



158.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016

CE158/FR
24 de junio del 2016
Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Mesa Directiva.....	7
Asuntos relativos al reglamento	
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Proyecto de orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Asuntos relativos al Comité	
Informe de la 10.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.....	8
Premio OPS en Administración (2016)	9
Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	11
Informe anual de la Oficina de Ética (2015).....	12
Informe del Comité de Auditoría de la OPS.....	15
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS	18
Asuntos relativos a la política de los programas	
Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	19
Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS.....	23
Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS.....	24
Los sistemas de salud resilientes.....	27
El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo	29
La salud de los migrantes.....	32
Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020.....	35
Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021	37
Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022	40
Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales.....	42
Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021	43
Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud	46

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	48
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015.....	49
Programación del excedente del presupuesto	53
Programación del excedente de los ingresos	53
Seguro de enfermedad tras la separación del servicio	54
Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital	55
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación	56
Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021	57
Asuntos relativos al personal	
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	57
Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	60
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	60
Asuntos de información	
Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros	62
Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019	63
Actualización sobre la reforma de la OMS	65
Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS)	68
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	70
Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas	72
Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas	75
Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final	77
Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final	78
Estrategia y plan de acción para la reducción de desnutrición crónica: Informe final	80
Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final	82

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información (cont.)

Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: informe final	83
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	85
A. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Examen de mitad de período.....	85
B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes.....	85
C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período	87
D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período.....	88
E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y salud pública: Examen de mitad de período	89
F. Situación de los Centros Panamericanos	90
Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	90
A. Sexagésima novena Asamblea Mundial de la Salud.....	90
B . Organizaciones subregionales.....	92
Clausura de la sesión	93

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

CE158.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas.....	93
CE158.R2 Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021	94
CE158.R3 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales.....	96
CE158.R4 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016 2020	99
CE158.R5 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS.....	101
CE158.R6 Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021	102
CE158.R7 Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS	107
CE158.R8 Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016 2022.....	110

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)**Resoluciones** (cont.)

CE158.R9	Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud.....	114
CE158.R10	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	115
CE158.R11	La salud de los migrantes.....	117
CE158.R12	Los sistemas de salud resilientes.....	119
CE158.R13	Premio OPS en Administración (2016)	123
CE158.R14	Premio OPS en Administración – Modificaciones de los procedimientos.....	124
CE158.R15	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	128
CE158.R16	El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo	129
CE158.R17	Orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	134

Decisiones

CE158(D1)	Adopción del orden del día.....	134
CE158(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas	135
CE158(D3)	Programación del excedente del presupuesto	135

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 158.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 20 al 24 de junio del 2016. Contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago. Asistieron como observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Brasil, Canadá, El Salvador, España, Honduras, México, Panamá, Paraguay y Saint Kitts y Nevis. Además, estuvieron representadas ocho organizaciones no gubernamentales.

2. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Ecuador, Presidenta del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes; informó que la recién concluida 69.^a Asamblea Mundial de la Salud había adoptado algunas decisiones que influirían en la labor de la OPS. Destacó que los Estados Miembros debían colaborar para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprovechando los progresos realizados con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En unas circunstancias en las que diversos países estaban intentando resolver los efectos de los desastres naturales y las crisis sociales, políticas o económicas, había que desplegar todos los esfuerzos posibles para proteger a los grupos vulnerables mediante políticas públicas que pusieran de relieve la equidad e incorporaran una perspectiva intercultural y de género. Expresó la gratitud de su Gobierno por la asistencia internacional recibida de la OPS y distintos Estados Miembros tras el terremoto devastador que su país había sufrido en abril del 2016.

3. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), también dio la bienvenida a los participantes y señaló que la Región se había enfrentado con muchos problemas de salud pública desde la celebración de la 54.^a sesión del Consejo Directivo en octubre del 2015, en particular los efectos terribles de diversos desastres naturales y el impacto aplastante de la epidemia de infección por el virus del Zika, que una vez más habían puesto a prueba los preparativos para situaciones de emergencia y la capacidad de respuesta de la Organización. La Oficina había implantado las respuestas oportunas y eficaces al brote epidémico y los desastres naturales y apoyó a los Estados Miembros para enfrentar esos problemas. Señaló que el Comité examinaría las estrategias, los planes de acción y los documentos de política sobre varios temas técnicos importantes. También abordaría asuntos clave en los ámbitos financiero, administrativo y de personal. Dijo que el Comité desempeñaba una función fundamental para lograr el funcionamiento eficiente y eficaz de la Organización, y sus trabajos durante la sesión que comenzaba sentarían las bases del éxito del 55.^o Consejo Directivo, previsto para el próximo septiembre. Agradeció de antemano el compromiso y la dedicación de los Miembros del Comité durante la sesión que empezaba.

4. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) explicó el nuevo sistema de distribución de documentos en formato digital (no impresos) durante la 10.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. El sistema incluía un mecanismo de seguimiento electrónico de las resoluciones que facilitaría la distribución de las versiones modificadas de los proyectos de resolución durante la sesión.

Mesa Directiva

5. Los siguientes Miembros de la Mesa, elegidos en la 157.^a sesión del Comité, siguieron desempeñando sus cargos durante la 158.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Ecuador	(Dra. Margarita Guevara Alvarado)
<i>Vicepresidencia:</i>	Costa Rica	(Dra. María Esther Anchía)
<i>Relatoría:</i>	Trinidad y Tabago	(Dra. Rhonda Sealey-Thomas)

6. La Directora actuó como Secretaria en virtud de su cargo y la doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) fue la Secretaria Técnica.

Asuntos relativos al reglamento

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE158/1, Rev. 1 y CE158/WP/1, Rev. 1)

7. El Comité adoptó el orden del día provisional propuesto por la Directora (documento CE158/1, Rev.1) sin cambios; el Comité también hizo suyo el programa provisional de reuniones (CE158/WP/1, Rev. 1) (decisión CE158[1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE158/2)

8. De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Ecuador y Costa Rica titulares, respectivamente, de la Presidencia y la Vicepresidencia para que representen al Comité en el 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Argentina y los Estados Unidos de América fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE158[D2]).

Proyecto de orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE158/3, Rev. 1)

9. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP), dio a conocer el orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (documento CE158/3, Rev. 1) y destacó la adición de un tema sobre el Marco para la colaboración con agentes no estatales, que se

hizo con posterioridad a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud (véase más adelante “Actualización sobre la reforma de la OMS”, párrafos 264 a 277). De conformidad con la recomendación del Comité Ejecutivo, la Oficina pasaría el informe sobre la ejecución del Reglamento Sanitario Internacional del 2005 del apartado de Asuntos de información general al de Asuntos relativos a la política de los programas (véase más adelante “Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)”, párrafos 287 a 296).

10. En el debate que siguió, se observó que la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud había adoptado una resolución sobre la función del sector de la salud en la gestión internacional de los productos químicos¹, que pedía a la Directora General de la OMS que elaborase, en consulta con los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes, una hoja de ruta para el sector de la salud con miras a alcanzar el objetivo fijado para 2020 acerca de la gestión racional de los productos químicos adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Gestión de Productos Químicos (Dubai, febrero de 2006) y contribuir a las metas pertinentes de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se instaba también a todos los comités regionales de la OMS a que incluyeran en su orden del día el tema de la hoja de ruta. Por consiguiente, se propuso que el Consejo Directivo examinara el asunto en el punto 7.7 del orden del día, “Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas”.

11. La señora Huerta indicó que se agregaría al tema 7.7 del orden del día un subpunto sobre la hoja de ruta.

12. El Comité Ejecutivo aprobó el proyecto de resolución contenido en el documento CE158/3, Rev. 1, con las modificaciones y los agregados antedichos.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la 10.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE158/4)

13. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Antigua y Barbuda, Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA) había celebrado su 10.^a sesión el 30 marzo y el 1 de abril del 2016. Trató varios temas financieros, administrativos y otros de carácter importante, a saber: un esquema del Informe Financiero del Director para el 2015; un esquema de la evaluación de fin de bienio del programa y presupuesto para 2014-2015 y el primer informe provisional sobre el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; el marco mejorado de estratificación programática prioritaria para el Plan Estratégico de la OPS actual; el mecanismo para la notificación provisional a los Estados Miembros acerca del programa y el presupuesto del bienio en curso; una evaluación provisional de la ejecución de la Política del Presupuesto de la OPS; y la programación del presupuesto y los excedentes de ingresos que quedaban del bienio 2014-2015. El Subcomité también había

¹ Resolución WHA69.4.

considerado la reforma de la OMS y recomendó un candidato para reemplazar a un miembro saliente del Comité de Auditoría de la OPS. La doctora Sealey-Thomas señaló que, habida cuenta de que los asuntos tratados por el Subcomité figuraban en el orden del día del Comité Ejecutivo, informaría sobre ellos a medida que este los fuese abordando.

14. La Delegada de México dijo que el párrafo 78 del informe no reflejaba con exactitud las observaciones formuladas por su delegación con respecto al informe presentado al Subcomité en el Plan Maestro de Inversiones de Capital² y solicitó que el párrafo se modificara.

15. La Directora sugirió que la delegación mexicana aclarase su postura cuando el Comité abordara el tema del Plan Maestro de Inversiones de Capital (véanse los párrafos 218 a 222); la Delegada de México aceptó la sugerencia. La Directora agradeció a los Miembros del Subcomité y a los observadores que habían participado en la 10.^a sesión sus valiosas observaciones, que habían sido muy útiles a la Oficina al prepararse para la sesión de Comité Ejecutivo.

16. El Comité Ejecutivo agradeció al Subcomité su labor y tomó nota del informe.

Premio OPS en Administración (2016) (documentos CE158/5 y Add. I)

17. La señora Gabrielle Lamourelle (Estados Unidos de América) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2016), integrado por delegados de las Bahamas, Ecuador y Estados Unidos, se había reunido el 21 de junio del 2016 para examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros. Después de los debates, y reconociendo los méritos de los tres candidatos, el Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS en Administración (2016) fuera concedido al doctor Pastor Castell-Florit Serrato, de Cuba, por sus aportaciones encomiables a la salud pública, como lo ponían de manifiesto su liderazgo en la dirección y administración del sistema nacional de salud de su país, su trayectoria profesional y sus contribuciones a la investigación y la enseñanza en torno a la gestión administrativa de los sistemas de salud, corroborado todo ello por los puestos que había ocupado y sus publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

18. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R13, por la cual se otorga el Premio OPS en Administración (2016) al doctor Pastor Castell-Florit Serrato, de Cuba.

Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos (documento CE158/6, rev. 2)

19. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una propuesta de la Oficina de modificar las directrices para conferir el Premio OPS en Administración

² Documento SPBA10/12.

con la intención de realzar la importancia del premio y alentar a los Estados Miembros a que presenten candidatos sobresalientes. El Subcomité había decidido formar un grupo de trabajo integrado por Argentina, Granada, Honduras y México para examinar los cambios propuestos. El grupo se reunió en ocasión de la 10.^a sesión del Subcomité y decidió recomendar algunos cambios a las modificaciones propuestas por la Oficina. Los procedimientos modificados habían sido respaldados por el Subcomité y se sometieron a la consideración del Comité Ejecutivo en el documento CE158/6.

20. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP), expresó su gratitud al grupo de trabajo y explicó que los cambios propuestos en los procedimientos tenían que ver principalmente con el alcance del premio. Desde su inicio, este se había enfocado exclusivamente en los servicios de salud. Sin embargo, la situación había evolucionado y la Organización había adoptado nuevos mandatos, en particular la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Habida cuenta de esos cambios y también de la labor incesante de la Organización en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el futuro trabajo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se había propuesto cambiar el foco de interés del premio, que en lo sucesivo se conocería como el *Premio de la OPS a la Gestión y el Liderazgo en los Servicios de Salud*. El premio sería concedido a las personas que sobresalieran en las esferas vinculadas con el acceso, la cobertura, la gestión, la creación de redes integradas y ámbitos similares relacionados con la prestación de servicios de salud.

21. En el debate correspondiente, una delegada preguntó qué criterios se usarían para evaluar a los candidatos propuestos, y comentó que era importante que fuesen claros para lograr rigor y transparencia en el proceso de selección y también para ayudar a los Estados Miembros a postular candidatos idóneos. También preguntó si cabía prever que los Estados Miembros respaldaran a los candidatos presentados en respuesta a la convocatoria abierta y si el límite de dos candidatos por Estado Miembro incluía los presentados por este y los propuestos por la convocatoria abierta.

