cónyuge a cargo y de la prestación para progenitores sin cónyuge, que sustituirán a la tasa correspondiente a los funcionarios con familiares a cargo de la escala de sueldos anterior (resolución 70/244, parte III, párrs. 17, 18 y 19).

### **Subsidio de educación**

17. La regla 350 del Reglamento de Personal se modifica con objeto de:

a) que el subsidio de educación para la enseñanza postsecundaria sea pagadero hasta el final del año académico en que el hijo cumpla 25 años, complete cuatro años de estudios postsecundarios o reciba un primer diploma postsecundario, si esto ocurre antes;

b) limitar los gastos admisibles a los derechos de matrícula (incluidos los gastos de enseñanza del idioma materno) y los gastos relacionados con la inscripción solamente;

c) limitar el derecho a percibir una suma fija para internado a los funcionarios asignados a lugares de destino que no sean de categoría H y solamente para los niveles de enseñanza primaria y secundaria; y

d) prever el reembolso al margen del plan de subsidio de educación de las contribuciones para gastos de capital que cobran las instituciones educativas (resolución 70/244, parte III, párrs. 26-29 y 31).

18. El plan revisado de subsidio de educación y las modificaciones conexas del Reglamento de Personal se introducirán a partir del año académico en curso el 1 de enero de 2018 (resolución 70/244, parte III, párr. 25).

### **Incentivo por movilidad, prestación por condiciones de vida difíciles y prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias**

19. La regla 360 del Reglamento de Personal se modifica con objeto de:

a) discontinuar el pago de la prestación por no reembolso de gastos de mudanza;

b) sustituir la prestación adicional por condiciones de vida difíciles por la prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias; y

c) sustituir la prestación por movilidad por el incentivo por movilidad, que se aplicaría al personal con cinco años consecutivos de servicio y a partir de su segunda asignación, y que excluiría los lugares de destino de categoría H (resolución 70/244, parte III, párrs. 46-48).

### **Prima de instalación**

20. Se modifica la regla 365 del Reglamento de Personal para sustituir el subsidio de destino por una prima de instalación y eliminar la segunda suma fija pagadera previamente en determinadas condiciones (resolución 70/244, parte III, párr. 45).

### **Prima de repatriación**

21. Se modifica la regla 370 del Reglamento de Personal a fin de aumentar de uno a cinco los años de servicio continuo necesarios para tener derecho a percibir la prima de repatriación (resolución 70/244, parte III, párr. 39).

### **Asignación de funciones**

22. Se modifica la regla 510 del Reglamento de Personal a fin de eliminar las definiciones de lugar de destino «en que se reembolsan los gastos de mudanza» y «en que se ofrece una compensación por no reembolso de los gastos de mudanza» (resolución 70/244, parte III, párr. 41).

### **Aumento de sueldo dentro del mismo grado**

23. Se modifica la regla 550 del Reglamento de Personal a fin de reflejar la nueva periodicidad entre los aumentos de sueldo dentro del mismo grado y eliminar los incrementos de escalón acelerados por competencia lingüística demostrada (resolución 70/244, parte III, párrs. 20 y 22).

### **Vacaciones en el país de origen**

24. Se modifica la regla 640 del Reglamento de Personal a fin de reflejar la eliminación de los viajes por vacaciones más frecuentes en el país de origen, excepto en determinados lugares de destino definidos por la Comisión (resolución 70/244, parte III, párr. 51).

### **Viajes de los funcionarios**

25. Se modifica la regla 810 del Reglamento de Personal a fin de reflejar el derecho al reembolso de los gastos de viajes relacionados con el subsidio de educación en el caso de los funcionarios que reciben asistencia para los gastos de internado de un hijo que asista a una escuela de enseñanza primaria o secundaria (en otras palabras, el derecho no se aplica a un hijo que curse enseñanza postsecundaria) (resolución 70/244, parte III, párr. 30).

### **Viajes de cónyuge e hijos**

26. La regla 820 del Reglamento de Personal se modifica a fin de:

a) eliminar el derecho a un segundo viaje de ida y vuelta relacionado con el subsidio de educación (resolución 70/244, parte III, párr. 30);

b) restringir el derecho al viaje de ida y vuelta anual relacionado con el subsidio de educación a los hijos de funcionarios que reciban asistencia para gastos de internado en el marco del plan de subsidio de educación (resolución 70/244, parte III, párr. 30);

c) eliminar el requisito de que el hijo de un funcionario instalado en un lugar de destino deba permanecer en el lugar de destino durante al menos seis meses, habida cuenta de que el hijo de un funcionario que reciba asistencia para gastos de internado no cumplirá este requisito (la presente modificación se propone para corregir una anomalía observada durante el examen del plan de subsidio de educación de la OMS).

### **Envíos por traslado**

27. La regla 855 del Reglamento de Personal se modifica a fin de eliminar la distinción entre asignaciones R (con derecho a reembolso de los gastos de mudanza) y NR (con compensación por no reembolso de los gastos de mudanza) e introducir el concepto de envío por traslado y la terminología conexas (resolución 70/244, parte III, párr. 44).

### **No ejercitación de un derecho**

28. La regla 860 del Reglamento de Personal se modifica a fin de reflejar la nueva terminología en relación con el envío por traslado (resolución 70/244, parte III, párr. 44).

### **Gastos en caso de defunción**

29. La regla 870 del Reglamento de Personal se modifica a fin de reflejar la nueva terminología en relación con el envío por traslado (resolución 70/244, parte III, párr. 44).

### **Apéndice 1 del Reglamento de Personal [apéndice 2]**

30. El apéndice 1 del Reglamento de Personal, recogido en el [apéndice 2] del presente documento, se modifica a fin de reflejar la nueva escala de sueldos básicos/mínimos unificada adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su septuagésimo periodo de sesiones (resolución 70/244, párr. 6), con las revisiones recomendadas por la Comisión en su informe correspondiente al año 2016.<sup>1</sup>

### **Apéndice 2 del Reglamento de Personal [apéndice 3]**

31. El apéndice 2 del Reglamento de Personal, recogido en el [apéndice 3] del presente documento, se modifica a fin de reflejar la escala móvil global para el reembolso de los gastos admisibles en virtud del plan de subsidio de educación, que consta de siete tramos y unos niveles decrecientes de reembolso, que van desde el 86% en el tramo inferior al 61% en el sexto tramo y sin reembolso en el séptimo tramo, según ha publicado la Comisión y aprobado la Asamblea General (resolución 70/244, parte III, párr. 28).

### **Repercusiones financieras**

32. En su informe correspondiente a 2015, la Comisión estimó que las economías totales anuales para todas las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas serían de US\$ 113,2 millones por año (una reducción de entre el 2% y el 3% en costos de personal). Sin embargo, en la resolución 70/244 se prevén aumentos en los derechos a prestaciones que no figuran en el informe de la Comisión correspondiente a 2015, en particular una prestación para progenitores sin cónyuge del 6% de la remuneración neta. Por consiguiente, será necesario ajustar las proyecciones de la Comisión a su debido tiempo. Además, las cifras que figuran en el informe de la Comisión están sujetas a cambios en el número de funcionarios.

---

<sup>1</sup> Se someterá a la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su septuagésimo primer periodo de sesiones.

33. Cabe observar que no se obtendrán economías inmediatas debido a los costos de aplicación en forma de mejoras de los sistemas de planificación de los recursos institucionales (que ascienden aproximadamente a US\$ 2 millones para la OMS) y los costos de transición asociados a los derechos del personal. En consecuencia, las economías derivadas de los cambios en la periodicidad de los incrementos de escalón dentro de un mismo grado y la reducción en los costos de subsidio de educación debidos al menor número de gastos admisibles y la limitación de prestaciones por internado y viajes, solo se materializarán a largo plazo. Si bien la OMS espera lograr beneficios derivados del aumento de la eficacia y la simplificación en la administración de los derechos, las medidas de transición (aplicables hasta durante cinco años en algunos casos) instauradas para evitar que los cambios repercutan negativamente en el personal conllevarán complejidades administrativas en el sistema de nóminas durante varios años.

### **Modificaciones en relación con la prórroga de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para los funcionarios nombrados el 1 de enero de 2014 o anteriormente**

34. La regla 1020.1 del Reglamento de Personal se modifica a fin de aplicar la nueva edad de separación obligatoria del servicio para los funcionarios que se afiliaron a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 2014 o anteriormente (resolución 70/244, parte I).

35. La regla 410 del Reglamento de Personal se modifica a fin de indicar que 65 años es la edad límite normal para la contratación, y no 62 años, en consonancia con la nueva edad de separación obligatoria del servicio (resolución 70/244, parte I).

36. En seguimiento de la recomendación formulada por la Comisión en su informe correspondiente al año 2012<sup>1</sup> y de la resolución 67/257 (2013) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Reglamento de Personal de la OMS se modificó con objeto de aumentar la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para el personal contratado con posterioridad al 1 de enero de 2014.<sup>2</sup> Desde entonces, quedó pendiente si el aumento de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años se aplicaría también al personal contratado antes del 1 de enero de 2014. La cuestión se trató en la resolución 70/244, en que la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió que la edad de separación obligatoria del servicio de los funcionarios contratados antes del 1 de enero de 2014 debería aumentarse a los 65 años en las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas, a más tardar el 1 de enero de 2018, «teniendo en cuenta los derechos adquiridos de los funcionarios».

### **Incremento de la edad de separación obligatoria del servicio «teniendo en cuenta los derechos adquiridos de los funcionarios»**

37. Los derechos adquiridos que deben tenerse en cuenta al incrementar la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años son el derecho de los funcionarios contratados antes del 1 de enero de 1990 (cuya edad de jubilación son los 60) o después del 1 de enero de 1990 (cuya edad de jubilación son los 62) y antes del 1 de enero de 2014, a jubilarse sin ninguna repercusión negativa o penalización en sus derechos en materia de jubilación, a la edad de jubilación de 60 o 62, lo cual ha permanecido inalterado en el reglamento de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

---

<sup>1</sup> Véase <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/462/77/pdf/N1246277.pdf?OpenElement> (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>2</sup> Véase la resolución EB133.R3 (2013).

38. En consecuencia, en la propuesta de modificación se prevé que todos los funcionarios se separen del servicio a los 65 años a menos que quienes se hayan afiliado a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 2014 decidan ejercer su derecho adquirido y opten por jubilarse antes, a la edad de jubilación que les corresponde o entre esa edad y los 65 años.

39. Cabe observar que la recomendación de la Comisión de prorrogar la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para el personal en activo no se debió principalmente a las inquietudes sobre la sostenibilidad de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, a diferencia de la prórroga de la edad de jubilación instaurada en los sistemas de pensiones nacionales: dado que la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas se encuentra en una sólida situación financiera, y tiene una situación actuarial positiva, la edad de jubilación de los participantes que se afiliaron antes del 1 de enero de 2014 ha permanecido inalterada y debe mantenerse «teniendo en cuenta los derechos adquiridos de los funcionarios».

40. Ahora bien, se ha argumentado que dada la tendencia a una mayor esperanza de vida y puesto que la Secretaría prorroga el nombramiento de los funcionarios con posterioridad a la edad de jubilación y vuelve a contratar a antiguos funcionarios que se han jubilado, sería más justo prorrogar el nombramiento de todo el personal hasta los 65 años. Puede demostrarse que la Directora General ha concedido prórrogas con posterioridad a la edad de jubilación con arreglo al párrafo 9.5 del Estatuto del Personal en interés de la Organización en muy raras ocasiones y con carácter excepcional. Estas prórrogas son normalmente para periodos muy breves, desde unos pocos meses hasta un año.<sup>1</sup> Por lo general se conceden a personal superior para que pueda completar un proyecto importante, o para coincidir con el fin del mandato de un Director General o Director Regional saliente. Excepcionalmente se han prorrogado los nombramientos de funcionarios con posterioridad a la edad de jubilación cuando se ha retrasado la contratación de un sucesor por falta de candidatos adecuados y en espera de que se complete el proceso de selección.

41. Del total de funcionarios de la OMS que se jubilaron entre 2011 y 2016 (911), de los que el 45% pertenecía a las categorías profesional y superior, solo se prorrogó excepcionalmente el nombramiento del 12% con posterioridad a la edad de jubilación en interés de la Organización. De ellos, el 79% pertenecían a las categorías profesional y superior. Las prórrogas abarcaban periodos de entre uno y 12 meses en el 80% de los casos; entre un año y menos de tres años en el 18% de los casos; y un total de tres años o más en el 2% de los casos.