22. El doctor Fitzgerald respondió que los candidatos serían propuestos por los Estados Miembros, que por lo tanto los respaldarían. Estuvo de acuerdo en que era importante definir una serie de criterios y señaló que los requisitos generales de los candidatos se describían en el párrafo 2 de los procedimientos. Sería competencia del Jurado evaluar si los candidatos satisfacían los requisitos. Cuando la Oficina emitiera la convocatoria para la presentación de candidaturas, explicaría las áreas de trabajo pertinentes al Premio y proporcionaría cuestionarios estandarizados a los Estados Miembros; asimismo, solicitaría una documentación extensa para respaldar las candidaturas, como se explicaba en el párrafo 5 de los procedimientos. Otros detalles, como las puntuaciones asignadas a los diversos criterios, podrían examinarse antes de la sesión del Comité Ejecutivo de junio del 2017.

23. La Directora comentó que la Oficina tenía la gran responsabilidad de velar por que los candidatos merecieran el premio. Competía a los Estados Miembros proponer candidatos que no solo hayan demostrado logros significativos en la gestión sanitaria, sino

que también gocen de una buena reputación y una posición sólida a los niveles nacional, regional y mundial. Como el doctor Fitzgerald había indicado, todavía no se había establecido un método objetivo para calificar a los candidatos, pero cuando el Jurado se reuniera en el futuro podría decidir cuántos puntos debían asignarse a cada uno de los criterios, aunque no era forzoso que tales detalles se incluyeran en los procedimientos.

24. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R14, por la cual aprueba los procedimientos modificados y el cambio de nombre del premio.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE158/7)

25. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, en conformidad con el procedimiento descrito en los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales, el Subcomité había celebrado una reunión privada en la 10.^a sesión para analizar el estado de ocho ONG que mantienen relaciones oficiales con la OPS y considerar la solicitud de una organización que aspiraba a entrar en relaciones oficiales con la Organización. El Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera a Mundo Sano en relaciones oficiales con la OPS y continuara las relaciones oficiales entre la OPS y la Coalición Caribe Saludable, el Colegio Interamericano de Radiología, la Sociedad Interamericana de Cardiología, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

26. En el debate del Comité Ejecutivo en torno al tema, se sugirió que, considerando la aprobación del Marco para la colaboración con los agentes no estatales por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud (véanse los párrafos 264 a 277), la Oficina debía revisar sus procedimientos en cuanto a la colaboración con las ONG, teniendo en cuenta las cuatro categorías aceptadas por la Asamblea. Se subrayó la necesidad de evitar cualquier conflicto de intereses.

27. Un representante de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) reafirmó el compromiso de los laboratorios farmacéuticos representados por la Federación con la calidad, la inocuidad y la accesibilidad de los medicamentos y describió políticas y actividades de la Federación con respecto a la armonización de reglamentos farmacéuticos, las normas de calidad de los medicamentos y la fabricación, distribución y comercialización de estos.

28. Un representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) describió la labor de su asociación en los campos de agua, saneamiento, higiene y aire limpio, agregando que estaba dispuesta a colaborar con la OPS en las áreas de conocimientos técnicos especializados, enfermedades transmisibles y

respuesta a desastres o epidemias. También señaló que la AIDIS y la OPS patrocinarían conjuntamente un simposio sobre agua y saneamiento inmediatamente antes del XXXV Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, a celebrarse en Cartagena (Colombia) del 21 al 24 de agosto del 2016. Un representante de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) refrendó el compromiso de esta con el apoyo a los sistemas de salud pública en cada uno de los países de la Región donde estaba representada. Consideró que era necesario establecer sistemas integrales en los cuales el foco de interés fuese la mejor atención posible de los pacientes. Esperaba con interés seguir su colaboración activa con la OPS en el futuro.

29. El señor Alberto Kleiman (Director, Departamento de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP), dio las gracias a los representantes de las ONG por la contribución de sus organizaciones, dijo que la Oficina había tomado nota de las observaciones con respecto al Marco para la colaboración con los agentes no estatales, que se pondrían en efecto teniendo cuidado de respetar los criterios definidos y aprobados por los Estados Miembros para colaborar no solo con las ONG, sino también con otros agentes no estatales.

30. La Directora expresó su agradecimiento por las contribuciones en curso de las ONG que mantienen relaciones oficiales con la Organización. La Oficina esperaba contar con su colaboración continua en el futuro, en un espíritu de respeto mutuo y comprensión, y con respeto total del Marco para la colaboración con los agentes no estatales.

31. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R15, por la cual se renuevan las relaciones oficiales entre la OPS y las ocho organizaciones anteriormente mencionadas por un período de cuatro años y se admite en relaciones oficiales a la ONG Mundo Sano, también durante cuatro años.

Informe anual de la Oficina de Ética (2015) (documento CE158/8)

32. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) presentó el informe, destacando las actividades principales de la oficina a su cargo en el 2015 en cuatro áreas clave: asesoramiento y orientación brindadas a miembros del personal en aspectos éticos; denuncias recibidas acerca de preocupaciones de índole ética, casos de fraude y robo o pérdida de propiedades de la OPS; y recursos y nuevas iniciativas ejecutadas para mejorar la cultura de la ética en la OPS y fomentar el respeto en el lugar de trabajo. Examinó los datos presentados en el informe sobre consultas del personal, denuncias de conductas que suscitaban preocupaciones de índole ética, y denuncias de acoso y conducta inapropiada en el lugar de trabajo, observando que en el documento CE158/8 se exponían más detalles.

33. También informó que por el servicio de ayuda sobre ética se habían recibido varias denuncias anónimas en torno a funcionarios de alto nivel de la OSP. La Oficina de Ética había investigado las imputaciones y encontrado que eran improcedentes. Posteriormente, la Oficina se había enterado de muchas comunicaciones por correo electrónico anónimas con las mismas imputaciones, enviadas por fuera de los canales de información normales y

bajo nombres ficticios a funcionarios de la OPS, la OMS, la Oficina de Ética de las Naciones Unidas y el Comité de Auditoría de la OPS. De conformidad con una decisión de la Directora, un investigador externo se había ocupado en hacer una evaluación independiente de las imputaciones, cuyo resultado se incluirá en el informe de la Oficina de Ética que habrá de presentarse al Comité en el 2017.

34. En el 2015 se emprendieron nuevas iniciativas como una encuesta para sopesar el clima con respecto a la conducta ética y el entorno de trabajo en la Sede y en las oficinas en los países, y la iniciativa de *Respeto en el lugar de trabajo*, impulsada por la Oficina del Mediador, que tiene por objeto ayudar a reducir los conflictos y la conducta indebida en los lugares de trabajo. En el 2016, la Oficina de Ética pondrá en servicio otra línea telefónica de ayuda que contará con medios analíticos más complejos y un programa de capacitación para conseguir que los gerentes reconozcan la importancia de que el empleado pueda exponer sus preocupaciones de buena fe sin temor a las represalias.

35. El Comité de Auditoría había formulado recientemente algunas recomendaciones con respecto a la estructura de la Oficina de Ética y su doble función de informar sobre las cuestiones de ética e investigar las presuntas conductas indebidas (véanse los párrafos 43 a 58). Una de esas recomendaciones era que la OPS debería seguir el modelo de las Naciones Unidas, en el cual las investigaciones corrían por cuenta de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna. Sin embargo, un informe de la Dependencia Común de Inspección de 2016 había señalado que si los auditores se ocupaban ampliamente de la detección de fraudes o formaban parte de un equipo de investigación, podrían tener dificultades para ser considerados como empleados fiables al retomar su función netamente interna. Esa advertencia dejó claro que las investigaciones llevadas a cabo por una oficina de auditoría planteaban sus propias dificultades y quizá no se correspondieran con las mejores prácticas.

36. El funcionario señaló que la doble función asesora y de investigación no era exclusiva de la Oficina de Ética de la OPS; las oficinas de ética del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola y otros organismos funcionaban del mismo modo. La Oficina de Ética de la OPS se distinguía, sin embargo, en que no dependía de la administración, sino que informaba directamente a los Cuerpos Directivos por intermedio del Comité Ejecutivo. En opinión del señor MacMillan, cualquier decisión con respecto a la estructura o las responsabilidades de la Oficina de Ética debía tener en cuenta esa característica singular e importante.

37. Desde su establecimiento, la Oficina de Ética había intentado equilibrar el tiempo para desempeñar sus dos funciones principales; sin embargo, cada vez resultaba más difícil mantener ese equilibrio debido al número creciente de denuncias y del tiempo necesario para investigar las imputaciones. La Oficina había adoptado recientemente medidas para afrontar el problema mediante la creación de dos nuevos puestos profesionales: uno que se ocuparía exclusivamente de las investigaciones, y el otro, de las tareas de asesoramiento y capacitación. Con esa separación de las funciones, la Oficina de Ética fortalecería su énfasis en la prevención, lo cual reduciría el riesgo de conductas indebidas.

38. Por lo que toca a la protección del denunciante de irregularidades, la OPS tenía una política sólida para proteger de las represalias a cualquier empleado que denuncie faltas de conducta o coopere en una investigación. Sin embargo, dicha protección no dependía ni debía depender únicamente de la Oficina de Ética; tenía que ser un esfuerzo colectivo entre diferentes oficinas, y en especial del personal directivo superior. Eso ayudaría a lograr que la denuncia de actos indebidos tuviera el apoyo institucional necesario y no expondría al denunciante a consecuencias perjudiciales.

39. En el debate se reconocieron los esfuerzos desplegados por la Oficina de Ética para fomentar la integridad y la conducta ética, y se aplaudió su plan para implantar un programa de capacitación para los gerentes en torno a la protección de los denunciantes de irregularidades. Se señaló que el informe indicaba que, si bien el número de denuncias de índole ética había permanecido casi constante, la proporción real había aumentado cerca de 18%, debido al aumento del número de problemas incluidos. Se solicitó la explicación de los motivos de dicho aumento y de que el número de denuncias, después de aumentar por varios años, hubiese permanecido relativamente constante alrededor de 50 después del 2012. Se sugirió que en los informes futuros se incluyera un gráfico del número de consultas hechas en la Sede y en las oficinas en los países.

40. El señor MacMillan respondió que 72 de las 115 consultas sobre preocupaciones de índole ética recibidas en el 2015 correspondían al personal de la Sede. De las 53 denuncias de conductas que suscitaban dudas de índole ética, 32 correspondían al personal de la Sede o estaban relacionadas con problemas de la Sede. Las estadísticas solicitadas se incluirían en los informes futuros de Oficina de Ética. El funcionario comentó que, como consecuencia de las visitas por parte de su oficina a las Representaciones de la OPS/OMS, hubo un aumento de las consultas y denuncias gracias a que el personal local se enteró de los recursos que estaban a su alcance; esa tendencia probablemente continuaría a medida que la oficina ampliara su cobertura a las oficinas en los países. Señaló, también, que no todas las denuncias correspondían a problemas éticos graves.

41. La Directora, por su parte, refiriéndose al empeño por cambiar la cultura institucional, explicó que la iniciativa de respeto en el lugar de trabajo pretendía concientizar al personal de que es aceptable hacerse oír para objetar todo trato indebido de que sean objeto en el lugar de trabajo y para exigir un trato respetuoso por parte de los supervisores. Es imprescindible crear un lugar de trabajo donde las personas se sientan valoradas y no teman a las represalias si denuncian un trato irrespetuoso. Ella esperaba que la notificación anónima disminuiría a medida que los empleados y los gerentes aprendieran a aplicar medidas preventivas para atajar el comportamiento indebido y la mala conducta y empezaran a abordar estos temas francamente y sin producir resquemores.

42. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE158/9)

43. El señor Nicholas Treen (Presidente, Comité de Auditoría de la OPS), presentó el informe del Comité de Auditoría y describió los temas de interés examinados por el Comité en el periodo 2015-2016 y sus planes para el próximo año; señaló que en el informe se proponían ocho recomendaciones. Mencionó que el Comité había verificado la aplicación de las medidas adoptadas con base en sus recomendaciones y reconoció claramente la voluntad de la Directora de ponerlas en práctica o explicar por qué no se habían ejecutado. También agradeció su franqueza y disposición de proporcionar al Comité la información que este le solicitaba.

44. Los estados financieros de la Organización para el 2015 no se habían preparado a tiempo para su examen por el Comité de Auditoría, ni siquiera en una versión preliminar, antes de que el Auditor Externo hubiera concluido la auditoría. Eso era lamentable, pues el Comité de Auditoría podría haber especificado las áreas de dichos estados donde el Auditor Externo previera dificultades y, en consecuencia, tratar con la Directora posibles maneras de mejorar la situación. Esta era una de las funciones más importantes de un comité de auditoría.

45. El Comité tenía una relación provechosa con el Auditor Externo y también con la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) (véanse párrafos 223 a 227), cuyas recomendaciones e informes eran sistemáticamente de gran calidad. Era grato comprobar que en la Organización estaba echando raíces una cultura de la evaluación, la cual propiciaba el aprendizaje y la rendición de cuentas. El Comité acogió con beneplácito la intención de la IES de llevar a cabo una evaluación independiente de la calidad de la función de auditoría interna en el 2016 y revisar la carta de auditoría interna para cumplir con las mejores prácticas de las Naciones Unidas y del Instituto de Auditores Internos.

46. El Comité de Auditoría había dedicado mucho tiempo a examinar el entorno de tecnología de la información de la OPS, centrándose especialmente en la seguridad de la información, que había detectado como un punto débil importante. Sin embargo, ya había comprobado mejoras en esa esfera. El Comité había recomendado que la Oficina adoptara medidas para velar por el cumplimiento de las normas internacionales pertinentes cuanto antes.

47. El Comité consideró el proyecto *Mais Médicos* un ejemplo excelente de la cooperación Sur-Sur a gran escala y se manifestó satisfecho de la manera en que el proyecto estaba progresando. Había algunos problemas todavía por resolver, pero el Comité no había detectado riesgos de consideración. Sin embargo, le gustaría tener más tranquilidad de que los gastos de apoyo del proyecto, que en ese momento eran una gran fuente de ingresos para la OPS, se administran adecuadamente. Se necesitaba un mecanismo para hacer el seguimiento de esas grandes sumas, en aras de una mayor transparencia. Una posible dificultad más adelante sería ver cómo el Brasil mantendría las mejoras logradas cuando se retiraran los médicos extranjeros. En consecuencia, el Comité había recomendado la elaboración de una estrategia y un plan con esa finalidad.

La terminación del proyecto no debería tener repercusiones negativas financieras o de otro tipo para la OPS.

48. El Comité de Auditoría había examinado las áreas de la conducta ética y las investigaciones y había formulado varias sugerencias que se habían aceptado; quedaban dos temas por abordar. Uno era la protección del denunciante de irregularidades; el Comité consideró que había un conflicto de intereses, ya que sería muy difícil que un investigador protegiera a un denunciante si este había participado en una investigación. Este era un punto débil considerable de consecuencias potencialmente desastrosas para la función investigadora, ya que no sería posible inducir a las personas a revelar lo que sabían si estas no estaban convencidas de que no sufrirían represalias. El Comité también albergaba ciertas inquietudes con respecto al Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos y había recomendado un examen del proceso por expertos. El nivel de los recursos dedicados a los asuntos de ética también representaba una inquietud, en particular porque la carga de las investigaciones había aumentado considerablemente.

49. Por último, el Comité de Auditoría había realizado una autoevaluación teniendo como referencia las normas internacionales y estaba preparando un cuestionario para conocer el punto de vista del personal superior de la Oficina y de los Estados Miembros. Esto sería un paso preliminar para examinar el mandato del Comité, que tenía acerca de seis años. Los temas a examinar eran el número y la secuencia temporal de las reuniones; una mayor flexibilidad en dicha secuencia; las disposiciones para la instrucción de los nuevos miembros del Comité; el acceso de los miembros a la intranet de la OPS, el Manual electrónico y otros documentos de consulta; y la creación de un espacio propio del Comité de Auditoría en la intranet y otro en el sitio Web de la OPS.

50. El Comité Ejecutivo agradeció la información facilitada y apoyó las recomendaciones del Comité de Auditoría, aunque se plantearon algunas preguntas al respecto. Una delegada inquirió si la Oficina había aceptado todas las recomendaciones o si algunas todavía estaban bajo consideración y, en tal caso, por qué. En cuanto a las recomendaciones relativas a la Oficina de Ética, la misma delegada preguntó si sería aconsejable poner en práctica la recomendación 7 antes de recibir los resultados del examen por expertos propuesto en la recomendación 6. También planteó si el Comité de Auditoría había tomado en cuenta el tamaño y los recursos de la OPS antes de recomendar la separación de las funciones de asuntos de ética e investigación de las denuncias, y opinó que sería útil explorar modelos en otras organizaciones internacionales de tamaño similar a la OPS. Como se apreciaba en el informe, el Comité de Auditoría había estado preocupado por la Oficina de Ética durante algún tiempo, y la delegada se preguntaba por qué no había expresado esas inquietudes con anterioridad.

51. Con respecto a la recomendación 1, se solicitó aclarar la diferencia en el asesoramiento que el Comité de Auditoría proporcionaría basándose en las versiones preliminares de los estados financieros por contraste con la versión definitiva. También se solicitó el punto de vista de la Oficina sobre el asunto. Una delegada quería saber si el motivo de preocupación en torno a la recomendación 1 era solo el momento en que los

estados financieros estaban terminados o si había también cierta inquietud por el proceso de aprobación. Otra delegada instó a cumplir rápidamente la recomendación sobre la seguridad de la información, dadas sus implicaciones financieras y operativas. Su delegación también exhortó al Comité de Auditoría a seguir vigilando el proceso de evaluación conjunta del Plan Estratégico con miras a determinar posibles formas de mejorar el mecanismo.

52. El señor Treen contestó que el Comité de Auditoría estaba satisfecho con la aplicación por parte de la Oficina de las diversas recomendaciones sobre la supervisión y la auditoría. No era esencial que todas ellas se aceptaran y ejecutaran, siempre y cuando se explicaran los motivos para no ponerlas en práctica. A él le parecía urgente poner en práctica la recomendación 7, incluso antes del examen por expertos, ya que eran evidentes los conflictos de intereses en el área de la protección de los denunciantes de irregularidades. Sencillamente, no era posible que la misma entidad que realizaba las investigaciones brindara una protección eficaz. No le parecía que el tamaño de una organización fuese un obstáculo para adoptar el modelo de la Secretaría de las Naciones Unidas, que, desde el punto de vista del Comité, era el mejor y ofrecía una buena separación de las funciones y una gran claridad en cuanto a las responsabilidades.

53. Lo ideal es que el Comité de Auditoría recibiera una versión prácticamente final de los estados financieros, a fin de comprobar que todo estuviera en orden. Si no lo estaba, podía asesorar a la Directora en cualquier asunto que surgiera, en particular si se preveía que el Auditor Externo no iba a emitir una opinión sin reservas. No sería útil ver una versión muy preliminar, cuando las cifras aún podían cambiar, pero incluso eso sería mejor que nada. El Comité de Auditoría estaba muy interesado en el proceso de evaluación conjunta y haría lo necesario para ayudar a que fuese lo más transparente y provechoso posible.

54. La Directora agradeció la labor del Comité de Auditoría y agradeció al miembro saliente, la señora Amalia Lo Faso, su dedicación y ayuda. Señaló que quedaban todavía algunas recomendaciones sobre las cuales no había consenso. Por ejemplo, se necesitaba más análisis con respecto a la recomendación 1 sobre la presentación de versiones preliminares de los estados financieros. La Oficina no se sentiría cómoda poniendo a disposición una versión muy preliminar de los estados en marzo, cuando se celebra la primera reunión del Comité de Auditoría del año. Una posibilidad sería cambiar la reunión a abril, momento en el cual los estados financieros estarían terminados o casi.

55. Con respecto a *Mais Médicos*, la Oficina estaba de acuerdo con la recomendación de elaborar una estrategia y un plan para establecer cómo terminaría el proyecto; pero la segunda parte de la recomendación —procurar la sostenibilidad de las mejoras de atención primaria de salud logradas— competía al gobierno brasileño. Con respecto a la recomendación 3, la Oficina había incluido los gastos de apoyo del proyecto *Mais Médicos*

—unos \$56 millones³— en el presupuesto general para que se distribuyeran en toda la Organización, de conformidad con el método de asignación de prioridades establecido por los Estados Miembros. En cuanto a la recomendación 7, la Oficina estaba examinando la forma como los asuntos de ética y las funciones de investigación de denuncias se organizaban en diversos organismos, en particular del tamaño de la OPS. Estuvo de acuerdo en que debían evitarse los posibles conflictos de intereses, y, si la estructura actual de la Oficina de Ética tenía el potencial de causar tal conflicto, entonces la OSP organizaría la revisión por expertos recomendada por el Comité de Auditoría para ayudar a trazar el camino a seguir. Señaló, sin embargo, que no se había hecho ninguna provisión en el presupuesto de la Organización para sufragar el costo de dicho examen.

56. Además de las ocho recomendaciones, el Comité de Auditoría había formulado algunas sugerencias oficiosas, algunas de las cuales resultaban problemáticas. Por ejemplo, el Comité consideró que necesitaba realizar tres reuniones por año en lugar de dos para llevar a cabo sus funciones; pero sería muy difícil que la Oficina organizara una tercera reunión. De manera análoga, el Comité de Auditoría deseaba realizar visitas a más países, las cuales también serían difíciles de organizar. Esos asuntos aún eran tema de conversaciones.

57. La Directora comentó que en la OSP había un cierto sentimiento de ser objeto de demasiadas auditorías, pues las actividades de la Oficina eran examinadas por muchas entidades. Ella opinaba que hacía falta una mayor claridad en las funciones respectivas del Comité de Auditoría y del Auditor Externo y en cómo se debían complementar unas con otras.

58. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE158/10)

59. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité, enterado de que el mandato de un miembro del Comité de Auditoría concluiría en junio del 2016, había establecido un grupo de trabajo para que examinara una lista de candidatos propuestos por la Directora. El grupo había evaluado a los tres candidatos sobre la base de los criterios definidos en la sección 4 de los términos de referencia del Comité de Auditoría y había decidido recomendar el nombramiento del señor Claus Andreasen como miembro del Comité de Auditoría de la OPS para un mandato de tres años, de junio del 2016 a junio del 2019.

60. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe. Varios delegados elogiaron la dedicación y capacidad del miembro saliente del Comité de Auditoría, la señora Amalia Lo Faso. El Comité aprobó la resolución CE158.R5, por la cual nombra al señor

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

Claus Andreasen miembro del Comité de Auditoría por un mandato de tres años, de junio del 2016 a junio del 2019.

Asuntos relativos a la política de los programas

Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CE158/11, Rev. 1)

61. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un esquema de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS para 2014-2015, que también había sido el primer informe interino del Plan Estratégico 2014-2019, actualmente en vigor. También indicó que al Subcomité se le había comunicado que los Estados Miembros habían desempeñado un papel prominente en la evaluación, que había comenzado con la autoevaluación que hicieron las autoridades sanitarias nacionales sobre los progresos realizados en los diferentes indicadores. En el Subcomité se subrayó además que esta evaluación había implicado un cambio institucional significativo en la relación y el nivel de colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros, y además había brindado la oportunidad de fortalecer la capacidad a nivel de país y de mejorar la planificación, la transparencia y la rendición de cuentas. Para los delegados, la evaluación había permitido identificar las áreas en las cuales se necesitaban ajustes o correcciones del curso para cerrar las brechas y superar los obstáculos que impedían mejorar la salud pública. El Subcomité había solicitado que en el informe final de la evaluación se incluyera información sobre los progresos con respecto a los indicadores del impacto así como los indicadores de resultados inmediatos y resultados intermedios.

62. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el informe, en el cual se evaluaron las numerosas dimensiones del desempeño programático y financiero. En el informe, que tenía más de 200 páginas, se analizaban los riesgos, las enseñanzas extraídas, las intervenciones clave y los problemas actuales, así como gran parte de los datos usados para fundamentar los resultados, las calificaciones, las conclusiones y las recomendaciones. El funcionario señaló que la Región de las Américas había sido la primera región de la OMS en realizar esta evaluación de manera conjunta. Esta actividad permitió a los Estados Miembros participar activamente en la evaluación del logro de los resultados que ellos mismos habían ayudado a definir. Además, mejoró la transparencia y rendición de cuentas y profundizó el compromiso de la Organización con la gestión basada en resultados.

63. Entre los logros clave que se presentaron en el informe se encontraban la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en Cuba, la eliminación de la oncocercosis en Ecuador y México, la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región, la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años y el consiguiente logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 en la Región, así como avances significativos en el acceso a los servicios de salud y su

cobertura. Sin embargo, persistían las brechas y los desafíos en algunas áreas, particularmente en las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, la salud materna, el financiamiento del sector de la salud y el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas en respuesta a emergencias y crisis. En el informe se dieron detalles sobre las dificultades en esas áreas, en especial los factores que impedían el progreso y lo que podría hacerse al respecto.