42. La prórroga de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 para el personal en activo permitirá a todos los funcionarios, ya pertenezcan a la categoría profesional internacional, la categoría profesional nacional o la categoría de servicios generales, permanecer hasta tres años más (si su edad de jubilación es a los 62) o hasta cinco años más (si su edad de jubilación es a los 60).

43. Al igual que los otros organismos de las Naciones Unidas, la OMS contrata a funcionarios jubilados para actividades específicas sujetas a plazos, con frecuencia para contribuciones en las que se requieren conocimientos especializados de alta dirección o para trabajos de emergencia/en los que se necesitan refuerzos. Ahora bien, dado el compromiso de la OMS con la promoción profesional de sus funcionarios en activo, la contratación de jubilados tiene restricciones: los contratos son de una duración limitada, se aplica una remuneración máxima, la propuesta de contratación solamente se autoriza cuando no afecta negativamente a las oportunidades de promoción profesional de funcionarios en activo o a la contratación de personal nuevo, y la contratación representa una solución costoeficaz y racional desde un punto de vista operacional para atender las necesidades de la Organización. En comparación con el número de funcionarios internacionales y nacionales de la categoría profesional y de

---

<sup>1</sup> En la regla 1020.1 del Reglamento de Personal se especifica que cada prórroga excepcional que se conceda no puede ser superior a un año.

funcionarios de servicios generales que se han jubilado de la OMS (en estos momentos cerca de 6000 antiguos funcionarios de la OMS reciben prestaciones del régimen de pensiones de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas) el número de jubilados que son contratados de nuevo es muy limitado.

44. La aplicación de la resolución 70/244 tendrá de hecho el efecto de invertir el proceso de adopción de decisiones: actualmente la Directora General decide a qué funcionarios de entre los que llegan a la edad de jubilación se les debería prorrogar el nombramiento en interés de la Organización y durante cuánto tiempo. Con el aumento de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años «teniendo en cuenta los derechos adquiridos de los funcionarios», corresponderá a los funcionarios decidir el momento en que se jubilan: la Directora General no tendrá autoridad alguna para obligar a un funcionario a retirarse a su edad de jubilación original, excepto a través de un costoso proceso de rescisión del nombramiento. Este giro esencial fue señalado por algunos miembros de la Comisión quienes, como se recoge en el informe de la Comisión correspondiente a 2014, «expresaron la opinión de que habría que conceder a las organizaciones flexibilidad para emplear personal hasta la edad obligatoria de separación del servicio propuesta, teniendo en cuenta la actuación profesional del funcionario y las necesidades de reestructuración (supresión de puestos o reducción de su categoría). Reconocer únicamente al funcionario la posibilidad de elegir, sin dar la misma flexibilidad a la organización, no sería una solución equilibrada».<sup>1</sup> Sin embargo, esa opinión no se recogió en la recomendación de la Comisión sobre el asunto a la Asamblea General de las Naciones Unidas.

### Repercusiones de las modificaciones

45. **Planificación de la sucesión en los cargos:** A petición de los Estados Miembros, la Secretaría ha venido efectuando planificaciones anuales de la sucesión en los cargos, que permiten a la Organización planear con un año de antelación el destino de los puestos que dejan vacantes los funcionarios que se jubilan el año siguiente. Puede que los puestos se supriman, se sustituyan por puestos con nuevos perfiles, o que se reduzca su clasificación, todas ellas medidas que permitirían a la Organización agilidad para alinear sus planes de recursos humanos con sus nuevas prioridades.

46. Puesto que los funcionarios que se afiliaron a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 2014 podrán elegir el momento en que se jubilan (a los 60, 62 o 65 años), la Secretaría ya no podrá saber con antelación si sus funcionarios se jubilan a los 60 o 62 años. Aunque se les pida que comuniquen a la Secretaría al menos con un año de antelación la fecha a la que han decidido jubilarse, los funcionarios podrán, con un preaviso de tres meses, jubilarse antes de lo que habían indicado inicialmente o decidir quedarse más tiempo del indicado, con la condición de que no se queden más allá de los 65 años de edad.

47. **Paridad entre los géneros y representación geográfica:** La salida natural de personal se ha considerado como una oportunidad para mejorar la paridad entre los géneros y la representación geográfica.

48. Desde 2010, se han reconocido mejoras en la paridad entre los géneros, aunque el progreso es lento. Se tardó aproximadamente cinco años en incrementar en un 2% el porcentaje de mujeres en las categorías profesional y superior; la meta actual es aumentar ese porcentaje en un 3% (55:45) a lo largo de dos años. Al 31 de julio de 2016, son mujeres el 42,8% de los actuales funcionarios con nombramientos de largo plazo en las categorías profesional y superior.

---

<sup>1</sup> Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo noveno periodo de sesiones (documento A/69/30, párr. 107).

49. Al 31 de julio de 2016, un 34% de los Estados Miembros de la OMS no están representados o están subrepresentados entre los funcionarios internacionales de la categoría profesional (en la que los puestos se contabilizan a efectos de la representación geográfica). El objetivo del presupuesto por programas 2016-2017 es reducir esa cifra al 28%.

50. Esos datos muestran que se precisan más esfuerzos para mejorar la paridad entre los géneros y la representación geográfica en todos los grados. A tal efecto, es imprescindible que las funcionarias, así como los funcionarios en general procedentes de países subrepresentados o no representados, de la reserva interna de talentos tengan oportunidades para llegar a puestos de alto nivel. Ahora bien, solo es posible lograr la paridad entre los géneros y la representación geográfica equitativa con la entrada de nuevos empleados. En otras palabras, la Organización debe contratar a candidatos externos para puestos de nueva creación a reserva de la disponibilidad de fondos y para puestos que acaban de dejar vacantes funcionarios que se separan del servicio, especialmente funcionarios que se jubilan cuando alcanzan la edad de jubilación.

51. Poniendo la mirada en el bienio 2018-2019,<sup>1</sup> con arreglo a la edad de separación obligatoria del servicio actualmente en vigor, en 2018 deberían jubilarse 182 funcionarios y 187 en 2019, lo cual representa el 5,9% del número total de funcionarios. De ellos, el 51% en 2018 y el 42% en 2019 pertenecen a las categorías profesional y superior. De los funcionarios de estas categorías que deberían jubilarse, el 66% en 2018 y el 64% en 2019 son del sexo masculino, y el 64% en 2018 y el 59% en 2019 proceden de países sobrerrepresentados.

52. La mejora de la paridad entre los géneros y de la representación geográfica se ralentizará inevitablemente cuando, como consecuencia de la prórroga a los 65 de la edad de separación obligatoria del servicio de funcionarios en activo, los funcionarios que de otro modo se hubieran jubilado a los 60 o 62 años deciden permanecer hasta los 65.

53. **Repercusiones financieras:** En su informe correspondiente al año 2014,<sup>2</sup> la Comisión, al formular su recomendación a la Asamblea General de las Naciones Unidas, tomó nota de que el aumento de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para el personal en activo tendría el efecto positivo de contener las obligaciones correspondientes al seguro de enfermedad después de la separación del servicio; en otras palabras, mantener activo al personal durante más tiempo no entrañaría una obligación para el seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Por lo que respecta a la OMS, es difícil calcular las repercusiones en las obligaciones estimadas de la Organización a largo plazo, y en la financiación, con respecto al seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Por un lado, hay una repercusión positiva puesto que el personal que trabaje tres o cinco años más aportará contribuciones adicionales al plan (dos tercios de las cuales constituyen un costo para la OMS y un tercio debe ser abonado por el funcionario). Por otro lado, algunos funcionarios que se incorporaron a la OMS al final de su carrera (por ejemplo, a los 53, 54 o 55 años) y que no hubieran alcanzado el periodo mínimo de 10 años de servicio para acceder al plan, pasarán a cumplir los requisitos, lo que supone una repercusión financiera negativa. Las repercusiones reales dependerán de qué funcionarios deciden prorrogar su edad de jubilación a los 65 años, y el periodo previo de servicio en la Organización. La evaluación de la situación correrá a cargo de actuarios independientes, quienes formularán hipótesis con respecto a estas y otras variables que afecten al seguro de enfermedad después de la separación del servicio.

---

<sup>1</sup> Véase el cuadro 8 del documento titulado «Human resources: update, Workforce data as at 31 July 2016» en <http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/en/> (consultado el 1 de noviembre de 2016).

<sup>2</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016\\_S.pdf?d=111520164:56:47AM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016_S.pdf?d=111520164:56:47AM) (consultado el 1 de noviembre de 2016).



54. Cabe la posibilidad de que se presente una situación similar con respecto a las obligaciones relativas a la caja de pensiones y la corriente de ingresos, dados los desembolsos adicionales en concepto de pensiones como consecuencia de la prolongación del periodo de servicio, lo que contrarrestará los ingresos adicionales procedentes de las contribuciones a la pensión pagaderas durante tres años más, también en este caso financiadas por el personal en un tercio y en dos tercios por la OMS.

55. La prórroga de la edad de jubilación obligatoria a los 65 años para el personal en activo también tendrá repercusiones presupuestarias en tanto que retrasará una realineación más costoeficaz de la estructura de personal de la OMS. Las planificaciones anuales de la sucesión en los cargos muestran que en 2014, 2015 y 2016 estaba previsto suprimir el 12,8% de los puestos ocupados por funcionarios que se jubilaban. Con la posibilidad de que el personal actual pueda quedarse hasta los 65 años, la Organización mantendrá a los funcionarios en puestos que de otro modo se hubieran suprimido a su jubilación, o bien, si los puestos son igualmente suprimidos, les pagará cuantiosos devengos (como el periodo de reasignación, el plazo de preaviso y la indemnización por rescisión de nombramiento), a los que no hubieran tenido derecho en caso de jubilarse a los 60 o 62 años. Este será el caso del personal que trabaja para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que en otras circunstancias se hubiera jubilado durante el periodo de cierre de la iniciativa. Con respecto a la indemnización por rescisión de nombramiento, la regla 1050 del Reglamento de Personal (Supresión de puestos) se modifica a fin de aclarar que no se paga a los funcionarios una indemnización por rescisión de nombramiento al jubilarse ni con posterioridad a la fecha de jubilación según se define esta por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (la regla 375 del Reglamento de Personal sobre la prima por terminación del servicio incorpora cambios de redacción menores también relacionados con la jubilación).

56. También habrá repercusiones con respecto al rejuvenecimiento de la plantilla. Podría reducirse el grado de muchos de los puestos actualmente ocupados por funcionarios que deben jubilarse en 2018 y años posteriores, lo que crearía nuevas oportunidades más costoeficaces para la contratación en categorías más subalternas.

## **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

57. [En este párrafo figuraban tres proyectos de resolución, dos de los cuales se adoptaron en la decimoséptima sesión como resoluciones EB140.R8 y EB140.R9, respectivamente. El Consejo aplazó el examen del tercer proyecto de resolución hasta su 141.<sup>a</sup> reunión.]<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/2017/REC/2, actas resumidas de la decimoséptima sesión, sección 3.

Apéndice 1

**TEXT OF AMENDED STAFF RULES**

310. DEFINITIONS

.....

310.5.2 a child as defined by the Director-General and for whom the staff member certifies that he provides the main and continuing support, provided that the child is under 18 years of age or, if in full-time attendance at a school or university, under the age of 21 years. Age and school attendance requirements shall not apply if the child is physically or mentally incapacitated for substantial gainful employment either permanently or for a period expected to be of long duration. If both parents are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances, the children, if determined dependent, will be recognized as the dependants of the parent whose annual gross occupational earnings yield the higher amount, unless the staff members concerned request otherwise;

...

310.7 A “single parent” is a staff member who meets the following criteria:

310.7.1 The staff member does not have a spouse;

310.7.2 The staff member has a dependent child as defined under Staff Rule 310.5.2;

310.7.3 The staff member provides main and continuing support to the child.

.....

315. RECRUITMENT INCENTIVE

An incentive payment for the recruitment of experts in highly specialized fields in instances in which the Organization is unable to attract suitably qualified personnel may be made at the discretion of the Director-General. The amount of the recruitment incentive shall not exceed 25% of the annual net base salary for each year of the initial appointment.

.....

330. SALARIES

330.1 Gross base salaries shall be subject to the following assessments:

330.1.1 For professional and higher graded staff:

Assessable income US\$	Staff assessment rates
	%
First 50 000	17
Next 50 000	24
Next 50 000	30
Remaining assessable payments	34

.....