64. Con relación al logro de los resultados inmediatos correspondientes al bienio 2014-2015, se informó que 57 de los 116 indicadores habían sido alcanzados o excedidos, otros 57 se habían alcanzado parcialmente y los dos restantes se habían cancelado o no se habían evaluado. Una de las enseñanzas extraídas en el establecimiento de metas fue que estas deben ser motivadoras pero realistas: las metas de 49 de los 57 resultados inmediatos que se habían alcanzado parcialmente duplicaban la línea de base; se consideró que no se habían alcanzado plenamente porque habían sido demasiado ambiciosas. En cuanto a los resultados intermedios previstos en el Plan Estratégico, 75 de los 83 indicadores ya se habían alcanzado o estaban en curso y se alcanzarían para finales del 2019. Sin embargo, aunque las perspectivas generales para alcanzar todos los objetivos correspondientes al 2019 eran positivas, cuatro indicadores de resultados intermedios habían perdido terreno con respecto a la línea de base del bienio 2014-2015. Las razones de este retroceso se presentaban en las secciones IV y V y en el anexo C del informe.

65. En la sección V se suministró información sobre la ejecución del presupuesto en el bienio 2014-2015. El señor Walter señaló que era difícil establecer una correlación directa entre los logros técnicos y la ejecución del presupuesto, pues los resultados se veían afectados no solo por los recursos de la OPS; también debían tenerse en cuenta las inversiones de los Estados Miembros y otros actores. También indicó que la Organización había empezado el bienio con una brecha de US\$ 171,9 millones en el financiamiento, lo que representaba 31% del programa y presupuesto total. Al finalizar el bienio, el presupuesto se había financiado casi por completo. De los \$549,7 millones presupuestados para la ejecución en el bienio, se habían gastado \$523,8 millones. La razón principal de esta diferencia entre una tasa de financiamiento de 97,5% y una tasa de ejecución de 93% era que algunos fondos habían llegado al final del bienio, por lo que no hubo tiempo para ejecutarlos plenamente a pesar de que habían sido presupuestados. Afortunadamente, la mayoría de esos fondos se habían transferido al bienio en curso.

66. Entre las principales enseñanzas extraídas de la evaluación se encuentran las siguientes: algunos resultados inmediatos no se alcanzaron plenamente debido a lo ambicioso de las metas y la especificidad de los indicadores; había sido difícil evaluar algunos indicadores intersectoriales que dependían de insumos y datos que no provenían del sector de la salud; la evaluación había revelado lo que podría denominarse el “efecto de graduación”, es decir, la renuencia a informar que se ha alcanzado una meta por temor a que ello implique la eliminación o reducción del apoyo de la OPS y las inversiones nacionales; se había comprendido que en el futuro se tendría que evaluar el progreso con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y vincular estos objetivos con los indicadores del Plan Estratégico; y en lugar de esperar hasta el final del bienio, la Oficina

podría evaluar el avance respecto de los resultados inmediatos y los resultados intermedios con mayor frecuencia como parte del seguimiento a los programas y el examen de las evaluaciones que realiza con regularidad para detectar las dificultades y efectuar los ajustes de manera oportuna.

67. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y la evaluación conjunta, y afirmó que el proceso había contribuido a incrementar la transparencia y la rendición de cuentas y a fortalecer la gestión basada en resultados. Se indicó que el informe daba una imagen clara de los progresos realizados en cuanto a los distintos resultados inmediatos e intermedios y permitiría que los Estados Miembros determinaran tanto las prácticas que habían arrojado los resultados previstos como las áreas en las cuales se necesitaba un mayor esfuerzo. Varios delegados señalaron que la experiencia de la Región de las Américas, al ser la primera de las regiones de la OMS que realiza esta evaluación conjunta, podría ser útil para otras regiones; además, las enseñanzas extraídas podrían traducirse en mejores prácticas para los países de la Región, servir de orientación para la formulación de políticas sanitarias y conducir a una mayor complementariedad entre los niveles nacional y regional. Se le pidió a la Oficina que explicara cómo se usarían los resultados de la evaluación en la elaboración de planes futuros.

68. Se señaló que la Región había progresado considerablemente en el cometido por reducir las disparidades en el campo de la salud y abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud y que en el bienio había alcanzado algunos hitos históricos en el ámbito de la salud pública, los cuales eran motivo de celebración. Al mismo tiempo, se había prestado atención a varios problemas persistentes que requerían un esfuerzo tenaz, como la lentitud en la reducción de la mortalidad materna. Se subrayó la necesidad de estar permanentemente comprometidos con la salud y los derechos de la mujer y el niño, y su acceso a los servicios de salud. Asimismo, se señaló que la violencia contra la mujer también era un problema prioritario de salud pública que requería atención permanente. Se hizo hincapié en la necesidad de seguir trabajando en pro de la cobertura universal de salud y de fortalecer los sistemas de salud para mantener los logros obtenidos, y se destacó la importancia de crear y mantener capacidades básicas de respuesta y manejo de las emergencias conforme a lo estipulado en el Reglamento Sanitario Internacional (véanse los párrafos 287 a 296).

69. Con respecto a las brechas en el financiamiento, se consideró que adoptar un presupuesto integrado podría facilitar la movilización y la asignación estratégica de recursos a las áreas que los Estados Miembros consideraran prioritarias. Se alentó a la Oficina a ampliar el número de donantes, y a los Estados Miembros a proporcionar financiamiento más flexible.

70. Se señaló que aún faltaba perfeccionar algunos aspectos vinculados al método de evaluación, en particular cómo resolver los desacuerdos entre la Oficina y los Estados Miembros con respecto a los resultados de las evaluaciones. A este respecto, una delegada señaló que, aunque la Oficina había tenido la oportunidad de validar los resultados presentados por los Estados Miembros, estos no habían participado en la validación de los

resultados presentados por la Oficina bajo la categoría 6 del Plan Estratégico (servicios corporativos y funciones habilitadoras). La delegada solicitó que se aclarara cómo se incorporarían los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las evaluaciones que se realicen en un futuro, qué se entiende por “facilitador” en el informe y de qué manera el trabajo realizado en torno al Marco para la colaboración con agentes no estatales había afectado negativamente la movilización de recursos por parte de la OPS, según se indica en el párrafo 149 del informe. También recomendó agregar una nota para explicar qué era la iniciativa Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores.

71. Varios delegados plantearon preguntas acerca de las metas de los resultados inmediatos e intermedios que no se habían logrado, y subrayaron la necesidad de establecer metas realistas que fueran cuantificables y realizables. Un miembro del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (véanse los párrafos 84 a 93) se preguntó por qué algunos de los indicadores seguían siendo problemáticos, a pesar del considerable tiempo y esfuerzo que se había dedicado a su diseño, validación y perfeccionamiento. Se señaló que era necesario encontrar una manera de evaluar no solo el desempeño de áreas programáticas específicas, sino también el desempeño general de funciones fundamentales de la salud pública como la promoción de la salud, que se consideraban esenciales para prevenir las enfermedades no transmisibles, cuyas tasas de mortalidad y morbilidad en todos los países de la Región son cada vez mayores. También se subrayó la necesidad de encontrar una manera de facilitar la recopilación de información sobre los indicadores que requerían colaboración intersectorial y fortalecer esa labor.

72. El señor Walter, luego de expresar su agradecimiento a los delegados por leer cuidadosamente un informe tan extenso, señaló que el documento era una versión preliminar y que se revisaría antes de presentar la versión final al Consejo Directivo. Por lo tanto, los Estados Miembros tendrían la oportunidad de formular observaciones adicionales después de haber tenido la oportunidad de examinar la versión preliminar con más detalle. La Oficina se encargaría de que las solicitudes de aclaración del Comité, junto con cualquier observación recibida posteriormente, se abordaran en el informe final.

73. El funcionario señaló que aún se estaban realizando consultas con algunos Estados Miembros, por lo que los resultados de esos países no eran definitivos. La Oficina continuaría en contacto con esos Estados Miembros a fin de llegar a un acuerdo y obtener resultados definitivos antes del Consejo Directivo. Considerando que la calificación de un país podría cambiar un resultado de “alcanzado parcialmente” a “alcanzado”, era importante garantizar que los resultados presentados estuviesen validados y fueran definitivos. El señor Walter reconoció que los Estados Miembros no habían tenido muchos aportes para la evaluación de la categoría 6, pero aseguró al Comité que había sido un proceso exhaustivo, bien documentado, y que la Oficina con gusto explicaría cómo había llegado a las calificaciones en esa categoría.

74. Con respecto a cómo se usarían los resultados de la evaluación, señaló que la Oficina había hecho su propia evaluación interna antes de emprender la evaluación conjunta con los Estados Miembros y había formulado sus planes de trabajo para el bienio

2016-2017 y los años subsiguientes a fin de abordar las deficiencias determinadas en la evaluación interna. En lo sucesivo, seguiría usando los resultados de la evaluación en su planificación.

75. La evaluación brindó la oportunidad de examinar nuevamente algunos indicadores que parecían no ser realistas o que habían resultado difíciles de medir debido a la falta de datos. En este sentido, una de las dificultades encontradas estribó en que la OPS básicamente tenía que utilizar los mismos indicadores que la OMS, y algunos tenían ciertas deficiencias. La Oficina seguiría colaborando con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico para mejorar los indicadores y las metas.

76. La Directora, luego de subrayar que los logros que se destacaron en el informe reflejaban el empeño de la Oficina y los Estados Miembros por colaborar, dio las gracias a los funcionarios de los 51 países y territorios que habían participado en la evaluación. Estuvo de acuerdo en que la mortalidad materna seguía causando preocupaciones graves, y acotó que la tasa de mortalidad materna no solo era un reflejo directo de la calidad de la atención y el estado de los servicios de salud, sino que también se vinculaba a la pobreza y la inequidad, así como a factores culturales. En el bienio 2014-2015, la Oficina había asignado un financiamiento significativo a las actividades interprogramáticas conjuntas en esta área, tanto en la Sede como en las representaciones. Se continuaría con esa labor y el problema seguiría siendo una prioridad en el bienio en curso y los años siguientes.

77. Con respecto a informar sobre el desempeño de las funciones básicas en el ámbito de la salud pública, la Directora señaló que algunas de esas funciones —como el desarrollo y capacitación de los recursos humanos, la garantía de la calidad, las actividades de seguimiento y evaluación, la vigilancia y la investigación, y el fortalecimiento de los reglamentos de salud pública— ya estaban evaluándose como parte de diversas áreas programáticas. Sin embargo, la Oficina consideraría cómo evaluar algunas que podían requerir un enfoque más holístico. La Directora acotó que quizá esta evaluación no podría realizarse cada bienio, pero podría incorporarse en el análisis realizado al cierre de cada quinquenio.

78. El Comité tomó nota del informe.

Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS (documento CE158/12)

79. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había sido informado de que una evaluación provisional de la aplicación de la política del presupuesto adoptada en el 2012 había indicado que se habían conseguido los resultados propuestos sin consecuencias adversas imprevistas que merecieran ajuste alguno antes de la evaluación exhaustiva que se efectuaría al final del bienio en curso. El Subcomité también había tenido conocimiento de varios asuntos que podrían influir en la política del presupuesto, en particular el cambio a un presupuesto integrado en el bienio 2014-2015, la revisión del método de asignación

según las prioridades programáticas y la adopción del nuevo método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS, con el aumento resultante de la asignación de la OMS a las Américas.

80. El Subcomité había acogido con beneplácito los resultados de la evaluación provisional y respaldaba los principios en que se basa la política del presupuesto, en particular la mayor justicia y equidad en la asignación de los recursos. También había apoyado la aplicación continua de la política, aunque había reconocido que quizá habría que hacer algunos ajustes para dar cabida a la introducción del presupuesto integrado y otros cambios que se habían producido desde la adopción de la política. Se había aplaudido la armonización de la política de la asignación de recursos con los objetivos y las prioridades nacionales, y se había apoyado la asignación diferencial del financiamiento a los países clave con necesidades especiales.

81. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que la política actual del presupuesto resolvía varios puntos débiles de la política anterior, como los criterios de asignación de recursos que habían dejado a algunos Estados Miembros sin presupuesto suficiente para apoyar una presencia mínima de la OPS. La evaluación provisional había indicado que la política había conseguido que todos los países recibieran un financiamiento básico suficiente y pudieran mantener una presencia mínima de la OPS y que las asignaciones de los países clave quedaran protegidas. La Oficina no veía ninguna razón imperiosa para hacer cambio alguno antes de la evaluación de la política al finalizar el bienio.

82. En el debate que siguió, el alto grado de cumplimiento de la política se recibió con beneplácito, lo mismo que el resultado de que se había mantenido una presencia mínima de la OPS en todos los países y territorios, incluso los Miembros Asociados recientes. Se apoyó la recomendación de la Oficina de que no debían hacerse cambios a la política antes de la evaluación de fin de bienio, en cuyo momento se valoraría el efecto de los cambios aprobados desde 2012.

83. El Comité tomó nota del informe.

Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS (documento CE158/13)

84. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una versión anterior del documento sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS para la estratificación de prioridades elaborado conjuntamente por la Oficina y el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico. El Subcomité había felicitado al Grupo Asesor y a la Oficina por el trabajo realizado al perfeccionar el método de estratificación de prioridades y había agradecido a México y Canadá su liderazgo en el proceso. Los delegados habían expresado su apoyo a las adaptaciones del método de Hanlon para su uso en la OPS, en particular al agregar los factores de inequidad y posicionamiento. Aunque se había reconocido la

necesidad de contar con una fórmula objetiva para la asignación de prioridades, también se había considerado importante que hubiera suficiente flexibilidad para que la Organización fuese capaz de tratar las emergencias que pudieran presentarse.

85. El señor Rony Maza (Asesor Principal Interino, Unidad de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Desempeño, OSP) examinó los antecedentes que habían conducido a la creación del marco de estratificación de prioridades programáticas, y señaló que era particularmente necesario contar con un método de asignación de prioridades cuando había muchas exigencias y los recursos eran insuficientes para satisfacerlas todas. Desde el año 2013 un grupo de 12 Estados Miembros nombrados por el Comité Ejecutivo había colaborado estrechamente con la Oficina para elaborar el método descrito en el documento CE158/13. La composición del grupo había variado en cierta medida con el transcurso de los años, pero siempre habían estado representadas todas las subregiones. Además, entre sus miembros había representantes de diferentes disciplinas, como la planificación, la salud pública, la vigilancia epidemiológica y las relaciones internacionales, lo cual había enriquecido el método. Varios países habían desempeñado papeles particularmente destacados en el liderazgo, en especial Brasil, Canadá, Ecuador, El Salvador y México.

86. El grupo había examinado minuciosamente unos 15 métodos de asignación de prioridades y había llegado a la conclusión de que, con algunas modificaciones, el método de Hanlon adaptado por la OPS y usado como guía en la asignación de recursos según lo previsto en el Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS sería el mejor método para los fines de la Organización. Entre las mejoras más prominentes que se le hicieron al método se encuentran las siguientes: una definición más clara de los componentes y el ajuste de los criterios de calificación, separando las áreas programáticas orientadas a las enfermedades de aquellas no orientadas a las enfermedades; la simplificación del método para facilitar su uso en los países; y el agregado de un factor de inequidad y un factor de posicionamiento institucional. En el factor de inequidad se consideran las desigualdades evitables en la aparición de enfermedades y el acceso a los programas de salud, mientras que en el factor de posicionamiento se mide en qué medida la OPS está en una posición única para agregar valor en un área programática.

87. En el documento CE158/13 se presentaron de manera más detallada las mejoras que se hicieron al método y a la fórmula para la asignación de prioridades. En ese momento, la Oficina estaba preparando materiales didácticos sobre el método y ofrecería capacitación al personal de país. Además, se estaba elaborando un artículo sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS para publicarlo en una revista científica arbitrada, con lo cual los planificadores de otras regiones de la OMS y otras organizaciones podrían beneficiarse de la experiencia de la OPS. Por añadidura, este artículo serviría para promover a la OPS y su labor.

88. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el método perfilado. Se señaló que era una herramienta útil con la cual la asignación de recursos sería más eficaz y equitativa y estaría más orientada hacia las necesidades y prioridades. Se manifestó un decidido apoyo

a la fórmula de estratificación de prioridades, especialmente a los factores de inequidad y posicionamiento institucional. Los delegados elogiaron el trabajo del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico y agradecieron a México, Ecuador y Canadá su liderazgo. Los delegados también felicitaron a la Oficina por el apoyo que prestó al proceso. Se consideró que el proceso participativo de elaborar, perfeccionar y poner a prueba el método constituía un ejemplo de mejores prácticas y que debía repetirse en otras ocasiones. Este proceso y el compromiso mostrado por todos los que participaron en él constituyeron un testimonio del panamericanismo que distinguía a la Organización. Los delegados también recibieron con beneplácito el plan de documentar lo que se había aprendido durante el proceso, a fin de poner el método a la disposición de otros y permitir que la comunidad internacional de la salud pública lo examinara y formulara observaciones al respecto.

89. La Delegada de México, Presidenta del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, señaló que en la última reunión del Grupo se había recomendado adaptar las plantillas de los indicadores del Plan Estratégico para mostrar cuál de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se abordaba con cada indicador. Subrayó que la propuesta no era modificar los indicadores, sino vincularlos a los objetivos. También indicó que la estratificación de prioridades tenía componentes técnicos y políticos. El Grupo Asesor había abordado principalmente el lado técnico al elaborar la fórmula para la estratificación de las prioridades, pero aún faltaba el lado político, por lo que había que dar a conocer el método a las autoridades de alto nivel. Otros delegados coincidieron en la importancia de informar a los ministros de salud y otras instancias normativas acerca del método.

90. Con respecto al proyecto de resolución que formaba parte del documento CE158/13, aunque se reconoció la utilidad que podía tener el método a nivel de país, algunos delegados señalaron que debían realizarse más pruebas antes de alentar a los Estados Miembros a adoptarlo y usarlo, y antes de que pudiera indicarse que se encuentra entre las mejores prácticas. Por consiguiente, se recomendó que en la resolución se usara el término “herramienta útil” en vez de “mejores prácticas” y que a los Estados Miembros se los invitara —más que “se los alentara”— a considerar su uso al informar sobre la asignación de prioridades.

91. El señor Maza señaló que el Grupo Asesor se había esforzado para crear un método que fuese útil no solo dentro de la OPS sino también en un entorno más amplio. Señaló además que un equipo técnico de la Oficina estaba vinculando los indicadores del Plan Estratégico con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (véanse los párrafos 309 a 316).

92. La Directora indicó que el proceso de elaboración del método había demostrado lo que la Oficina y los Estados Miembros podrían alcanzar por medio de la colaboración y había sacado a la luz lo mejor de la Organización. Expresó su agradecimiento a los miembros del Grupo Asesor y manifestó que tiene la esperanza de que, con el tiempo, el método sea adoptado como parte de las mejores prácticas y ayude a tomar decisiones sobre la asignación de prioridades dentro y fuera de la Región.

93. Se modificó el proyecto de resolución para reflejar las recomendaciones formuladas durante el debate y se adoptó como la resolución CE158.R7, en la que se recomienda que el Consejo Directivo apruebe el método.

Los sistemas de salud resilientes (documento CE158/14)

94. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP), presentó el documento de política sobre este tema y señaló que los períodos de crecimiento económico sostenido, aunados a las políticas para mitigar la pobreza y mejorar la salud en los 30 años anteriores, habían dado lugar a mejoras considerables en los resultados de salud y la esperanza de vida en la Región. Los sistemas de salud de los países se habían vuelto más integrales y receptivos, y se había ampliado el acceso a los servicios de salud. No obstante, los sistemas de salud seguían siendo vulnerables, como lo habían demostrado los brotes epidémicos recientes de la enfermedad por el virus del Zika y la amenaza de enfermedad por el virus del Ébola. Había también riesgos en curso que afectaban a la sostenibilidad y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, como una gobernanza débil, la carga creciente de las enfermedades no transmisibles y la escasez de medicamentos, tecnologías de salud, personal de salud y financiamiento sanitario. Por otro lado, como consecuencia de la globalización, los sistemas de salud cada vez estaban más entrelazados y eran interdependientes.

95. En el documento de política se definía la resiliencia del sistema de salud como la capacidad de absorber perturbaciones y de responder y recuperarse mediante la prestación oportuna de los servicios necesarios, así como la capacidad de los actores de salud, las instituciones y las poblaciones de prepararse para afrontar situaciones de crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando sobreviene una crisis, y reorganizarse en función de las enseñanzas extraídas si las condiciones así lo exigen. También se describían las características de un sistema de salud resiliente y se facilitaba orientación normativa a los Estados Miembros para que estos brindaran apoyo al desarrollo de sistemas de salud receptivos y adaptables ante las amenazas inmediatas y las futuras. Se propugnaba un criterio dirigido a establecer progresivamente la resiliencia mediante la actuación en las política centrales relativas a las áreas de fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, la reducción de riesgos, la vigilancia de salud pública, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la atención de los brotes epidémicos.

96. El Comité Ejecutivo encomió los esfuerzos de la Oficina para promover el fortalecimiento y la resiliencia de los sistemas de salud. Los delegados reafirmaron la importancia de la resiliencia, en particular frente a los brotes epidémicos recientes y también considerando los compromisos establecidos con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las delegadas del Brasil y el Ecuador comentaron que sus gobiernos habían comprobado la importancia de la resiliencia del sistema de salud puesto que sus países habían sufrido en carne propia los brotes de la enfermedad por el virus del Zika (Brasil) y las consecuencias de un terremoto (Ecuador).

97. Se destacó la necesidad de la colaboración multisectorial para establecer sistemas resilientes, así como la importancia de las inversiones a largo plazo. Se señaló que las inversiones a largo plazo en el fortalecimiento de los sistemas de salud era más eficaces en función de los costos que la respuesta de financiamiento a corto plazo de las emergencias. Los delegados mencionaron varios factores y medidas que aumentarían la resiliencia de los sistemas de salud, como la ejecución y el mantenimiento de las capacidades básicas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, el empeño sostenido de lograr la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y los esfuerzos para hacer frente a los determinantes sociales de la salud.

98. Se señaló que los sistemas nacionales de salud fuertes tenían que ser complementados con un fuerte liderazgo regional y mundial para lograr respuestas coordinadas a las emergencias de salud, y se alentó a la OSP a seguir colaborando con la Secretaría de la OMS en la formulación del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de alcance mundial. Se destacó la necesidad de poner en marcha un sistema normativo con reglas y protocolos claros, en especial los protocolos para gestionar las emergencias y canalizar los recursos y las donaciones. Se hizo hincapié en la importancia capital de un liderazgo fuerte de las autoridades sanitarias y un sistema transparente y participativo de gobernanza. También se consideró esencial mantener sistemas de información sólidos, en especial el registro civil y los sistemas de estadísticas demográficas. Por último, se recalcó la importancia de promover una cultura de resiliencia y empoderamiento de los agentes sociales para que contribuyan a aumentar la resiliencia.

99. La mayoría de los delegados apoyaron el contenido del documento de política. Sin embargo, una delegada puso en tela de juicio el valor agregado del documento y el proyecto de resolución adjunto, dado que las diversas iniciativas regionales y los acuerdos mundiales mencionados allí —como la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Reglamento Sanitario Internacional— proporcionaban un marco normativo sólido para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Propuso que, a fin de evitar duplicación de esfuerzos y hacer un uso más eficaz de los recursos, sería preferible reorientar el documento y la resolución hacia el fortalecimiento de las iniciativas en curso, a las cuales ya se había asignado financiamiento. Otra delegada señaló que, si bien el documento se centraba en la resiliencia, en varios párrafos hacía hincapié en el enfoque de riesgo. En opinión de la oradora, el foco de interés deberían ser los factores que mejorarían la preparación y capacidad de respuesta de los sistemas de salud y les permitirían resistir las presiones o las adversidades, especialmente en una situación de emergencia.

100. Los delegados propusieron varias modificaciones al proyecto de resolución contenido en el documento CE158/14, de acuerdo con las observaciones formuladas durante el debate. Teniendo en cuenta que en el proyecto se solicitaba al Consejo Directivo que aprobara la política, un delegado opinó que los Cuerpos Directivos no debían, como una cuestión de principio, aprobar documentos de política; tal aval debía reservarse para los documentos que habían sido objeto de debate y negociación por los Estados Miembros antes de someterlos a la consideración de los Cuerpos Directivos. El orador no creía que la

Oficina necesitara un mandato de los Estados Miembros para seguir adelante con su trabajo en el área de la resiliencia de los sistemas de salud, que él apoyaba firmemente.

101. El doctor Fitzgerald agradeció a los delegados sus sugerencias para mejorar el documento, que la Oficina tendría presentes al modificarlo para su presentación al Consejo Directivo. Señaló que el debate en torno a la resiliencia era fundamental para el establecimiento de sistemas de salud sólidos, receptivos, adaptables y predictivos que fueran capaces de afrontar tanto acontecimientos de riesgos múltiples a corto plazo, como amenazas más sostenidas a largo plazo. La resiliencia de los sistemas de salud también ocupaba un lugar central en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estaba de acuerdo en que la inversión a largo plazo era mucho más eficaz en función de los costos que verse obligado a preparar una respuesta a corto plazo para afrontar un brote epidémico u otra emergencia. Por otro lado, la inversión en los sistemas de salud resilientes y sólidos que tuvieran la capacidad de absorber embestidas, adaptarse y responder, y de poder reorganizarse cuando fuese necesario, podría mitigar las repercusiones de los brotes epidémicos futuros y los desastres naturales en la Región.