### 340. DEPENDANTS' ALLOWANCES

Staff members appointed to the professional or higher categories, are entitled to dependants' allowances pursuant to the definitions provided in Staff Rules 310.5 and 310.7, as follows:

- 340.1 for a dependent child, the entitlement shall be reduced by the amount of any benefit paid from any other public source by way of social security payments, or under public law, by reason of such child.
- 340.2 for a child who is physically or mentally disabled, an amount equivalent to double the dependent child allowance, subject to the conditions defined in Staff Rule 340.1.
- 340.3 for a father, mother, brother or sister.
- 340.4 for a dependent spouse.
- 340.5 for being recognized as having the status of a single parent.
- 340.6 The allowances to be paid under Staff Rules 340.1, 340.2, 340.3, 340.4 and 340.5 shall be as determined by the Director-General on the basis of procedures agreed among the international organizations concerned established by the International Civil Service Commission.

.....

### 350. EDUCATION GRANT

...

- 350.1.1 the grant is payable for each child as defined under Staff Rule 310.5.2 up to the end of the school year in which the child reaches the age of 25, completes four years of post-secondary studies or attains a first post-secondary degree, whichever is earlier;

...

350.2 This grant is payable for:

...

350.2.2 the cost of full-time attendance at an educational institution outside the country or area of the duty station. For staff members assigned outside category H duty stations, an additional lump sum for boarding-related expenses for primary and secondary levels only is also payable;

...

350.4 "Cost of attendance" is defined as the cost of tuition, including mother tongue tuition, and enrolment-related fees only.

...

350.6 Capital assessment fees charged by educational institutions shall be reimbursed under conditions prescribed by the Director-General outside the education grant scheme.

.....

360. MOBILITY INCENTIVE, HARDSHIP ALLOWANCE AND NON-FAMILY SERVICE ALLOWANCE

360.1 The following staff members shall receive a non-pensionable allowance designed to provide incentives for mobility, recognize varying degrees of hardship at different duty stations, and provide non-family service allowance for service in duty stations with family restrictions. These allowances are determined by the Director-General on the basis of conditions and procedures established by the International Civil Service Commission:

360.1.1 staff members, except those appointed under Staff Rules 1310 and 1330, who are appointed or reassigned to designated categories of duty stations as determined by the International Civil Service Commission, for a period of one year or longer, and

360.1.2 staff members, except those appointed under Staff Rules 1310 and 1330, who are appointed or reassigned to designated categories of duty stations as determined by the International Civil Service Commission, for an initial period of less than one year, and whose appointment or reassignment is subsequently extended so that the uninterrupted period of service at that duty station is one year or longer.

360.2 [Deleted]

360.3 Duty stations shall be categorized according to conditions of life and work and on the basis of criteria established by the International Civil Service Commission for classifying duty stations.

360.4 Staff members who are assigned to duty stations for which family restrictions have been declared by the International Civil Service Commission shall be paid the non-family service allowance as determined by the Director-General.

.....

---

365. SETTILING-IN GRANT

365.1 A staff member whose travel is authorized shall be paid a settling-in grant:

365.1.1 upon appointment or upon reassignment to a duty station for a period of at least one year; or

365.1.2 upon extension of an initial appointment or reassignment to a duty station of less than one year, resulting in an uninterrupted period of service of one year or longer at the same duty station.

365.2 The amount of the settling-in grant shall be the equivalent of the applicable per diem at the date of arrival at the duty station:

365.2.1 for the staff member for a period of 30 days;

365.2.2 for the spouse and/or dependent child(ren) accompanying or joining the staff member at the Organization's expense under Staff Rule 820, for 15 days.

365.3 Subject to conditions established by the Director-General on the basis of conditions and procedures agreed among international organizations in the United Nations common system, the settling-in grant shall also include a lump sum calculated and payable on the basis of one month of the staff member's net base salary and, as applicable, the post adjustment at the duty station to which the staff member is assigned and at the rate applicable at the date of arrival at the duty station.

365.4 No settling-in grant shall be paid for children born, or for any other dependant acquired, after the arrival of the staff member at the duty station.

365.5 If a staff member resigns from the Organization within one year of the date of his or her appointment or reassignment to a duty station, the lump sum portion of the settling-in grant paid under Staff Rule 365.3 is recoverable proportionately under conditions established by the Director-General.

.....

370. REPATRIATION GRANT

370.1 A staff member who on leaving the service of the Organization, other than by summary dismissal under Staff Rule 1075.2, has performed at least five years of continuous service outside the country of his recognized place of residence shall be entitled to a repatriation grant. This grant is payable in accordance with the following schedules and with Staff Rule 380.2. Payment in respect of entitlements shall be subject to receipt from the former staff member of documentary evidence, in accordance with criteria established by the Director-General, of relocation outside the country of the staff member's last duty station or residence during the last assignment, with due regard to the provisions of Staff Rule 370.4. This part of the grant is payable if it is claimed within two years of the effective date of separation.

## 370.1.1 For staff members of the professional and higher categories:

Year of qualifying service	Weeks of salary	
	Without spouse or dependent children	With spouse or dependent children
5	8	14
6	9	16
7	10	18
8	11	20
9	13	22
10	14	24
11	15	26
12 or more	16	28

## 370.1.2 For staff members of the general service category:

Year of qualifying service	Weeks of salary	
	Without spouse or dependent children	With spouse or dependent children
5	7	14
6	8	16
7	9	18
8	10	20
9	11	22
10	12	24
11	13	26
12 or more	14	28

.....

### 375. END-OF-SERVICE GRANT

1. Staff members holding a fixed-term appointment whose appointment is not renewed after completing five years of continuous qualifying service, and whose performance has been certified as being satisfactory, shall be entitled to a grant based on the years of service, unless an offer of renewal of appointment has been either received or declined or the staff member has reached the age of retirement as defined under Staff Rule 1020.1. The amount of the grant shall be fixed according to the schedule in Staff Rule 1050.10 for termination of fixed-term appointments.

.....

### 410. RECRUITMENT POLICIES

...

410.2 Candidates under 20 or over 65 years of age shall not normally be considered for appointment.

.....

---

510. ASSIGNMENT TO DUTY

...

510.2 An assignment for the purpose of entitlement to settling-in grant, mobility incentive and relocation shipment is an assignment requiring the installation of the staff member in the duty station for a period of at least one year.

.....

550. WITHIN-GRADE INCREASE

...

550.2 The unit of service time is defined as the minimum length of time which must be served at a step in order to achieve a within-grade increase under the terms of Staff Rule 550.1. The unit of service time is as follows:

550.2.1 one year of full-time service at all levels and steps except at those in Staff Rule 550.2.2;

550.2.2 two years of full-time service for grades P-1 to P-5 from step VII, for P-6/D-1 from step IV, and for D-2 from step I;

...

550.3 [Deleted]

.....

640. HOME LEAVE

...

640.2 The date of eligibility for home leave shall be the date on which the staff member has completed 24 months or 12 months of qualifying service, depending on the category of the duty station as established by the International Civil Service Commission. The date may be determined according to criteria established by the Director-General in cases of reassignment or reclassification of duty stations. All duty stations are classified for this purpose, according to their home leave cycle, as "24-month stations" or "12-month stations".

.....

810. TRAVEL OF STAFF MEMBERS

The Organization shall pay the travel expenses of staff members as follows:

...

810.5 on family visit, once between home leave eligibility dates (or once during an appointment of equivalent duration) as set out in Staff Rule 640.2 from the duty station to the place where the staff member’s spouse and children, as defined in Staff Rule 820.1, are residing, and return to the duty station, provided that:

810.5.1 the staff member has waived his entitlements to the travel of his spouse and children under Staff Rules 820 and 825, except for education grant travel under Staff Rule 820.2.5.2;

.....

820. TRAVEL OF SPOUSE AND CHILDREN

820.1 Family members recognized as eligible for purposes of travel at the Organization’s expense are:

...

820.1.3 each such child for whom travel expenses have previously been paid by the Organization, to the extent of the final one-way passage either to join the staff member at the official station or to return to the country of the recognized place of residence within one year after ceasing to qualify as a dependant. The Organization’s financial responsibility shall be limited to the cost of one-way travel between the official station and the recognized place of residence. However, if a round trip to which the child may be entitled under Staff Rule 820.2.5.2 is completed after the end of the scholastic year in which the child reaches the age of 21, this travel shall not be authorized;

820.1.4 a child entitled to the education grant under Rule 310.5.2, for purposes of travel under Staff Rules 820.2.5.1, 820.2.5.2 and 820.2.5.5.

...

820.2 The Organization shall pay the travel expenses of a staff member’s spouse and dependent children, as defined in Staff Rule 820.1, under the following circumstances:

820.2.1 on appointment for a period of not less than one year, or upon extension of an initial appointment of less than one year resulting in an uninterrupted period of service of one year or longer, from the recognized place of residence or, at the option of the Organization, the place of recruitment, to the duty station, or from some other place, provided that the cost to the Organization does not exceed that for the travel from the recognized place of residence, and subject to the requirement that in any case the spouse is expected to remain at the duty station at least six months;

...

820.2.5 for a child for whom there is an entitlement to boarding assistance under an education grant in accordance with Staff Rule 350, provided Staff Rule 655.3 does not apply:

...



820.2.5.3 [Deleted]

...

820.2.5.5 the final one-way passage defined in Staff Rule 820.1.3 within one year after ceasing to qualify for education grant under Staff Rule 350.1.2, provided that such entitlement has not already been exercised under Staff Rule 820.1.3. The Organization's financial responsibility shall be limited to the cost of one-way travel between the official station and the recognized place of residence. However, if a round trip to which the child may be entitled under Staff Rules 820.2.5.2 is completed after the child ceases to qualify for an education grant under Staff Rule 350.1.2, this travel shall not be authorized;

.....

855. RELOCATION SHIPMENT

855.1 On an assignment (see Rule 510.2.), a staff member appointed or reassigned for a period of at least one year, or separated, except as provided in Staff Rule 1010.2, and whose recognized place of residence is other than and not in the area of the duty station, shall be entitled to reimbursement, within limits established by the Director-General, for the expense of moving household goods.

855.2 If both spouses are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances and each is entitled to reimbursement for the expense of moving household goods, each shall have the choice of exercising the entitlement within limits established by the Director-General.

.....

860. FAILURE TO EXERCISE ENTITLEMENT

Any entitlement to repatriation travel or relocation shipment must be exercised within two years of the date of separation.

.....

870. EXPENSES ON DEATH

...

870.2 A deceased staff member's spouse and child(ren) shall be entitled to travel and relocation shipment to any place, provided that the Organization had an obligation to repatriate them under Staff Rule 820.2.7 and that the cost to the Organization does not exceed that for travel and transportation to the deceased staff member's recognized place of residence. Entitlement to relocation shipment is determined by Staff Rule 855.1.2.

.....

1020. RETIREMENT

1020.1 Staff members shall retire on the last day of the month in which they reach the age of 65, unless Staff Rule 1020.1.1, 1020.1.2 or 1020.1.3 applies.

- 1020.1.1 Staff members who became participants in the United Nations Joint Staff Pension Fund before 1 January 1990 may elect to retire on the last day of the month in which they reach the age of 60, or between the ages of 60 and 65, by giving at least three months' written notice of the elected date of retirement.
- 1020.1.2 Staff members who became participants in the United Nations Joint Staff Pension Fund from 1 January 1990 to 31 December 2013 inclusive may elect to retire on the last day of the month in which they reach the age of 62, or between the ages of 62 and 65, by giving at least three months' written notice of the elected date of retirement.
- 1020.1.3 Staff members shall not change their elected date of retirement once they have given their three months' notice under Staff Rules 1020.1.1 or 1020.1.2.
- 1020.1.4 In exceptional circumstances the Director-General may, in the interests of the Organization, extend a staff member's appointment beyond the age of 65, provided that such extensions shall not be granted for more than one year at a time and not beyond the staff member's sixty-eighth birthday.
- .....

1050. ABOLITION OF POST

- 1050.10 Subject to Staff Rules 1050.11 and 1050. 12, staff members whose appointments are terminated or not extended under this Rule shall be paid an indemnity in accordance with the following schedule and with due regard to Staff Rule 380.2:

...

- 1050.11 An indemnity shall not be paid to any staff member who, upon separation from service, will receive a retirement benefit under Article 28 of the Regulations of the United Nations Joint Staff Pension Fund.
- 1050.12 An indemnity which exceeds the number of months remaining until a staff member will receive a retirement benefit under Article 28 of the Regulations of the United Nations Joint Staff Pension Fund shall be made pro rata to the first day of the month upon which a staff member will receive such a retirement benefit.

Apéndice 2

Appendix 1 to the Staff Rules

**SALARY SCALE FOR THE PROFESSIONAL AND HIGHER CATEGORIES: ANNUAL GROSS SALARIES AND NET EQUIVALENTS AFTER APPLICATION OF STAFF ASSESSMENT (IN UNITED STATES DOLLARS)**

(effective 1 January 2017)

		<b>Step</b>												
<i>Level</i>		<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>	<i>XI</i>	<i>XII</i>	<i>XIII</i>
<b>D-2</b>	<b>Gross</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	<b>Net</b>	139 500	142 544	145 589	148 637	151 788	155 018	158 248	161 479	164 709	167 939			
<b>D-1</b>	<b>Gross</b>				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	<b>Net</b>	107 150	109 281	111 412	113 546	115 680	117 812	119 944	122 076	124 208	126 340			
<b>P-5</b>	<b>Gross</b>	124 807	127 483	130 160	132 837	135 506	138 183	140 857	143 529	146 207	148 880	151 648	154 483	157 320
	<b>Net</b>	96 865	98 738	100 612	102 486	104 354	106 228	108 100	109 970	111 845	113 716	115 588	117 459	119 331
<b>P-4</b>	<b>Gross</b>	107 459	109 734	112 011	114 284	116 561	118 834	121 113	123 387	125 663	127 937	130 214	132 486	134 764
	<b>Net</b>	84 721	86 314	87 908	89 499	91 093	92 684	94 279	95 871	97 464	99 056	100 650	102 240	103 835
<b>P-3</b>	<b>Gross</b>	88 351	90 374	92 396	94 418	96 441	98 462	100 529	102 724	104 919	107 114	109 314	111 504	113 701
	<b>Net</b>	70 647	72 184	73 721	75 258	76 795	78 331	79 870	81 407	82 943	84 480	86 020	87 553	89 091
<b>P-2</b>	<b>Gross</b>	72 478	74 349	76 221	78 091	79 964	81 836	83 707	85 582	87 451	89 324	91 199	93 068	94 942
	<b>Net</b>	58 583	60 005	61 428	62 849	64 273	65 695	67 117	68 542	69 963	71 386	72 811	74 232	75 656
<b>P-1</b>	<b>Gross</b>	55 955	57 629	59 303	60 976	62 651	64 328	66 003	67 674	69 350	71 022	72 696	74 374	76 045
	<b>Net</b>	46 026	47 298	48 570	49 842	51 115	52 389	53 662	54 932	56 206	57 477	58 749	60 024	61 294
<b>P-1</b>	<b>Gross</b>	43 371	44 672	45 973	47 275	48 575	49 877	51 287	52 708	54 129	55 551	56 971	58 391	59 812
	<b>Net</b>	35 998	37 078	38 158	39 238	40 317	41 398	42 478	43 558	44 638	45 719	46 798	47 877	48 957

\* = The normal qualifying period for a within-grade increase between consecutive steps is one year, except at those steps marked with an asterisk, for which a two-year period at the step is required to proceed to the next step (Staff Rule 550.2).

## Apéndice 3

**Appendix 2 to the Staff Rules****EDUCATION GRANT****EDUCATION GRANT SCALE, ADJUSTED ON THE BASIS OF  
2014/15 TUITION FEES**

(effective school year in progress 1 January 2018)

<i>Claim amount bracket (United States dollars)</i>	<i>Reimbursement rate (percentage)</i>
0 – 11 600	86
11 601 – 17 400	81
17 401 – 23 200	76
23 201 – 29 000	71
29 001 – 34 800	66
34 801 – 40 600	61
40 601 and above	–

---

## ANEXO 3

### **Puesto de Director General: opciones para llevar a cabo la elección mediante votación con papeletas<sup>1</sup>**

[EB140/4 – 23 de diciembre de 2016]

1. En el presente informe se aporta información sobre el uso de un sistema de votación con papeletas para llevar a cabo la elección del Director General y se presentan opciones para mejorar la eficiencia y rapidez del proceso de votación con papeletas tanto en el Consejo Ejecutivo como en la Asamblea de la Salud. Asimismo, se proporciona información adicional sobre las modalidades para llevar a cabo la votación y las entrevistas en el Consejo de los candidatos incluidos en la lista breve.

#### **I. USO DE UN SISTEMA DE VOTACIÓN CON PAPELETAS EN EL CONSEJO EJECUTIVO Y LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

2. En su resolución WHA67.2 (2014) sobre mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes, la Asamblea de la Salud aprobó la recomendación del Consejo Ejecutivo relativa al alquiler de un sistema de votación electrónica costoeficaz y seguro para la propuesta de nombramiento y el nombramiento de Director General, y a que dicho sistema sea sometido a prueba por los órganos deliberantes mediante votaciones simuladas con anterioridad a la elección del próximo Director General.

3. La Secretaría investigó la disponibilidad de sistemas de votación electrónica y alquiló dos de ellos, que fueron sometidos a prueba en sendos ejercicios de simulación llevados a cabo durante la 138.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo y la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. El primer sistema, probado durante la 138.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, fue rechazado porque resultó difícil de utilizar y porque su puesta a prueba reveló un riesgo inaceptable de votos nulos y en blanco. El segundo sistema, probado durante la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, cumplía los requisitos con respecto a la facilidad de uso, pero la Secretaría señaló entonces que sería necesario llevar a cabo un examen de la seguridad antes de que se pudiera tomar una decisión final sobre su uso.

4. En un examen externo de la seguridad del segundo sistema, realizado inmediatamente después de la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, se concluyó que no era suficientemente seguro. Asimismo, se observó que no se podría implantar un sistema alternativo y adecuado de votación electrónica a tiempo para la elección de Director General en 2017. En consecuencia, el examen llevó a la conclusión de que el uso de la votación con papeletas era el único procedimiento factible para la próxima elección. Además, cabe señalar que del examen también salió la recomendación de revisar los Reglamentos Interiores y modificarlos según sea necesario para adaptarlos más específicamente al uso futuro de un sistema de votación electrónica en la elección de Director General.

5. Una de las principales razones para que la Asamblea de la Salud aprobara en la resolución WHA67.2 la idea de explorar el uso de la votación electrónica era ahorrar tiempo en la votación. En consecuencia, la Secretaría ha redactado un plan operacional para poner en práctica la votación con

---

<sup>1</sup> Véanse las decisiones EB140(1) y EB140(2).

papeletas, con miras a proponer medidas que reduzcan el tiempo necesario para llevar a cabo cada ronda de votación.

6. En este informe se presentan propuestas de medidas destinadas a ahorrar tiempo durante la votación, tanto en el Consejo como en la Asamblea de la Salud. Las propuestas hacen referencia a las tres fases de la votación con papeletas en los órganos deliberantes de la OMS que más tiempo consumen (distribución y recogida de las papeletas de voto, y recuento de los votos).

7. Así pues, el Consejo tal vez desee decidir que en la propuesta de nombramiento de Director General se utilice la votación con papeletas y, además, recomendar a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud el uso de la votación con papeletas para el nombramiento de Director General.

## **II. OPCIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA VOTACIÓN CON PAPELETAS EN EL CONSEJO**

8. Basándose en la experiencia acumulada, la Secretaría calcula que una ronda de votación en el Consejo requiere relativamente poco tiempo, es decir, entre 30 y 60 minutos. Por consiguiente, se propone que la distribución, recogida y recuento de las papeletas de voto se siga haciendo en el Consejo básicamente como en el pasado.

9. Para ahorrar tiempo, desde el inicio de las sesiones en las que estén previstas votaciones, los miembros del Consejo tendrán en sus mesas «mamparas de votación» destinadas a garantizar el secreto del voto.

10. La Secretaría propone que, en vez de una, se usen dos urnas para recoger las papeletas de voto de los miembros del Consejo al cierre de la votación.

11. La aplicación de estas propuestas no necesitaría modificación alguna del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

## **III. OPCIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA VOTACIÓN CON PAPELETAS EN LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

12. Basándose en la experiencia acumulada, la Secretaría calcula que una ronda de votación en la Asamblea de la Salud puede llegar a necesitar toda una sesión de mañana o tarde en caso de que en mayo de 2017 se siga el proceso tradicional prescrito por el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y el Procedimiento de la Asamblea de la Salud para las elecciones por votación secreta.

13. Por consiguiente, la Secretaría propone las medidas destinadas a ahorrar tiempo que se describen en el cuadro. Según las pruebas que ha llevado a cabo la Secretaría, la aplicación de esas medidas podría reducir a aproximadamente 80 minutos el tiempo necesario para efectuar una ronda de votación en la Asamblea de la Salud.

14. La aplicación de las medidas que figuran en el cuadro necesitaría que la Asamblea de la Salud efectuara pequeños ajustes en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y el Procedimiento de la Asamblea de la Salud para las elecciones por votación secreta. Dichos ajustes pueden hacerse efectivos mediante una suspensión o modificación parcial de los artículos o párrafos pertinentes, tal como se describe en la columna derecha del cuadro. Si el Consejo desea recomendar que las medidas solo se apliquen al nombramiento en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, se propondría una suspensión parcial de los artículos o párrafos pertinentes de conformidad con el artículo 120 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud; de lo contrario, las modificaciones descritas en el [apéndice] se propondrían de conformidad con el artículo 119 del mencionado Reglamento Interior.

**Cuadro. Medidas de ahorro de tiempo propuestas para el caso de una votación con papeletas en la Asamblea de la Salud, y necesidad consiguiente de modificar o suspender el Procedimiento para las elecciones por votación secreta o el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud**

Propuesta		¿Es necesario modificar o suspender algún párrafo del Procedimiento o algún artículo del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud?
1)	Se llama a votar a las delegaciones simultáneamente en seis mesas de votación instaladas frente a cada uno de los bloques de asientos de la Sala de Asambleas del Palais des Nations.  Se llama a votar a las delegaciones en el orden en que están sentadas en los seis bloques de asientos.	Sí.  En el Procedimiento para las elecciones por votación secreta se establece que los Miembros serán llamados a votar por orden alfabético de sus nombres, que el nombre del que haya de votar primero se decidirá por sorteo, y que el llamamiento se hará en español, francés, inglés y ruso.
2)	En cada una de las seis mesas de votación habrá un escrutador y un asesor jurídico. El asesor jurídico entrega una papeleta a cada representante que acuda a la mesa de votación en que se encuentre y anota en una hoja de papel la entrega de la papeleta a la delegación de que se trate.	Sí.  En el artículo 78 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud se dispone que siempre que haya de celebrarse una votación tomarán parte en el cómputo de los sufragios <u>dos</u> escrutadores designados por el Presidente entre los miembros de las delegaciones presentes.  En el Procedimiento para las elecciones por votación secreta se hace mención en todo momento de una urna, en <u>singular</u> .
3)	Cuando cada uno los Miembros con derecho de voto haya introducido su papeleta en la urna, los seis escrutadores situados en las mesas de votación trasladan las urnas al estrado y las colocan sobre tres mesas.  En cada mesa, dos escrutadores abren entonces las dos urnas, efectúan el recuento de los votos y anotan el resultado en una hoja preparada a ese efecto por la Secretaría.	Sí.  Como en 2) <i>supra</i> .
4)	Un escrutador de cada mesa traslada la hoja de resultados a una cuarta mesa, donde se anota el resultado de la votación en el formulario de la OMS apropiado.	Sí.  Como en 2) <i>supra</i> .

#### IV. MODALIDADES PARA LLEVAR A CABO LA VOTACIÓN EN EL CONSEJO EJECUTIVO

15. De conformidad con el artículo 7(b) del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, las sesiones que celebre el Consejo en relación con la propuesta de nombramiento de Director General se celebrarán en «sesiones abiertas». En consecuencia, podrán asistir a ellas: los miembros del Consejo, sus suplentes y asesores; un representante de cada Estado Miembro no representado en el Consejo y de cada

Miembro Asociado; y la Secretaría. Los representantes de los Estados Miembros no representados en el Consejo y los Miembros Asociados asisten a la sesión sin derecho de participar en ella. No se levanta acta oficial.

16. A continuación se exponen las modalidades de votación durante las fases de confección de la lista breve y de propuesta de nombramiento. En el documento EB140/INF./1 figura más información sobre las mayorías requeridas en cada fase y otras cuestiones jurídicas.

17. Se prevé que la lista breve de candidatos se confeccione el martes 24 de enero de 2017 y que la propuesta de nombramiento tenga lugar el miércoles 25 de enero de 2017, una vez finalizadas las entrevistas. Como en casos anteriores, el Consejo quizá decida en principio reunirse en sesión continua, sin interrupciones entre rondas de votación en el caso de que se celebre más de una.