102. El proyecto de resolución contenido en el documento CE158/14 se modificó para reflejar las observaciones formuladas durante el debate y fue adoptado como resolución CE158.R12.

El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo (documento CE158/15)

103. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el documento de política y señaló que el acceso equitativo y oportuno a servicios de salud integrales y de buena calidad y a medicamentos seguros, de buena calidad, costoeficaces (incluidos los costosos) era un requisito del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. También mencionó que los gastos en medicamentos y otras tecnologías de salud representaban el porcentaje más alto del costo del tratamiento y la atención en los países de la Región, de modo que consumían una porción cada vez mayor de los presupuestos sanitarios nacionales y ponían en peligro la sostenibilidad de los sistemas de salud. La difusión rápida, la adopción y el uso inapropiado de productos nuevos eran los factores principales que impulsaban el aumento de los costos de los sistemas de salud y de los resultados de salud deficientes.

104. El documento de política pintaba un panorama del problema pluridimensional del acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud costosos, y proponía opciones de política que permitirían el acceso ampliado y sostenible a tales productos. También proponía políticas o estrategias nacionales amplias que proporcionarían soluciones sostenibles y eficaces que tendrían en cuenta las necesidades de los sistemas de salud.

105. Los marcos jurídicos y normativos apropiados eran fundamentales, no solo para procurar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y otras tecnologías de la salud, sino para apoyar la introducción de productos nuevos en los sistemas de salud. Una

vez que los productos se ofrecían en los sistemas de salud, era importante su uso correcto, lo cual suponía la elaboración y aplicación de protocolos y directrices de tratamiento, combinadas con la supervisión necesaria de las prácticas de prescripción. Por otro lado, los mecanismos para incorporar y reglamentar las tecnologías costosas servirían para desestimular la demanda de medicamentos y tecnologías de la salud ineficaces y además costosos. La política examinaba asimismo las oportunidades de innovación para afrontar las dificultades de acceso a los medicamentos costosos mediante la actuación de alianzas de varios países o a escala regional, las negociaciones conjuntas de precios y las adquisiciones en común por medio de mecanismos como el Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS (generalmente conocido como el “Fondo Estratégico”).

106. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el documento de política y elogió su enfoque integrado. Los delegados señalaron que los medicamentos eran productos esenciales de salud pública y recalcaron la importancia de adoptar medidas para crear mecanismos que facilitaran un mayor acceso a los medicamentos esenciales y las tecnologías de salud como ayuda para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

107. Si bien hubo consenso en torno a muchos aspectos del documento —en particular la importancia de la toma de decisiones basada en datos de investigación; la prescripción correcta; el uso de evaluaciones de tecnologías de la salud y otras medidas cuando se considera el costo de los medicamentos; la mejora de la transparencia y la rendición de cuentas; el énfasis en la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos; y el uso de medicamentos genéricos y equivalentes terapéuticos—, se indicó que podría mejorarse aclarando su objetivo y alcance. Se consideró que debía centrarse en la manera en que los sistemas de salud podrían gestionar el acceso sostenible a medicamentos y tecnologías de la salud, incluidos nuevos productos farmacéuticos costosos, productos biológicos, dispositivos médicos y productos de salud de fuente única. El uso racional de medicamentos y tecnologías de la salud se consideró clave en ese sentido. Los delegados también opinaron que ciertos conceptos en el documento necesitaban aclaración, entre ellos “medicamentos estratégicos”, “medicamentos y tecnologías sanitarias costosos”, “buena gobernanza” con respecto a los medicamentos”, “listas explícitas de medicamentos”, “medicamentos de calidad de fuentes múltiples”, “apoyo para la prescripción”, “políticas nacionales integrales” e “incentivos integrales dirigidos a los prescriptores”.

108. Un tema de considerable preocupación para los delegados que hicieron uso de la palabra era el de la industria farmacéutica y sus prácticas. Varios delegados mencionaron que los derechos de propiedad intelectual y las patentes eran barreras que entorpecían el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; a guisa de ejemplo, observaron que había medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH que salvan vidas, pero por su precio elevado quedaban fuera del alcance de la mayoría de los pacientes. Una delegada exhortó a los países a que crearan mecanismos para administrar los derechos de propiedad intelectual y a que aprovecharan cabalmente las flexibilidades

para la salud pública proporcionadas de conformidad con el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo de ADPIC). Otro delegado, si bien reconoció la importancia del tema, mencionó la necesidad de proteger el sistema de innovación en materia de medicamentos para que hubiera acceso a estos no solo hoy sino también en el futuro.

109. Varios delegados criticaron que la industria farmacéutica pusiera las ganancias por encima de las personas, lo que se manifestaba no solo en su postura agresiva con respecto a los derechos de propiedad intelectual sino en la manipulación de los precios y la publicidad engañosa. Un delegado sugirió que en la resolución debía solicitarse a la Directora que elaborase un marco de principios éticos para la comercialización de los medicamentos, junto con un código de conducta para guiar el comportamiento de los agentes de la industria farmacéutica en materia de comercialización. Otra delegada sugirió que debían implantarse mecanismos para velar por la transparencia en el mercado y fortalecer la capacidad con respecto a la propiedad intelectual, el registro de medicamentos y la reglamentación del mercado farmacéutico.

110. Hubo consenso en torno a la necesidad de las negociaciones colectivas de precios para los productos estratégicos. Los delegados se refirieron al éxito del Fondo Rotatorio y Fondo Estratégico de la OPS para lograr economías de escala. Se señaló que los países del Mercado Común del sur (MERCOSUR) también habían conseguido reducir los precios en la adquisición por volumen. También se destacó la importancia de estimular la producción local de medicamentos.

111. Varios delegados comentaron que en algunos países el sector judicial estaba desempeñando una función cada vez mayor en la determinación del acceso a medicamentos, recalcando que era inapropiado que los jueces —profesionales sin formación médica para recetar un tratamiento— decidieran si los pacientes debían recibir los medicamentos que habían solicitado. Se observó la necesidad de que el sector de la salud brindara orientación a los jueces en tales asuntos.

112. Representantes de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) y de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) aseguraron que su objetivo era el bienestar de las poblaciones. Se comprometieron a seguir colaborando con la Oficina y con los Estados Miembros para garantizar un suministro suficiente de medicamentos de calidad a un costo razonable mediante las negociaciones con la industria farmacéutica internacional.

113. El doctor Fitzgerald, refiriéndose al alcance y los objetivos generales del documento, recordó que en el 2004 el Consejo Directivo había aprobado una resolución sobre el acceso a los medicamentos y su uso racional.⁴ El documento vinculado con la resolución tenía un carácter muy general, y en una actividad paralela realizada con motivo del 54.º Consejo Directivo en el 2015, los Estados Miembros habían indicado que era

⁴ Resolución CD45.R7.

preciso un enfoque más específico que se centrara en los problemas que estaban afrontando los sistemas de salud en la Región, en especial el costo elevado de algunos medicamentos. La Oficina había redactado el nuevo documento de política teniendo presente esto último, procurando abordar esta vez los problemas del acceso a los medicamentos, las iniciativas para promover el uso racional y los elementos que se habían implantado para apoyar la actuación en el ámbito nacional. También había examinado la manera como las políticas farmacéuticas se relacionaban con las políticas sanitarias, las políticas sobre ciencia y tecnología, y las políticas económicas. El componente reglamentario del documento de política se refería a los temas de calidad, seguridad y eficacia comentados por muchos delegados, destacando la función de los gobiernos, especialmente los ministerios de salud, en el fortalecimiento de la capacidad de reglamentación para mejorar el acceso a los medicamentos, incluso los costosos.

114. Con respecto al acceso a productos de fuente única, señaló que algunos medicamentos esenciales ahora se clasificaban en esa categoría, en particular los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C y nuevos tratamientos del cáncer. El documento de política proponía un enfoque que suponía considerar las características de los productos costosos y, según estas, formular estrategias diferenciadas como parte de un enfoque general de política que buscaba mejorar el acceso a tales productos dentro del sistema de salud.

115. La Directora comentó que este punto del orden del día había generado un interés profundo y con razón, pues los medicamentos y las tecnologías de salud costosos eran uno de los motivos de los gastos sanitarios desmesurados y oponían un gran obstáculo al acceso a la atención de salud.

116. En vista del número de observaciones sobre el documento CE156/15 y los cambios sugeridos al proyecto de resolución adjunto, el Comité decidió formar un grupo de trabajo para que revisara el proyecto de resolución. Posteriormente, el doctor Rubén Nieto (Argentina), presidente del grupo de trabajo, notificó que, si bien se habían incluido visiones e intereses contrapuestos, la honradez intelectual, el entusiasmo y el compromiso filosófico habían permitido alcanzar el consenso en torno al texto de un proyecto de resolución cuya aprobación se recomendaría al Consejo Directivo. La resolución revisada captaba de una manera equilibrada las inquietudes y expectativas que las delegaciones habían expresado durante el debate sobre el contenido conceptual del documento.

117. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución en su forma enmendada por el grupo de trabajo (resolución CE158.R16). Se acordó que antes del 55.º Consejo Directivo se celebrarían consultas entre sesiones para ponerse de acuerdo acerca de las modificaciones al documento de política.

La salud de los migrantes (documento CE158/16, Rev. 1)

118. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) al presentar el documento de política sobre este tema, observó que la

migración humana era en ese momento una de las áreas más difíciles de la salud mundial. Se estimaba que había 61,4 millones de migrantes en la Región de las Américas. La migración interregional en había aumentado considerablemente en el continente americano, igual que la migración dentro de los países. Las políticas y estrategias sanitarias mundiales y nacionales no habían avanzado al mismo ritmo que las dificultades cada vez mayores relacionadas con la velocidad y la diversidad de la migración moderna y no abordaban suficientemente las inequidades en materia de salud y los determinantes de la salud de los migrantes, entre ellos las barreras al acceso a servicios de salud, el empleo y condiciones de vida apropiadas.

119. En el documento de política se presentaba un análisis de la situación de la salud de los migrantes en las Américas, se reconocía que los migrantes constituían un grupo importante en situación de vulnerabilidad y, a partir de resoluciones recientes de la OPS, se presentaba un conjunto de opciones de política que los Estados Miembros podían considerar para atender las necesidades de salud de este grupo. En el documento se proponía que la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* constituyera el marco fundamental para la actuación de los sistemas de salud orientada a proteger la salud y el bienestar de los migrantes. Se señalaba la necesidad de procurar el acceso a servicios de salud incluyentes que respondieran a sus necesidades de salud tanto en los países de tránsito como en los países de destino. Además, se declaraba que los migrantes necesitaban el mismo grado de protección financiera con respecto a la atención de salud que las personas que vivían en el mismo territorio, independientemente de su condición jurídica. Por último, se indicaba la necesidad de una labor intersectorial para aumentar la resiliencia individual y de las comunidades y adoptar políticas y programas sociales sensibles a la situación de los migrantes.

120. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el documento de política y señaló que era oportuno abordar el tema de la salud de los migrantes. Los delegados reconocieron los esfuerzos de la Oficina y los Estados Miembros para garantizar el derecho a la salud de los grupos de población móviles. Se consideraba que esos grupos eran especialmente vulnerables a las amenazas para la salud y el bienestar, en particular la interrupción del acceso a la atención de salud, la pérdida de sus expedientes médicos y de otros tipos de información sobre su salud, la exposición a peligros ambientales y el estigma. Se puso de relieve la necesidad de tomar en cuenta las cuestiones de género, cultura y religión.

121. Hubo expresiones de apoyo a las áreas de política señaladas en el documento, pero varios delegados pidieron más información sobre la forma en que las prioridades se llevarían a la práctica en colaboración con los interesados directos. En cuanto al derecho de los migrantes a la atención de salud, varios delegados lo vincularon al derecho a la salud, observando que los países que negaban atención de salud a los migrantes sobre la base de su situación inmigratoria estaban negando no solo el derecho a la salud, sino también, en algunas ocasiones, el propio derecho a la vida. Al mismo tiempo se señaló que no todos los países reconocían la existencia de un derecho a la salud amparado por la ley y se solicitó que se modificara tanto el documento como el proyecto de resolución acompañante para reflejar ese hecho. Se propuso agregar la frase “donde sea nacionalmente reconocido”,

tomada de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, después de las referencias al derecho a la salud, y armonizar el texto con la Constitución de la OMS, mencionando el derecho a gozar “del grado máximo de salud que se pueda lograr”.