18. Cuando se haya programado la celebración de una votación, en las mesas de los miembros del Consejo Ejecutivo se habrán instalado «mamparas de votación» antes del inicio de la sesión.

19. Tras la apertura de una sesión en que se haya programado la celebración de una votación, y para que presten asistencia en el procedimiento, el Presidente designará dos escrutadores entre los miembros del Consejo presentes. El Presidente, con la asistencia del Asesor Jurídico, explicará los pormenores del procedimiento para confeccionar la lista breve y proponer candidatos de conformidad con las disposiciones, las resoluciones y las decisiones aplicables y la práctica establecida.

20. Antes de que empiece oficialmente la votación, el Presidente invitará al Asesor Jurídico a comprobar que las urnas están vacías y pedirá a la Secretaría que distribuya una papeleta a cada miembro del Consejo presente. Cuando lo señale el Presidente, dará comienzo la votación.

21. De conformidad con la práctica precedente, los nombres de los candidatos se habrán escrito en las papeletas por orden alfabético inglés. Por consiguiente, bastará con señalar con una marca (una «X» o el signo de «visto bueno» «√») las casillas situadas frente al nombre de los candidatos por los que el miembro del Consejo desea votar. Los miembros que deseen abstenerse pueden dejar la papeleta en blanco o indicar la palabra «abstención». Se considerarán nulas las papeletas en que se marque un número de casillas superior al de puestos por proveer (a saber, cinco en la primera ronda de la confección de la lista breve, o tres en la fase de propuestas de nombramiento). Del mismo modo se considerarán nulas las papeletas en que se marque un número de casillas inferior al de puestos por proveer (a saber, cinco en la primera ronda de la confección de la lista breve, o tres en la fase de propuestas de nombramiento). También se considerarán nulas las papeletas que lleven alguna marca distintiva, por ejemplo, el nombre del votante. Si algún miembro del Consejo marca una casilla por error, borrará o tachará la marca de tal modo que los escrutadores vean con claridad que la papeleta ha sido corregida y puedan constatar con igual claridad cuáles son los candidatos votados. Si en el transcurso de la votación se precisara una nueva papeleta, la delegación levantará su placa y solicitará una nueva papeleta, que será impresa por la Secretaría.

22. Los miembros del Consejo dispondrán de dos minutos para votar. Cuando haya transcurrido un minuto, el Presidente así lo anunciará. Si un miembro prevé que necesitará más tiempo para votar, lo señalará en el momento en que el Presidente haga el anuncio. En ese caso, el Presidente dejará abierta la votación el tiempo necesario para que todos los miembros presentes puedan votar.

23. Una vez transcurrido el tiempo anunciado, el Presidente hará señal de que se cierra la votación. Las papeletas se introducirán en la urna dobladas una vez. La Secretaría llevará las urnas a todos los miembros, para que depositen en ellas las papeletas.



24. Se invitará a los escrutadores a ir a la mesa situada en el centro para proceder al recuento de los votos. Una vez finalizado el recuento, el Asesor Jurídico entregará al Presidente la hoja de registro de los votos. El Presidente comunicará al Consejo los resultados de la votación secreta dando lectura del número de votos obtenido por cada candidato. El Presidente anunciará qué candidatos han logrado las mayorías estipuladas por las disposiciones reglamentarias aplicables.

25. En cada ronda sucesiva de votación se imprimirán papeletas nuevas, siguiendo las instrucciones del Presidente.

26. El Presidente dará lectura de los nombres de las personas incluidas en la lista breve y de los candidatos propuestos, según proceda, por orden alfabético inglés, antes de levantar la sesión abierta y de convocar una sesión pública en la que se anunciarán los nombres.

## **V. MODALIDADES PARA ENTREVISTAR A LOS CANDIDATOS INCLUIDOS EN LA LISTA BREVE**

27. Como se indica en el documento EB140/INF./1, los candidatos incluidos en la lista breve serán entrevistados por el Consejo «lo antes posible» tras la confección de la lista breve.<sup>1</sup> El día de las entrevistas se fijará en consulta con el Presidente. Se prevé que los candidatos sean entrevistados el miércoles 25 de enero de 2017. Cada entrevista durará como máximo 60 minutos y estará dividida en partes iguales entre *a*) una presentación oral de la visión del candidato sobre las prioridades futuras de la Organización, incluido un análisis de los problemas con que esta tropieza en la actualidad y propuestas para hacerles frente, y *b*) un periodo de preguntas y respuestas.<sup>2</sup>

28. El Consejo decide durante la sesión abierta los pormenores de las modalidades de las entrevistas, a propuesta del Presidente. En las cuatro últimas ocasiones en que el Consejo ha llevado a cabo una propuesta de nombramiento se han seguido las modalidades siguientes, siendo de prever que el Presidente invite al Consejo a proceder de ese modo también en esta ocasión.

*a*) El orden de entrevista de los candidatos se decide por sorteo durante la sesión abierta en que se confecciona la lista breve, para que los candidatos estén informados de antemano.

*b*) La Secretaría cronometra la presentación de cada candidato mediante un semáforo. La luz se mantiene en verde durante 25 minutos, luego pasa a ámbar, y pasa a rojo cuando se agotan los 30 minutos asignados, en cuyo momento el Presidente pide al candidato que finalice la presentación.

*c*) En sus presentaciones, los candidatos no pueden utilizar medios electrónicos tales como PowerPoint.

*d*) Antes del inicio de la presentación de cada candidato, la Secretaría distribuirá a cada miembro del Consejo una papeleta en la que este podrá escribir en cualquiera de los idiomas oficiales del Consejo una pregunta dirigida al candidato. En la papeleta deberá figurar asimismo el nombre del miembro que formula la pregunta.

---

<sup>1</sup> Séptimo párrafo del artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

<sup>2</sup> Octavo párrafo del artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, y decisión EB100(7) (1997), párrafo 5.

- e) Al final de la presentación, la Secretaría recogerá las papeletas en una urna y las trasladará al Presidente. El Presidente elegirá al azar una de las preguntas y la leerá al candidato, indicando el nombre del miembro que la plantea; en caso necesario, los intérpretes de la Secretaría proporcionarán asistencia al Presidente. Los 30 minutos asignados a esta parte de la entrevista empezarán a contar en el momento en que el Presidente lea la primera pregunta.
- f) Los candidatos disponen de un máximo de tres minutos para responder a cada pregunta.
- g) Esta parte de la entrevista también se cronometra con semáforos. Un primer semáforo señala el periodo de 30 minutos; la luz pasa de verde a ámbar a los 25 minutos, y a rojo al agotarse los 30 minutos. El segundo semáforo mide el tiempo asignado a cada pregunta; la luz se enciende cuando el candidato inicia la respuesta, se mantiene en verde durante tres minutos, y pasa a rojo al agotarse los tres minutos, en cuyo momento el Presidente pide al candidato que finalice la respuesta a esa pregunta.
- h) El Presidente planteará el mayor número posible de preguntas durante el tiempo asignado al periodo de preguntas y respuestas. Si se agotan las preguntas antes de que finalicen los 30 minutos asignados, el candidato podrá hacer una presentación adicional hasta concluir el periodo de 30 minutos.

## INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

29. [En este párrafo figuraban dos proyectos de decisión, que fueron adoptados en la segunda sesión como decisiones EB140(1) y EB140(2), respectivamente.]<sup>1</sup>

### Apéndice

#### PROYECTO DE MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD Y DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS ELECCIONES POR VOTACIÓN SECRETA<sup>2</sup>

Versión actual del artículo 78 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud	Proyecto de modificación del artículo 78 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud
(...) Siempre que haya de celebrarse votación tomarán parte en el cómputo de los sufragios dos escrutadores designados por el Presidente entre los miembros de las delegaciones presentes.	(...) Siempre que haya de celebrarse votación tomarán parte en el cómputo de los sufragios dos <i>o más</i> escrutadores designados por el Presidente entre los miembros de las delegaciones presentes.

Versión actual del Procedimiento para las elecciones por votación secreta	Proyecto de modificación del Procedimiento para las elecciones por votación secreta
Párrafo n.º 1. Antes de la votación, el Presidente designará dos escrutadores a los que hará entrega de la lista	Antes de la votación, el Presidente <del>designará dos escrutadores a los que entregará a los escrutadores</del>

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/2017/REC/2, actas resumidas de la segunda sesión, sección 2.

<sup>2</sup> Durante los debates del Consejo Ejecutivo en su 140.<sup>a</sup> reunión no se hicieron cambios al proyecto de modificaciones (véase el documento EB140/2017/REC/2, acta resumida de la segunda sesión, sección 2).

de Miembros con derecho a voto y de la lista de candidatos. (...)	<b>que haya designado</b> la lista de Miembros con derecho de voto y la lista de candidatos. (...)
Párrafo n.º 3. Después de cerciorarse de que la urna está vacía, los escrutadores la cerrarán y entregarán la llave al Presidente.	Después de cerciorarse de que la urna <b>o las urnas</b> está vacía/ <b>están vacías</b> , los escrutadores la/ <b>las cerrarán</b> y entregarán la llave/ <b>las llaves</b> al Presidente.
Párrafo n.º 4. Los Miembros serán llamados a votar por orden alfabético de sus nombres en el idioma que proceda. <sup>1</sup> El nombre del que haya de votar primero se decidirá por sorteo. El llamamiento se hará en español, francés, inglés y ruso.	<b>Salvo que la Asamblea de la Salud determine otra cosa</b> , los Miembros serán llamados a votar por orden alfabético de sus nombres. <sup>1</sup> El nombre del que haya de votar primero se decidirá por sorteo. El llamamiento se hará en español, francés, inglés y ruso.
Párrafo n.º 7. Seguidamente, los escrutadores abrirán la urna y contarán las papeletas depositadas. Si el número de papeletas no fuera igual al de Miembros votantes, el Presidente declarará nula la votación y se procederá a votar de nuevo.	Seguidamente, los escrutadores abrirán la urna <b>o las urnas</b> y contarán las papeletas depositadas. Si el número de papeletas no fuera igual al de Miembros votantes, el Presidente declarará nula la votación y se procederá a votar de nuevo.

---

<sup>1</sup> En virtud del artículo 72 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.

## ANEXO 4

### **Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas<sup>1</sup>**

[EB140/17 – 21 de noviembre de 2016]

[En los párrafos 1-3 se describía el mandato de la Comisión, que le fue conferido por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 70/183 (2015).]

#### **RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN Y MEDIDAS DE APLICACIÓN INMEDIATA**

4. En reconocimiento de la influencia del personal sanitario en el logro de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se designaron comisionados procedentes de los sectores de la educación, el empleo, la salud, el trabajo y los asuntos exteriores de los gobiernos y las organizaciones internacionales, así como de las asociaciones de profesionales de la salud, los sindicatos, las instituciones académicas y la sociedad civil. Un grupo de expertos independiente y una secretaría conjunta de miembros del personal de la OIT, la OCDE y la OMS consolidaron los datos disponibles e hicieron posibles las consultas técnicas y en línea con múltiples instancias, en concreto cinco consultas técnicas con los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes, 149 documentos presentados en línea y 17 documentos de fondo.

5. El informe de la Comisión presenta datos procedentes del sector sociosanitario, desde una perspectiva económica y laboral, y pone de relieve su capacidad como fuente fundamental de futuros empleos, en particular para las mujeres y los jóvenes. La Comisión concluye que «en la medida en que los recursos se utilicen sabiamente y se establezcan las políticas y facilitadores adecuados, la inversión en la formación y en la creación de empleo en los sectores social y sanitario constituirá una crucial contribución positiva al crecimiento económico inclusivo».

6. La Comisión propone seis recomendaciones para la transformación del personal de salud en el ámbito mundial a fin de poder atender las necesidades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las recomendaciones se centran en las siguientes esferas: creación de empleo, igualdad de género y derechos de la mujer, educación, formación y competencias, organización y prestación de servicios de salud, tecnología, y entornos humanitarios y de crisis. Para que esta transformación sea posible se presentan otras cuatro recomendaciones, en los ámbitos del espacio financiero y fiscal, alianzas y cooperación, migración internacional, y datos, información y rendición de cuentas.

7. Tras hacer hincapié en la necesidad de actuar de inmediato, la Comisión señala cinco medidas inmediatas que deben adoptarse entre octubre de 2016 y marzo de 2018. Entre estas se incluye la adopción de un plan de aplicación quinquenal, una mejor rendición de cuentas, la aplicación acelerada y gradual de las cuentas nacionales del personal de salud, una plataforma internacional sobre la movilidad de los trabajadores sanitarios, y la ampliación generalizada de la formación técnica y profesional. Los días 14 y 15 de diciembre de 2016 se celebrará en Ginebra una reunión ministerial de alto nivel

---

<sup>1</sup> Véase la decisión EB140(3).

para proponer medidas y poner en marcha un proceso consultivo que permita llevar adelante las recomendaciones.

### **VÍNCULOS CON DECISIONES Y RESOLUCIONES VIGENTES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS Y EL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS**

8. Con las recomendaciones y medidas de aplicación inmediata de la Comisión se refuerza la presión para aplicar la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud y las resoluciones anteriores de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas con el asunto. Asimismo, se hace un llamamiento al refuerzo del personal de salud que está implícito en las resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en las relativas a emergencias de salud pública y en entornos humanitarios. La Comisión insiste en la necesidad de garantizar la protección y seguridad de los trabajadores sanitarios, según se exige en la resolución 69/132 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y en las resoluciones 2175 (2014) y 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

9. Las recomendaciones y las medidas de aplicación inmediata que propone la Comisión se corresponden estrechamente con las prioridades de la OMS en apoyo de la cobertura sanitaria universal, con vínculos específicos con los servicios de salud integrados y centrados en la persona, el cumplimiento de los requisitos del personal de salud para la preparación y respuesta ante las emergencias, las transiciones demográficas y epidemiológicas (p. ej., el envejecimiento de las poblaciones y la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles), la estrategia de la OMS con respecto a la igualdad de género y ámbitos de trabajo conexas, y la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030.

10. A través de sus recomendaciones y medidas de aplicación inmediata, la Comisión tiene por objeto obtener ganancias en el conjunto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular ganancias que permitan el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos), 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos).

### **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

11. [En este párrafo se invitaba al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe.]

---

## ANEXO 5

### **Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación (SSFFC): definiciones funcionales<sup>1</sup>**

[EB140/23, anexo – 10 de enero de 2017]

#### Apéndice 3

### **INTRODUCCIÓN**

1. En la cuarta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos SSFFC, celebrada los días 19 y 20 de noviembre de 2015, se decidió<sup>2</sup> constituir un grupo de trabajo para perfilar las definiciones funcionales de los productos médicos SSFFC,<sup>3</sup> a partir de las utilizadas actualmente por el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS. La decisión se adoptó a raíz de las observaciones remitidas por diferentes Estados Miembros en relación con el documento sobre las definiciones funcionales difundido en la plataforma MedNet en 2015, que se han volcado en el presente documento.

#### **Alcance**

2. Este grupo de trabajo trata de llegar a un consenso general simplificado y aclarar a los Estados Miembros y otras partes interesadas lo que se entiende por la expresión «producto médico SSFFC»; y recomendar una definición de lo que constituye un producto médico SSFFC a la quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros.

3. En este sentido, en el mandato recogido en la resolución WHA65.19 (2012)<sup>4</sup> se indicó en una oportuna nota a pie de página que «El mecanismo de Estados Miembros utilizará la expresión ‘productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación’ hasta que los órganos deliberantes de la OMS hayan aprobado una definición». De debates anteriores mantenidos entre los Estados Miembros se desprende que habría consenso entre ellos si se aceptara el uso del término «falsificado» a los efectos de la labor desempeñada por el mecanismo de Estados Miembros. En caso de que se logre el consenso entre los Estados Miembros, la expresión «SSFFC» podría sustituirse por la acordada por ellos.

---

<sup>1</sup> Véase la decisión EB140(6).

<sup>2</sup> Véase el documento A/MSM/4/10.

<sup>3</sup> Un producto médico se define como un medicamento, vacuna o producto para el diagnóstico *in vitro* (párr. 3 del documento A/SSFFC/WG/5) y en el futuro podrían incluirse también los dispositivos médicos.

<sup>4</sup> Véase el documento WHA65/2012/REC/1.

4. No se pretende proponer legislación nacional y/o regional, o afectar en modo alguno la legislación ya existente o que puedan redactar en el futuro los Estados Miembros y/o las organizaciones regionales en relación con los productos médicos SSFFC. Independientemente de la terminología que adopte cada Estado Miembro, es importante comprender con claridad la terminología y su correlación con las definiciones funcionales adoptadas por el mecanismo de Estados Miembros.

### Metodología

5. La clasificación de los informes sobre los productos médicos SSFFC remitidos a la OMS permite analizarlos y compararlos de forma más exhaustiva y exacta, al separar los productos médicos de calidad subestándar de los productos que deliberada o fraudulentamente constituyen una tergiversación (los espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación) y de los no registrados/sin licencia en el país de comercialización (véase la figura).

**Figura. Clasificación de los productos médicos que utilizará el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS y el mecanismo de Estados Miembros**



6. En el cuadro de la figura se clasifican en tres grupos diferentes y mutuamente excluyentes los productos médicos notificados al sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS.

7. A los efectos del presente documento y de la clasificación que figura a continuación, por productos médicos autorizados se entiende los productos médicos que cumplen los reglamentos y legislación nacionales y regionales. Los organismos de reglamentación nacionales y/o regionales (ORNR) pueden, de conformidad con los reglamentos y legislación nacionales o regionales, permitir la comercialización o distribución de productos médicos con o sin registro/licencia.

a) Productos médicos subestándar

Denominados también productos «fuera de especificación», son productos médicos autorizados que no cumplen ya sea las normas de calidad o sus especificaciones, o ambas.<sup>1</sup>

b) Productos médicos no registrados/sin licencia

Productos médicos que no se han sometido a la evaluación y/o aprobación por los ORNR para el mercado en el que se comercializan/distribuyen o usan, a reserva de las condiciones permitidas por la reglamentación o legislación nacional o regional.

Puede que estos productos médicos hayan obtenido la autorización pertinente del organismo de reglamentación nacional/regional de su origen geográfico, o que no la hayan obtenido.

c) Productos médicos falsificados

Productos médicos que tergiversan deliberada/fraudulentamente su identidad, composición u origen.

Las consideraciones relativas a los derechos de propiedad intelectual no se enmarcan en esta definición.

Esa tergiversación deliberada/fraudulenta se refiere a toda sustitución, adulteración reproducción de un producto médico autorizado o a la fabricación de un producto médico que no es un producto autorizado.

El término «identidad» hará referencia al nombre, etiquetado o empaquetado o a los documentos que respaldan la autenticidad de un producto médico autorizado.

El término «composición» hará referencia a todo ingrediente o componente del producto médico con arreglo a las especificaciones aplicables autorizadas/reconocidas por el ORNR.

El término «origen» hará referencia a la identificación, incluidos el nombre y el domicilio, del titular de autorización de comercialización, el fabricante, importador, exportador, distribuidor o minorista, según sea aplicable.

Los productos médicos no deberán considerarse falsificados por el mero hecho de no estar autorizados para su comercialización en un país determinado.

## **Derechos de propiedad intelectual**

8. En el mandato del mecanismo de Estados Miembros sobre los productos médicos SSFFC se excluye explícitamente la protección de los derechos de propiedad intelectual y, por tanto, se utilizarán los mismos criterios en las definiciones que se usen en sus deliberaciones y labor. La expresión «de imitación» por lo general se define y se asocia en relación con la protección de los derechos de propiedad intelectual. Para facilitar la consulta se incluyen las definiciones de «mercancías con marcas

---

<sup>1</sup> Cuando el fabricante autorizado no cumple deliberadamente las normas o especificaciones de calidad debido a tergiversaciones de identidad, composición u origen, el producto médico debería considerarse «falsificado».



de fábrica o de comercio falsificadas»<sup>1</sup> y de «mercancías pirata que lesionan el derecho de autor»,<sup>2</sup> recogidas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

9. En el contexto de los productos médicos, el término «falsificado» parece incluir adecuadamente todos los diferentes tipos de tergiversación deliberada de un producto médico de tal modo que permita la exclusión específica de los derechos de propiedad intelectual.

### **Conclusión y recomendaciones**

10. El presente documento no pretende ser un examen exhaustivo de textos y definiciones jurídicas; el objetivo es más bien iniciar el proceso de simplificación de la terminología que utilizan actualmente el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS y el mecanismo de Estados Miembros, desde una perspectiva de salud pública.

11. Con arreglo a las deliberaciones del grupo de trabajo, se recomienda que el mecanismo de Estados Miembros sustituya la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» por la expresión «productos médicos de calidad subestándar y falsificados», que se utilizará en el nombre y en toda la documentación futura en relación con los productos médicos de este tipo.

---

<sup>1</sup> «Por mercancías con marcas de fábrica o de comercio falsificadas se entiende cualesquiera mercancías, incluido su embalaje, que lleven sin autorización una marca de fábrica o de comercio idéntica a la marca de fábrica o de comercio válidamente registrada para tales mercancías, o que no puedan distinguirse en sus aspectos esenciales de esa marca de fábrica o de comercio, y que de ese modo lesionen los derechos que al titular de la marca de fábrica o de comercio de que se trate otorga la legislación del país de importación».

<sup>2</sup> «Por mercancías pirata que lesionan el derecho de autor se entiende cualesquiera copias hechas sin el consentimiento del titular del derecho o de una persona debidamente autorizada por él en el país de producción, y que se realicen directa o indirectamente a partir de un artículo cuando la realización de esa copia habría constituido infracción del derecho de autor o de un derecho conexo en virtud de la legislación del país de importación».

## ANEXO 6

### **Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual: pautas del examen general del programa<sup>1</sup>**

[EB140/20, anexo 2 - 10 de enero de 2017]

1. De conformidad con las orientaciones de la resolución WHA68.18 (2015), el examen general del programa, como proceso diferenciado del de evaluación, estará más orientado a la formulación de políticas y revestirá un carácter más prospectivo. Las conclusiones del cuadro de examen deberían determinar esferas de convergencia, en consonancia con los 10 principios de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (anexo a la resolución WHA61.21 (2008)). Este examen del programa, que se guiará por el informe resultante de la evaluación completa y, cuando proceda, tomará en cuenta otros datos científicos y asociará a otras partes interesadas vinculadas al tema, con inclusión de entidades del sector público y de todas las categorías de agentes no estatales contempladas en el Marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales que participen en actividades de investigación y desarrollo en biomedicina, tendrá por objetivos:

- a)* valorar si la finalidad y los objetivos y los ocho elementos de la estrategia mundial y plan de acción siguen siendo pertinentes;
- b)* considerar la posibilidad de evaluar la aplicación hasta la fecha de la estrategia mundial y plan de acción, así como los principales obstáculos a los que se enfrenta;
- c)* pasar revista a los logros, las buenas prácticas, los factores de éxito, las oportunidades, las carencias, los puntos débiles, las medidas que no han tenido éxito, los problemas pendientes y el buen aprovechamiento de los fondos;
- d)* en el transcurso de la evaluación, invitar a la OMPI, la OMC, la UNCTAD y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes a que realicen aportaciones y observaciones apropiadas;
- e)* recomendar un rumbo de cara al futuro, con información detallada sobre los elementos o acciones que se deberían añadir, mejorar o concluir en la próxima fase de aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, hasta 2022;
- f)* presentar un informe final a la Asamblea de la Salud que incluya una evaluación de la estrategia mundial y plan de acción, así como recomendaciones sobre el rumbo que conviene seguir en el futuro.

2. El informe final sobre el examen general de los elementos del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, que se centrará en sus logros, problemas pendientes y recomendaciones sobre el rumbo que conviene seguir, se presentará a la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en 2018, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.<sup>a</sup> reunión.

---

<sup>1</sup> Véase la decisión EB140(8).