122. Un delegado, observando que en el proyecto de resolución se recomendaba que el Consejo Directivo adoptara el documento de política, propuso que el documento se recibiera con beneplácito pero que no se adoptara, ya que en realidad no era una política sino un enfoque y la palabra “adoptar” tenía implicaciones jurídicas que dificultarían la introducción de cambios más adelante. Una delegada propuso que en la resolución se solicitara a la Directora que creara un repositorio de información sobre las experiencias fructíferas en el campo de la salud de los migrantes en los países de la Región para facilitar la cooperación y el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.

123. Se pidió que se aclarara el significado de la frase “protección financiera” en la resolución y se propuso que, en vez de instar a los Estados Miembros a asegurar que los migrantes tuvieran acceso al mismo nivel de protección financiera en la salud que otras personas que vivían en el mismo territorio, se les instara a trabajar en pos de ese objetivo. En ese sentido, se señaló que algunos países no estaban en condiciones de asegurar tal protección ni siquiera a su propia población. También se expresó preocupación acerca de una cláusula conexas que decía que los migrantes debían tener acceso a intervenciones en otros sectores que abordaran los determinantes de la salud.

124. Varios delegados describieron las medidas que se estaban tomando en su país para abordar la situación de las poblaciones móviles. Señalaron la existencia de leyes que garantizaban el acceso igualitario a los servicios de salud para los migrantes, la capacitación para sensibilizar al personal de salud, convenios recíprocos con países vecinos en relación con los servicios de salud y de otros tipos para los migrantes, sistemas de información para vigilar la salud de los migrantes y la educación sanitaria para migrantes. También mencionaron la necesidad de asociaciones, redes y cooperación Sur-Sur para abordar las necesidades de salud de los migrantes, en particular en las zonas fronterizas. Una delegada describió los servicios proporcionados a los migrantes antes de su llegada al país para proteger no solo su salud sino también la salud de los ciudadanos del país de acogida. Otro delegado planteó el tema del personal de salud que migra para mejorar su calidad de vida, circunstancia que tenía graves implicaciones en los casos en que los servicios de salud de su país de origen no contaban con suficiente personal.

125. Varios delegados de Centroamérica observaron que la intensificación de la migración había creado graves problemas en esa subregión, pues había aumentado la vulnerabilidad de los países no solo en cuanto a la carga para los sistemas de salud y los presupuestos sanitarios que representaba el gran número de pacientes nuevos, sino también debido a la importación de enfermedades. También se señalaron posibles problemas relacionados con el retorno de migrantes desde los Estados Unidos, el destino final de la mayoría de los migrantes de la subregión.

126. El doctor Fitzgerald recibió con beneplácito el reconocimiento de la pertinencia y la importancia del tema y destacó que los delegados habían reconocido que los migrantes eran personas que se encontraban en una situación de vulnerabilidad y, por consiguiente, necesitaban atención especial para sus necesidades diferenciadas. También señaló que había consenso entre los delegados que habían hablado en el sentido de que el marco fundamental para el acceso universal a la salud y la cobertura de salud proporcionaba la orientación estratégica y normativa necesaria para que los Estados Miembros atendieran esas necesidades diferenciadas. Reconoció las dificultades mencionadas por los delegados con respecto a la protección social y financiera de los migrantes, así como de su salud, señalando que tal protección era un elemento central de la línea estratégica 3 de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La frase “protección financiera”, que también se usaba en la Estrategia, significaba asegurar que los migrantes no incurrieran en gastos catastróficos al recibir servicios de salud.

127. En cuanto a las medidas concretas requeridas a nivel nacional para aplicar el criterio propuesto en el documento de política, la Oficina recomendaba que la salud de los migrantes se incorporara plenamente en el diálogo nacional de políticas sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. No debía encararse como un asunto separado; las necesidades de salud de los migrantes debían abordarse en las medidas legislativas y estratégicas que se tomaran a nivel nacional con miras a lograr la cobertura universal de salud.

128. La Directora señaló que el asunto era obviamente motivo de preocupación para muchos países de la Región y que, además de incluir asuntos relacionados con la salud de los migrantes en las deliberaciones sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, también era importante promover la causa en medida suficiente, particularmente los países con altos índices de migración, a fin de que pudieran definir en qué consistiría la protección de los derechos humanos de los migrantes y su acceso a los servicios de salud, determinar los costos y buscar la forma de garantizar el acceso.

129. El proyecto de resolución fue modificado a fin de incorporar los cambios propuestos por los delegados y fue adoptado como resolución CE158.R11.

Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 (documento CE158/17, Rev. 1)

130. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el proyecto de plan de acción, afirmando que la Región de las Américas había recorrido un largo camino en la lucha contra la malaria. No obstante, dos países seguían notificando aumentos del número de casos, razón por la cual la malaria debía seguir siendo una prioridad.

131. La finalidad del proyecto de plan de acción era seguir avanzando hacia la eliminación de la transmisión local de la malaria en los Estados Miembros y prevenir el posible restablecimiento de la enfermedad. El plan, que concordaba con la *Estrategia*

técnica mundial contra la malaria, tenía cinco líneas de acción: acceso universal a intervenciones de buena calidad para la prevención de la malaria, el control integrado de los vectores y el diagnóstico y tratamiento de la malaria; fortalecimiento de la vigilancia de la malaria para avanzar hacia la toma de decisiones y respuesta basadas en datos científicos; fortalecimiento de los sistemas de salud, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, las investigaciones operativas y el fortalecimiento de la capacidad a nivel de país; iniciativas estratégicas de promoción de la causa, comunicación, y alianzas y colaboraciones; y esfuerzos centralizados y métodos adaptados según el caso para facilitar la eliminación de la malaria y prevenir su reintroducción en zonas libres de esta.

132. El plan era el producto de extensas consultas que habían empezado en abril del 2014 y habían coincidido con la elaboración de la *Estrategia técnica mundial contra la malaria*. Se había celebrado una consulta regional en el 2015, con la participación de 25 Estados Miembros y 15 instituciones asociadas. El plan se había refinado con los aportes del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre la Malaria en las Américas, que se había reunido en Colombia en mayo del 2016.

133. Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción. Los delegados expresaron apoyo al logro de las metas de eliminación y agradecieron el apoyo de la Oficina a sus esfuerzos en ese sentido. Se señaló que en el plan de acción se reconocía que el compromiso de los interesados directos y la participación comunitaria eran esenciales para impedir el resurgimiento de la malaria y evitar toda disminución de las medidas de prevención y control. Se necesitaba una mayor coordinación entre los asociados y los interesados directos en la Región para lograr y mantener la eliminación de la enfermedad, y se sugirió que el plan se beneficiara de estrategias para mejorar tal coordinación y promover el intercambio de información. Se consideraba importante fortalecer y mantener la vigilancia en todos los niveles del sistema de salud para que los países pudieran detectar amenazas relacionadas con la malaria y responder apropiadamente con un retraso mínimo. También se destacó la importancia del seguimiento para la detección temprana de la resistencia a los antimaláricos y los insecticidas, así como la necesidad de abordar los determinantes sociales, económicos, climáticos y ambientales pertinentes de la malaria. El delegado de Argentina informó complacido que su país no había tenido casos autóctonos de malaria desde el 2010 y había empezado a eliminar la transmisión autóctona.

134. Se señaló que las metas y los indicadores contenidos en el proyecto de plan de acción estaban relacionados casi exclusivamente con las metas para los países; aunque en el plan se solicitaba un presupuesto de \$30 millones para cooperación técnica de la Oficina, no había ninguna referencia en el plan a las actividades que la Oficina llevaría a cabo para ayudar a los países a alcanzar las metas. Se solicitó que la Oficina preparara una lista de insumos y actividades y la incluyera en el documento que se presentaría al Consejo Directivo a fin de dar a los Estados Miembros una idea de la forma en que se gastarían los fondos y demostrar el compromiso de la Oficina con el logro de los objetivos conjuntos del plan. También se instó a la Oficina a que buscara la forma de mejorar la herramienta de la

el OPS para la verificación de los datos sobre la malaria a fin de facilitar las decisiones, dar seguimiento al intercambio de datos entre todos los países y mejorarlo.

135. El doctor Espinal acogió favorablemente la sugerencia de preparar una lista de las actividades que la Oficina llevaría a cabo durante los cinco años siguientes y dijo que la lista se incluiría en el documento para el Consejo Directivo. Señaló que Argentina había solicitado la verificación de la eliminación y que pronto sería certificada como país sin malaria.

136. La Directora afirmó que la lucha contra la malaria en la Región había tenido mucho éxito en lo que se refería a una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero expresó preocupación acerca de los dos Estados Miembros que seguían notificando un gran número de casos. La situación en Haití era particularmente preocupante debido a la amenaza que planteaba para la República Dominicana. La Oficina seguiría colaborando con ambos países, con la ayuda de algunos asociados en el caso de Haití. Observó, sin embargo, que había problemas de gobernanza que obstaculizaban la reducción de la transmisión de la malaria e incluso la atención integral de los casos. Esa situación planteaba un reto para el cual la Oficina tendría que elaborar estrategias que trascendían las líneas de acción del plan.

137. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R4, en la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CE158/18, Rev. 1)

138. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), al presentar el proyecto de plan de acción, señaló que en la reciente Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para Poner Fin al Sida, celebrada en junio del 2016, se había recomendado tomar medidas para poner fin en el 2030 a la infección por el VIH y el sida como amenazas para la salud pública. En la Región de las Américas todavía había dos millones de personas infectadas por el VIH y, aunque se había avanzado mucho para lograr que tuvieran acceso al tratamiento, alrededor de 47% todavía no estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. Por consiguiente, la infección por el VIH/sida debía seguir teniendo máxima prioridad. Entre los avances realizados cabía destacar la certificación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH en Cuba, con otros 17 países de la Región en buen camino para recibir una certificación similar en el bienio en curso. La Oficina estaba trabajando para que todos los países pudieran eliminar la transmisión maternoinfantil.

139. El plan de acción concordaba con las estrategias mundiales de la OMS del sector de la salud para el VIH/sida, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual (ITS) para 2016-2021, la estrategia mundial de “acción acelerada” del ONUSIDA para el mismo período y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Reflejaba la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y contribuiría al logro de la meta pertinente del ODS 3 (poner fin a las epidemias de sida como problema de salud pública para el 2030). El plan también integraba los objetivos anteriores de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis con la eliminación de otras enfermedades transmisibles, como la infección perinatal por el virus de la hepatitis B, la enfermedad de Chagas y la tuberculosis. Sus cuatro líneas estratégicas de acción concordaban con las estrategias mundiales de la OMS del sector de la salud. Los resultados previstos incluían una reducción sustancial de infecciones nuevas por el VIH y de las muertes relacionadas con el sida en comparación con la línea de base del 2014, así como reducciones de la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH, de la incidencia de sífilis congénita y de los casos nuevos de cáncer cervicouterino.

140. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción y elogió el trabajo de la Oficina para combatir la infección por el VIH y las ITS, que eran una causa importante de muerte y discapacidad en las Américas y requerían un enfoque integral con la participación de la sociedad civil y una perspectiva intercultural y de género. Los delegados apoyaron el plan y su énfasis en los grupos vulnerables, reafirmando el compromiso de sus países con la prevención y el control y subrayando la necesidad de fortalecer la vigilancia de la infección por el VIH y las ITS. Hubo apoyo general a la armonización del plan con las iniciativas mundiales, aunque se señaló también la necesidad de tener en cuenta las condiciones locales. Un delegado pidió que se hiciera más hincapié en el tratamiento antirretroviral de por vida para todos los niños, adolescentes y adultos, independientemente del recuento de linfocitos CD4, como medio para reducir drásticamente las infecciones nuevas y de ese modo allanar el camino para una generación sin sida. Varios delegados mencionaron la importancia de la estrategia acelerada para poner fin a la infección por el VIH. También se destacó la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud y adoptar un enfoque de derechos humanos.

141. Los delegados observaron la necesidad de mejorar el acceso a servicios e información en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, combatir el estigma y la discriminación, elaborar protocolos de tratamiento comunes para usar en todos los programas gubernamentales y extender la atención médica al sistema de atención primaria, más allá de los establecimientos de atención ambulatoria. Se sugirió que cada país estableciera su propio conjunto básico de intervenciones y servicios, que incluyese medidas para hacer frente a la coinfección por el VIH y otras ITS. Había preocupación general por la escasez regional de penicilina intramuscular de acción prolongada y penicilina intravenosa para el control de la sífilis y la prevención de la sífilis congénita, y un delegado pidió a la Oficina a que trabajara con los fabricantes para elaborar un plan a fin de reducir la escasez.