## ANEXO 7

### **Agentes no estatales con los que la OMS ha establecido o sigue manteniendo relaciones oficiales en virtud de la decisión EB140(10)**

[EB140/42, anexo 2 – 13 de enero de 2017]

Alianza Mundial para la Mejora de la Nutrición\*  
Asociación de Farmacéuticos del Commonwealth\*  
Asociación Internacional de Consultores en Lactancia\*  
Asociación Internacional de Ergonomía\*  
Asociación Internacional de la Higiene Ocupacional\*  
Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear\*  
Asociación Internacional de Pediatría\*  
Asociación Internacional de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia y Profesiones Afines\*  
Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Deficiencia Intelectual\*  
Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio\*  
Asociación Mundial de Psiquiatría\*  
Asociación Mundial de Sociedades de Patología y Medicina de Laboratorio\*  
Comisión Internacional de Medicina del Trabajo\*  
Confederación Internacional de Matronas\*  
Confederación Mundial de Fisioterapia\*  
Corporate Accountability International\*  
Enfermedad de Alzheimer Internacional\*  
Family Health International\*  
Federación Internacional de Esclerosis Múltiple\*  
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia\*  
Federación Internacional de la Vejez\*  
Federación Internacional de Laboratorios de Ciencias Biomédicas\*  
Federación Internacional de Planificación de la Familia\*  
Federación Internacional de Química Clínica y Medicina de Laboratorio\*  
Federación Mundial de Ergoterapeutas\*  
Federación Mundial de Neurología\*  
Federación Mundial de Salud Mental\*  
Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía\*  
Fundación Aga Khan\*  
Fundación Bill y Melinda Gates  
Fundación Health on the Net\*  
Fundación Medicines Patent Pool\*  
Grand Challenges Canada  
HelpAge International\*  
Human Rights in Mental Health\*  
Iniciativa Medicamentos para las Enfermedades Desatendidas\*  
International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies\*  
International Council for Commonality in Blood Banking Automation Inc.\*

International Rescue Committee  
International Women's Health Coalition Inc.\*  
IntraHealth International Inc.\*  
Knowledge Ecology International  
Lifting The Burden\*  
Liga Internacional contra la Epilepsia\*  
Médecins Sans Frontières International\*  
Oficina Internacional para la Epilepsia\*  
Organización Internacional de Normalización\*  
Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil\*  
Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco\*  
Red Mundial del Yodo\*  
Sociedad Americana de Medicina Reproductiva\*  
Sociedad Internacional de Andrología\*  
Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis\*  
Sociedad Internacional de Psicooncología\*  
Sociedad Internacional para Investigaciones Biomédicas sobre el Alcoholismo\*  
Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Desatención de los Niños\*  
Stichting Health Action International\*  
The Fred Hollows Foundation  
The Population Council, Inc.\*  
Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición\*  
Unión Internacional de Psicología Científica\*  
World Association of Echinococcosis\*  
World Obesity Federation\*

---

---

\* Sobre la base de los informes de colaboración relativos al periodo examinado (2014-2016), el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo recomendó que se mantuvieran las relaciones oficiales con los agentes no estatales cuyos nombres van seguidos de un asterisco.

## ANEXO 8

### **Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo**

<b>Resolución EB140.R5</b>	Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<b>1.</b>	<p><b>Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de resolución en caso de que fuera adoptada.</b></p> <p>Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 3, efecto: ampliación del acceso a intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente; categoría 4, efecto: existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona; categoría 5, efecto: aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes. Presupuesto por programas 2016-2017, productos: 3.1.1; 3.1.2; 3.1.4; 3.1.6; 4.2.3; y 5.2.2.</p>
<b>2.</b>	<p><b>Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de resolución.</b></p> <p>No es aplicable.</p>
<b>3.</b>	<p><b>Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b></p> <p>4,5 años.</p>
<b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>	
<b>1.</b>	<p><b>Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b></p> <p>Ninguna.</p>
<b>i)</b>	<p><b>Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la resolución propuesta en el bienio actual, en millones de US\$:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual?</b> US\$ 0,40 millones (contribución en especie (personal) en las diferentes oficinas regionales y la sede de la OMS).</li> <li>– <b>¿Cuál sería el déficit de financiación?</b> US\$ 1,68 millones.</li> <li>– <b>¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?</b> Ninguno.</li> </ul>

<b>2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> US\$ 4,63 millones.			
Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,00	1,20	1,20
Oficinas regionales	1,35	0,48	1,83
Sede	1,20	0,40	1,60
<b>Total</b>	<b>2,55</b>	<b>2,08</b>	<b>4,63</b>
<b>3. Bienes posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> US\$ 4,63 millones.			

<b>Resolución EB140.R7</b>	Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<b>1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de resolución en caso de que fuera adoptada.</b>	Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 2, efecto: ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Presupuesto por programas 2016-2017, producto 2.1.1: se habrá acelerado la formulación y/o la aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
<b>2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de resolución.</b>	No es aplicable.
<b>3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b>	Se propone aplicar la resolución dentro del periodo de vigencia del plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.
<b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>	
<b>1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>	No habrá que incluir costos adicionales en el presupuesto por programas aprobado para el bienio actual.
<b>i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la resolución propuesta en el bienio actual, en millones de US\$:</b>	
– ¿De qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual?	No es aplicable.
– ¿Cuál sería el déficit de financiación?	No es aplicable.
– ¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?	No es aplicable.

<b>2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>			
Los recursos necesarios que se indican a continuación se han tenido en cuenta en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 para la aplicación del plan de trabajo propuesto del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2018-2019:			
Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0	0	0
Oficinas regionales	0	0	0
Sede	6,2	3,6	9,8
<b>Total</b>	<b>6,2</b>	<b>3,6</b>	<b>9,8</b>
<b>3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>			
No es aplicable.			

<b>Resolución EB140.R8</b>	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal: conjunto integral revisado de remuneración, derechos conexos y sueldos del personal
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<b>1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de resolución en caso de que fuera adoptada.</b>	No es aplicable.
<b>2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de resolución.</b>	Las modificaciones descritas en el documento EB140/48 se derivan de las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su septuagésimo periodo de sesiones, en la resolución 70/244 adoptada el 23 de diciembre de 2015, <sup>1</sup> atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional en su informe correspondiente al año 2015, <sup>2</sup> y de las decisiones que se espera que se adopten en su septuagésimo primer periodo de sesiones, atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Comisión en su informe correspondiente al año 2016. <sup>3</sup>
<b>3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b>	Habida cuenta del tiempo necesario para la reconfiguración y pruebas del sistema, se espera que la resolución se aplique para el proceso de preparación de nóminas de mayo de 2017, con fecha de efecto retroactivo de 1 de enero de 2017. Esto se aplica al <b>proyecto de resolución 1</b> (conjunto integral revisado de remuneración, derechos conexos y sueldos del personal) y al <b>proyecto de resolución 3</b> (remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General).

<sup>1</sup> Véase [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/244&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/244&referer=/english/&Lang=S) (consultado el 16 de enero de 2017).

<sup>2</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2015\\_S.pdf?d=111520164:55:46AM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2015_S.pdf?d=111520164:55:46AM) (consultado el 16 de enero de 2017).

<sup>3</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016\\_S.pdf?d=111520164:56:47AM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2016_S.pdf?d=111520164:56:47AM) (consultado el 16 de enero de 2017).

Con respecto a la prórroga de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para los funcionarios nombrados el 1 de enero de 2014 o anteriormente, teniendo en cuenta sus derechos adquiridos, las modificaciones conexas entrarán en vigor:

- a) con efecto a partir del 1 de enero de 2018 (en cuyo caso se presenta al Consejo el **proyecto de resolución 2** para su aprobación); o
- b) en otra fecha, por especificar, con posterioridad a enero de 2018 (en cuyo caso el **proyecto de resolución 2** se modificaría como correspondiera).

## **B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales**

### **1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:**

Cabe observar que los costos salariales están siempre sujetos a alguna variabilidad debido al ajuste por lugar de destino, los tipos de cambio, las diferencias entre los funcionarios en cuanto a derechos por familiares a cargo y subsidio de educación, entre otros factores, de modo que los costos adicionales se absorberán dentro de las fluctuaciones presupuestarias globales por nóminas.

#### **i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la resolución propuesta en el bienio actual, en millones de US:**

- **¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual?**

Véase a continuación.

- **¿Cuál sería el déficit de financiación?**

Véase a continuación.

- **¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?**

#### ***Conjunto revisado de remuneración de los funcionarios de las categorías profesional y superior y derechos conexos<sup>1</sup>***

En su informe correspondiente a 2015, la Comisión estimó que las economías totales anuales para todas las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas serían de US\$ 113,2 millones por año (una reducción de entre el 2% y el 3% en costos de personal). Sin embargo, en la resolución 70/244 de la Asamblea General de las Naciones Unidas se prevén aumentos en los derechos a prestaciones que no figuran en el informe de la Comisión correspondiente a 2015, en particular una prestación para progenitores sin cónyuge del 6% de la remuneración neta. Por consiguiente, será necesario ajustar las proyecciones de la Comisión a su debido tiempo. Además, las cifras que figuran en el informe de la Comisión están sujetas a cambios en el número de funcionarios.

Cabe observar que no se obtendrán economías inmediatas debido a los costos de aplicación en forma de mejoras de los sistemas de planificación de los recursos institucionales (que ascienden aproximadamente a US\$ 2 millones para la OMS) y los costos de transición asociados a los derechos del personal. En consecuencia, las economías derivadas de los cambios en la periodicidad de los incrementos de escalón dentro de un mismo grado y la reducción en los costos de subsidio de educación debidos al menor número de gastos admisibles y la limitación de prestaciones por internado y viajes, solo se materializarán a largo plazo. Si bien la OMS espera lograr beneficios derivados del aumento de la eficacia y la simplificación en la administración de los derechos, las medidas de transición (aplicables hasta durante cinco años en algunos casos) instauradas para evitar que los cambios repercutan negativamente en el personal conllevarán complejidades administrativas en el sistema de nóminas durante varios años.

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/48, párrafos 32 y 33.



***Modificaciones en relación con la prórroga de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para los funcionarios nombrados el 1 de enero de 2014 o anteriormente<sup>1</sup>***

La prórroga de la edad de jubilación obligatoria a los 65 años para el personal en activo también tendrá repercusiones presupuestarias en tanto que retrasará una realineación más costoeficaz de la estructura de personal de la OMS. Poniendo la mirada en el bienio 2018-2019, con arreglo a la edad de separación obligatoria del servicio actualmente en vigor, en 2018 deberían jubilarse 182 funcionarios y 187 en 2019, lo cual representa el 5,9% del número total de funcionarios. De ellos, el 51% en 2018 y el 42% en 2019 pertenecen a las categorías profesional y superior.

Las planificaciones anuales de la sucesión en los cargos muestran que en 2014, 2015 y 2016 estaba previsto suprimir el 12,8% de los puestos ocupados por funcionarios que se jubilaban. Con la posibilidad de que el personal actual pueda quedarse hasta los 65 años, la Organización mantendrá a los funcionarios en puestos que de otro modo se hubieran suprimido a su jubilación, o bien, si los puestos son igualmente suprimidos, les pagará cuantiosos devengos (como el periodo de reasignación, el plazo de preaviso y la indemnización por rescisión de nombramiento), a los que no hubieran tenido derecho en caso de jubilarse a los 60 o 62 años.

Las repercusiones globales de estas modificaciones se estiman en un costo adicional para la Organización de US\$ 9 - US\$ 10 millones, con arreglo a:

- i) el suelo/escalón más alto que corresponderá a los funcionarios que se hubieran jubilado en comparación con los funcionarios más jóvenes que hubieran sido nombrados para sustituirlos; y
- ii) una estimación de los costos de separación reglamentarios adicionales en el caso de los funcionarios que decidan quedarse, pero cuyos puestos se supriman posteriormente, entre los que los funcionarios que trabajan para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiéltis constituyen el grupo más numeroso (US\$ 3 -US\$ 4 millones de US\$ 9 – US\$ 10 millones en costos adicionales). Es probable, sin embargo, que también se vean afectados algunos otros programas, dado el panorama presupuestario global).

También habrá repercusiones con respecto al rejuvenecimiento de la plantilla. Podría reducirse el grado de muchos de los puestos actualmente ocupados por funcionarios que deben jubilarse en 2018 y años posteriores, lo que crearía nuevas oportunidades más costoeficaces para la contratación en categorías más subalternas.

En su informe correspondiente al año 2014,<sup>2</sup> la Comisión, al formular su recomendación a la Asamblea General de las Naciones Unidas, tomó nota de que el aumento de la edad de separación obligatoria del servicio a los 65 años para el personal en activo tendría el efecto positivo de contener las obligaciones correspondientes al seguro de enfermedad después de la separación del servicio; en otras palabras, mantener activo al personal durante más tiempo no entrañaría una obligación para el seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Por lo que respecta a la OMS, es difícil calcular las repercusiones en las obligaciones estimadas de la Organización a largo plazo, y en la financiación, con respecto al seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Por un lado, hay una repercusión positiva puesto que el personal que trabaje tres o cinco años más aportará contribuciones adicionales al plan (dos tercios de las cuales constituyen un costo para la OMS y un tercio debe ser abonado por el funcionario). Por otro lado, algunos funcionarios que se incorporaron a la OMS al final de su carrera (por ejemplo, a los 53, 54 o 55 años) y que no hubieran alcanzado el periodo mínimo de 10 años de servicio para acceder al plan, pasarán a cumplir los requisitos, lo que supone una repercusión financiera negativa. Las repercusiones reales dependerán de qué funcionarios deciden prorrogar su edad de jubilación a los 65 años, y el periodo previo de servicio en la Organización. La evaluación de la situación correrá a cargo de actuarios independientes, quienes formularán hipótesis con respecto a estas y otras variables que afecten al seguro de enfermedad después de la separación del servicio.

<sup>1</sup> Véase el documento EB140/48, párrafos 51 y 53-56.

<sup>2</sup> Véase [http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2014\\_S.pdf?d=1130201611:50:55PM](http://icsc.un.org/resources/pdfs/ar/AR2014_S.pdf?d=1130201611:50:55PM) (consultado el 16 de enero de 2017).

Cabe la posibilidad de que se presente una situación similar con respecto a las obligaciones relativas a la caja de pensiones y la corriente de ingresos, dados los desembolsos adicionales en concepto de pensiones como consecuencia de la prolongación del periodo de servicio, lo que contrarrestará los ingresos adicionales procedentes de las contribuciones a la pensión pagaderas durante tres años más, también en este caso financiadas por el personal en un tercio y en dos tercios por la OMS.

**2. 2018–2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:**

Véase la respuesta a 1 i).

**3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:**

Véase la respuesta a 1 i).

**Decisión EB140(3)** Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas

**A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**

**1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.**

Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

Efecto: Mayor acceso a los servicios de salud o reducción de los factores de riesgo.

Presupuesto por programas 2016-2017:

Categoría: 4. Sistemas de salud.

Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Efecto: 4.2 – Se habrán establecido políticas, medios financieros y recursos humanos para aumentar el acceso a servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Producto: 4.2.2 – Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal.

**2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.**

El proyecto de decisión refuerza y respalda la aplicación de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 adoptada por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA69.19 (2016), y en él se pide que se ultime un plan de acción quinquenal con actividades específicas para la primera fase de aplicación de la Estrategia.

**3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.**

El proyecto de decisión impulsará la primera fase quinquenal de aplicación de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud, de 15 años de duración, así como las actividades previstas en el marco más amplio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se han de alcanzar de aquí a 2030. En el proyecto de decisión se pide que en el periodo entre la 140.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo y la 70.<sup>a</sup> reunión de la Asamblea Mundial de la Salud se acometa la labor de ultimación del plan de acción quinquenal, que llevará dos meses.

<b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>	
<b>1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>	Ninguna necesidad presupuestaria adicional.
<b>i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>¿De qué cantidad de recursos se dispone para financiar la decisión propuesta en el bienio actual?</b> Se dispone de recursos para financiar la decisión propuesta.</li> <li>– <b>¿Cuál sería el déficit de financiación?</b> Ninguno.</li> <li>– <b>¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?</b> No se aplica.</li> </ul>
<b>2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>	No se aplica.
<b>3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>	No se aplica.

<b>Decisión EB140(4) Poliomielitis</b>	
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<b>1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.</b>	Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 5, efecto: no hay en el mundo ningún caso de parálisis causada por poliovirus salvajes o por el poliovirus vacunal de tipo 2. Presupuesto por programas 2016-2017, producto 5.5.4: ultimación y puesta en marcha a nivel mundial del plan de trabajo para el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.
<b>2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.</b>	No es aplicable.
<b>3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b>	A mediados 2017 está previsto que se complete un estudio independiente de 3 a 6 meses de duración sobre las consecuencias programáticas, financieras y para los recursos humanos del fin del programa de lucha contra la poliomielitis y, en particular, del cese de su financiación. El contrato se suscribirá en febrero de 2017. Se informará plenamente de los resultados en enero de 2018, en la 142. <sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo; se presentarán informes sobre los progresos que se vayan realizando en la 70. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2017) y en la 141. <sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo que se celebrará inmediatamente después.

<b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>
<p><b>1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> La decisión propuesta se aplicaría con cargo al presupuesto por programas vigente.</p>
<p><b>i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>¿De qué cantidad de recursos se dispone para financiar la decisión propuesta en el bienio actual?</b> Actualmente de ninguno. Se necesitan US\$ 0,6 millones para el estudio independiente concertado, incluida la contratación de un consultor durante 3 a 6 meses para dirigir/supervisar el estudio y viajar a los países seleccionados.</li> <li>– <b>¿Cuál sería el déficit de financiación?</b> US\$ 0,6 millones.</li> <li>– <b>¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?</b> Como el estudio será interprogramático, debería financiarse con cargo a una fuente central o a una donación específica para tal fin.</li> </ul>
<p><b>2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> Está por determinar el costo potencial de la elaboración y aplicación adicionales de planes de transición por la Secretaría y los países.</p>
<p><b>3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> Está previsto que la transición se complete para 2020. Será preciso conservar las funciones esenciales necesarias para mantener un mundo sin poliomielitis tras la certificación de la erradicación. Se trata en particular de la función de vigilancia y laboratorio, la capacidad de responder a cualquier reaparición y brote, el mantenimiento de la inmunización sistemática, y el confinamiento de poliovirus en laboratorios y plantas de fabricación de vacunas. Los costos de estas funciones esenciales se calcularán a finales de 2017.</p>

<b>Decisión EB140(5)</b>	Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<p><b>1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.</b></p> <p>El Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) contribuye al logro de los efectos E1 y E2 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.</p>	
<p><b>2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.</b></p> <p>La prórroga de la aplicación de la decisión EB131(2) (2012) permitirá seguir aplicando la contribución de partenariado del Marco de PIP en 2017.</p>	

<b>3.</b>	<b>Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b> 12 meses, entre enero y diciembre de 2017.
<b>B.</b>	<b>Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b> El proyecto de decisión no tiene repercusiones presupuestarias.
<b>1.</b>	<b>Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> No hay necesidades presupuestarias adicionales.
<b>i)</b>	<b>Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US: No se aplica.</b> <b>–¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la decisión propuesta en el bienio actual?</b> No se aplica. <b>–¿Cuál sería el déficit de financiación?</b> No se aplica. <b>–¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?</b> No se aplica.
<b>2.</b>	<b>2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> No se aplica.
<b>3.</b>	<b>Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> No se aplica.

<b>Decisión EB140(7)</b>	Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia
<b>A.</b>	<b>Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>
<b>1.</b>	<b>Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.</b>  Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 2, efecto: acceso ampliado a servicios de salud mental y trastornos derivados del consumo de sustancias. Presupuesto por programas 2016 2017, productos 2.2.1 (Se habrá fortalecido la capacidad de los países para desarrollar y aplicar políticas, planes y sistemas de información nacionales acordes con el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020) y 2.2.2 (Los países habrán adquirido la capacidad técnica necesaria para establecer servicios integrados de salud mental que abarquen todo el proceso de promoción, prevención, tratamiento y recuperación).
<b>2.</b>	<b>Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.</b>  El anteproyecto de presupuesto por programas 2018-2019 incluye un producto entregable de las oficinas regionales consistente en la prestación de orientación y apoyo a los países de la región para la elaboración y aplicación de políticas/planes/estrategias sobre la demencia y un producto entregable de la Sede consistente en el establecimiento de un observatorio mundial de las demencias y asistencia a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de estrategias para el manejo de estos trastornos.

<p><b>3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b> Los ocho años que duraría el plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia.</p>
<p><b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b></p>
<p><b>1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> Para cubrir el periodo de julio a diciembre de 2017: Total de US\$ 1,33 millones (US\$ 0,70 millones para personal y US\$ 0,63 millones para actividades). En la Sede: 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P2, 75% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P4 y 25% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P5, con experiencia internacional en salud pública y demencia, y 50% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado G5 que preste apoyo administrativo. En cada región: un experto internacional en salud pública y demencia con conocimientos sobre las necesidades de la región (50% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P4).</p> <p><b>i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US\$:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>¿De qué cantidad de recursos se dispone para financiar la decisión propuesta en el bienio actual?</b> US\$ 0,11 millones.</li> <li>– <b>¿Cuál sería el déficit de financiación?</b> US\$ 1,22 millones.</li> <li>– <b>¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?</b> US\$ 0,08 millones (subvención prevista de la Comisión Europea).</li> </ul>
<p><b>2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> US\$ 5,30 millones (US\$ 2,80 millones para personal y US\$ 2,50 millones para actividades).</p>
<p><b>3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b> Bienio 2020-2021: US\$ 5,30 millones (US\$ 2,80 millones para personal y US\$ 2,50 millones para actividades). Bienio 2022-2023: US\$ 5,30 millones (US\$ 2,80 millones para personal y US\$ 2,50 millones para actividades). Bienio 2024-2025: US\$ 5,30 millones (US\$ 2,80 millones para personal y US\$ 2,50 millones para actividades). Total: US\$ 15,90 millones (US\$ 8,40 millones para personal y US\$ 7,50 millones para actividades) en los tres bienios.</p>

<b>Decisión EB140(8)</b>	Examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.
<b>A.</b>	<b>Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>
<b>1.</b>	<b>Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.</b>  Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 4, efecto: mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad. Presupuesto por programas 2016-2017, producto 4.3.2: aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.
<b>2.</b>	<b>Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.</b>  No se aplica.
<b>3.</b>	<b>Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b>  Entre enero de 2017 y octubre de 2017.
<b>B.</b>	<b>Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>
<b>1.</b>	<b>Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>  Cero.
<b>i)</b>	<b>Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US\$:</b>  –¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual? US\$ 1,01 millones.  –¿Cuál sería el déficit de financiación? Cero.  –¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación? No se aplica.
<b>2.</b>	<b>2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>  No se aplica.
<b>3.</b>	<b>Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>  No se aplica.

<b>Decisión EB140(9)</b> Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes	
<b>A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas</b>	
<b>1. Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada.</b>	<p>En estos momentos no existe ningún efecto ni producto específico sobre la migración en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 ni el presupuesto por programas 2016-2017. Sin embargo, la Organización ha vinculado sus actividades actuales sobre salud y migración con los productos 4.2.1 (se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de la salud pública) y 4.2.3 (se habrá prestado apoyo a los países en el mejoramiento de la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y en el empoderamiento de los pacientes en el contexto del progreso hacia la cobertura sanitaria universal) del presupuesto por programas 2016-2017.</p>
<b>2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué habría que considerar el proyecto de decisión.</b>	<p>Los enfoques sobre política sanitaria definidos en la resolución WHA61.17 (2008) no han ido a la par con los crecientes retos que plantean los flujos migratorios sin precedentes ni abordan suficientemente las actuales desigualdades en materia de salud, las deficiencias en protección social y el acceso a los servicios, bienes e instalaciones de salud por parte de los refugiados y los migrantes. Estos retos se han convertido en una crisis con múltiples repercusiones en el ámbito de la política, política exterior, finanzas, seguridad y salud. Son muchas las organizaciones nacionales e internacionales y de la sociedad civil que buscan formas de mejorar distintos aspectos de la salud de los refugiados y los migrantes y su acceso a los servicios de salud. Los enfoques son con frecuencia fragmentarios y costosos, funcionan en paralelo a los sistemas nacionales de salud, dependen de la financiación externa y carecen de sostenibilidad. No existe una estrategia mundial coherente e integral para abordar la salud de los migrantes. Además, los gobiernos se enfrentan al reto de incorporar las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes en planes, políticas y estrategias nacionales. Es necesario tender un puente entre la asistencia sanitaria en entornos humanitarios a corto plazo y el fortalecimiento a largo plazo de los sistemas de salud e integrar a los refugiados y los migrantes en los sistemas de atención de salud nacionales. Esto es esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, garantizar el derecho de todos a la salud y no dejar a nadie atrás.</p> <p>Además, los nuevos marcos mundiales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 71/1 (2016), y otras nuevas resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, deben tenerse en cuenta al abordar las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes. Estas necesidades no se reflejaron en la resolución WHA61.17 (2008) sobre la salud de los migrantes, por lo que es necesario proceder a su actualización.</p>
<b>3. Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.</b>	2,5 años.
<b>B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales</b>	
<b>1. Bienio actual – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:</b>	Ninguna



**i) Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US\$:**

– **¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual?**

Ninguno.

– **¿Cuál sería el déficit de financiación?**

US\$ 0,93 millones.

– **¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?**

Ninguno.

**2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:**

US\$ 2,78 millones.

<b>Nivel</b>	<b>Personal</b>	<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Oficinas en los países	0,00	0,50	0,50
Oficinas regionales	0,00	0,40	0,40
Sede	1,46	0,42	1,88
<b>Total</b>	<b>1,46</b>	<b>1,32</b>	<b>2,78</b>

**3. Bienes posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) – necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US\$:**

No es aplicable; las necesidades presupuestarias se calcularán cuando se elaboren en 2018 un marco y plan de acción.