142. El financiamiento sostenible de los programas contra la infección por el VIH y las ITS era otro motivo de preocupación, igual que el aumento del precio de los medicamentos para tratar esa infección, que un delegado calificó de oportunista y abusivo. Análogamente, una delegada pidió que se redujeran las barreras de la propiedad intelectual y el costo de los medicamentos genéricos, recalando que los intereses de la salud pública debían

prevalecer sobre los intereses comerciales. Varios delegados mencionaron que sus países estaban considerando la introducción de la profilaxis anterior a la exposición al VIH y uno destacó su eficacia cuando se lo combinaba con otros mecanismos de prevención. Otro delegado informó que en las farmacias particulares de su país ya se vendían estuches para pruebas autoadministradas de detección de la infección por el VIH.

143. Varios delegados pidieron que se hicieran cambios en el documento y en la resolución. Un delegado señaló que la promoción de la causa podría ser un tema delicado y propuso que se aclarara la redacción de la resolución a fin de que todos los Estados Miembros la entendieran de la misma forma. Otros delegados propusieron que se incluyeran los grupos indígenas y las mujeres en situaciones de prostitución (a diferencia de las mujeres que se autoidentifican como profesionales del sexo) en la lista de poblaciones clave.

144. El doctor Espinal agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias y dijo que se harían los cambios propuestos en el documento de trabajo antes de la reunión del Consejo Directivo.

145. El doctor Massimo Ghidinelli (Jefe, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, OSP) recibió con beneplácito el apoyo de los delegados al plan de acción y el proyecto de resolución. Señaló que muchas de sus observaciones habían abordado puntos débiles percibidos en la declaración política adoptada por la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas, especialmente en lo que se refería a los grupos de población clave y las nuevas tecnologías que podrían redundar en beneficios extraordinarios para la prevención. Señaló que había grandes expectativas con respecto a la profilaxis anterior a la exposición que llevarían a un mayor uso estratégico de los antirretrovirales no solo para tratar la infección por el VIH sino también para prevenirla en las personas con un gran riesgo de exposición.

146. El costo de los medicamentos antirretrovirales era un problema persistente. En ese sentido, le había complacido oír a algunas delegaciones en la reciente Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas que habían elogiado el papel del Fondo Estratégico de la OPS en relación con el tema de los costos y las negociaciones de grupos de compradores con proveedores de medicamentos. Ya no se prestaba la debida atención a la penicilina, que estaba convirtiéndose en un producto especializado, lo cual era motivo de preocupación porque era el único medicamento eficaz para prevenir la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Señaló que la Oficina había realizado una encuesta sobre la naturaleza y la magnitud de la escasez en los Estados Miembros y que la OMS estaba realizando un estudio similar en otras regiones y con los proveedores a fin de tener una imagen acabada de la situación.

147. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) agregó que la industria farmacéutica estaba poco interesada en la fabricación de penicilina, situación que ponía de relieve la necesidad de suministros estratégicos de salud pública. La Oficina había encontrado un proveedor de penicilina benzatínica y había

emitido un contrato para su compra, y estaba buscando un proveedor de penicilina G por medio del Fondo Estratégico.

148. La Directora observó que, a fin de poner fin al sida como amenaza para la salud pública de aquí al 2030, se necesitaba una inversión sustancial. Los Estados Miembros tendrían que proporcionar más financiamiento nacional en un ambiente en el cual muchos ya no estaban recibiendo recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria o de otras fuentes. Por lo tanto, era sumamente importante que hubiera un compromiso político al más alto nivel y que se asegurara la protección social y el acceso al tratamiento para grupos vulnerables y personas infectadas por el VIH. Era necesario afrontar el estigma y la discriminación que impedían que esos grupos tuvieran acceso a la atención y el tratamiento, cambiar las actitudes, concientizar y sensibilizar, incluso al personal de salud. La Oficina se había comprometido a ayudar a los países en ese sentido.

149. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R6, mediante la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 (documento CE158/19)

150. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el proyecto de plan de acción, en el cual se establecía una serie de objetivos generales y estrategias para abordar las cuestiones transversales y las causas subyacentes de la persistencia de enfermedades infecciosas desatendidas (EID) en la Región. En el plan también se describían las enseñanzas extraídas y los progresos realizados y se proponían líneas estratégicas de acción que guiarían a la Región hacia la eliminación de tales enfermedades.

151. Los objetivos y las prioridades del plan de acción consistían en la interrupción de la transmisión de ocho EID para las cuales había herramientas costoeficaces, a saber: tracoma, enfermedad de Chagas, rabia humana transmitida por el perro, lepra, teniasis y cisticercosis, filariasis linfática, oncocercosis y esquistosomiasis. El plan también abarcaba la prevención, el control y la reducción de la carga de morbilidad de cinco EID para las cuales había instrumentos de tratamiento integrados e innovadores (equinococosis quística, fascioliasis, peste humana, leishmaniasis cutánea y visceral, y geohelmintiasis). Se propusieron seis líneas de acción para alcanzar esos objetivos. El doctor Espinal señaló que, después de la certificación de la eliminación, se necesitarían al menos tres años de vigilancia para prevenir la reintroducción de estas enfermedades.

152. En el debate que siguió, los delegados apoyaron el plan, que aprovechaba los éxitos del último decenio y las metas de gran alcance para la eliminación concordantes con la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Había consenso sobre la importancia de la función de los sistemas de salud en la acción para eliminar las EID. Se sugirió que se realizara una evaluación de

las brechas de los sistemas actuales para la detección y el seguimiento de otras EID, a fin de adoptar métodos para colmar las brechas que se encontraran. Se subrayó la importancia de la vigilancia como componente fundamental para prevenir y detectar las EID.

153. Los delegados propusieron varias mejoras al plan de acción, entre ellas la inclusión de una referencia a la importancia de mejorar las condiciones de vivienda para prevenir y controlar las EID. También se sugirió que en el plan de acción se recomendara el establecimiento de protocolos para documentar la trayectoria de los países o grupos de países en la eliminación de determinadas EID. Se sugirió asimismo que, en el proyecto de resolución que se remitiera al Consejo Directivo, se incluyera la recomendación de promover mecanismos en cada país para garantizar la profesionalización y la estabilidad del personal técnico y la continuidad política de las estrategias programáticas, ya que su ausencia había causado retrocesos en la eliminación de EID. Se puso de relieve la necesidad de vincular las estrategias de control de vectores enumeradas en el plan de acción con las estrategias de control de vectores que ya estaban ejecutándose, así como la necesidad de una actuación intersectorial, puesto que muchas de las actividades requeridas, especialmente en el área del agua y el saneamiento, estaban fuera del ámbito de competencia de los ministerios de salud. Se pidió que se aclarara el término “subnacional” y se le pidió a la Oficina que explicara por qué las medidas para eliminar la rabia humana se habían limitado a la rabia transmitida por el perro. Se sugirió que se ampliaran las medidas de eliminación de la rabia a fin de incluir otros animales que eran importantes en la transmisión de la rabia, como los murciélagos.

154. Se señaló que, igual que el proyecto de plan de acción para la eliminación de la malaria (véanse los párrafos 130 a 137), el plan de acción para las EID se centraba exclusivamente en objetivos e indicadores para los países y no contenía una lista de los insumos y las actividades que la Oficina aportaría para apoyar a los países. Se solicitó a la Oficina que incluyera una lista de ese tipo en el documento y que se presentara al Consejo Directivo. También se señaló que había incongruencias en el calendario propuesto para las evaluaciones del plan de acción y se sugirió que se realizara una evaluación a mitad de período y una evaluación final.

155. El doctor Espinal acogió favorablemente las sugerencias de los delegados para mejorar el plan y dijo que la Oficina las incorporaría en una versión revisada del documento para el Consejo Directivo. También se incluiría un desglose de los insumos y las actividades de la Oficina y de los países. Señaló que el hecho de que ciertas actividades no se mencionaran explícitamente en el plan no significaba que no estuvieran llevándose a cabo. Por ejemplo, la Oficina tenía un equipo regional en Lima para proporcionar cooperación técnica en materia de agua y saneamiento a los países que la necesitaran. Con respecto a la rabia, reconoció que la transmisión por otros animales, además de los perros, era un problema en algunos países y dijo que los equipos técnicos regionales y los asesores subregionales de la OPS podrían realizar un análisis de la situación de la rabia donde fuese necesario. Agregó que esa información podría incluirse en el plan.

156. La Directora reconoció que era importante que la Oficina indicara claramente cuáles serían sus responsabilidades y actividades y cómo se medirían, y afirmó que la Oficina estaba colaborando arduamente con los Estados Miembros para alcanzar uno de los objetivos clave de la OPS: la eliminación de la inequidad, que junto con la pobreza era la causa fundamental de la persistencia de enfermedades infecciosas desatendidas. Los determinantes sociales y ambientales de la salud también desempeñaban un papel importante. En su opinión, el énfasis global en la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como un enfoque holístico multisectorial, serían muy importantes para eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas.

157. El Comité aprobó la resolución CE158.R8, en la cual recomendó que el 55.º Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CE158/20, Rev. 1)

158. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó la estrategia propuesta para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales o arbovirosis, señalando que las infecciones virales transmitidas por artrópodos estaban aumentando tanto en las Américas como en el resto del mundo. Aunque los virus del dengue, el chikunguña y el Zika eran el centro de atención, se habían producido casos de fiebre de Oropouche, otra enfermedad causada por arbovirus, en Perú. La aparición de nuevas enfermedades arbovirales que se sumaban a los virus endémicos, como el dengue y la fiebre amarilla, planteaba un verdadero reto para la salud pública. Entre el 2000 y el 2014 se habían producido 14 millones de casos de dengue en la Región, y en el 2016 ya se habían notificado 54.000 casos de chikunguña. Además, la Región estaba lidiando con el virus del Zika. Por consiguiente, la Oficina proponía mejorar la actual Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue, implantada desde el 2003, a fin de convertirla en una estrategia para hacer frente a las arbovirosis, pues era evidente que se necesitaba un enfoque integral y holístico de estas enfermedades.

159. La estrategia propuesta contenía cuatro líneas de acción con miras a guiar a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la vigilancia, el diagnóstico y la atención integral de casos y la adopción de un enfoque clínico y epidemiológico que recalcará el control de vectores y la participación activa de la sociedad. Los resultados previstos eran una estrategia final integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, directrices claras para su diagnóstico y atención clínica, el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico diferencial en los servicios de salud, una red a nivel de país para fortalecer el manejo integrado de vectores y la vigilancia entomológica, y directrices claras y algoritmos de diagnóstico estandarizados para fortalecer la capacidad técnica de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus de las Américas.

160. El Comité Ejecutivo felicitó a la Oficina por la elaboración de la estrategia y estuvo de acuerdo en que, con los brotes de chikunguña y de la enfermedad por el virus del Zika,

las enfermedades arbovirales se habían convertido en una prioridad para la Región. Los delegados apoyaron las líneas de acción propuestas y observaron que su adaptación a las circunstancias particulares de cada país mejoraría la respuesta a los brotes epidémicos, los retos y las consecuencias de las arbovirosis, y alentaron a la Oficina a que siguiera proporcionando un apoyo técnico robusto a los Estados Miembros para fortalecer los sistemas de salud pública.

161. Hubo consenso sobre la necesidad de medidas sostenibles de control de mosquitos, el diagnóstico clínico oportuno de las enfermedades, sistemas de vigilancia fuertes y receptivos, una mejor capacidad de diagnóstico de laboratorio y recursos humanos bien capacitados. Un delegado mencionó la importancia de obtener o compartir muestras clínicas para facilitar la obtención y validación de medios de diagnóstico, tratamientos y estrategias de vacunación a fin de responder mejor a las emergencias de salud pública. Una delegada pidió que se invirtiera en la capacitación de personal técnico local para mejorar la vigilancia y el manejo integrado de enfermedades arbovirales. Se destacó la importancia de compartir experiencias y prácticas óptimas. En ese sentido, un delegado observó la necesidad de forjar alianzas entre los ministerios de salud y la comunidad académica a fin de que las decisiones de los administradores de salud pública se basaran en pruebas científicas sólidas producidas en el país. Sugirió que tales datos probatorios se almacenaran en un repositorio que estuviera al alcance de todos los Estados Miembros.

162. Varios delegados mencionaron la necesidad de fomentar la participación del público en la eliminación de criaderos de mosquitos, lo cual sería beneficioso también al reducir el uso de plaguicidas como estrategia principal de control de vectores. Varios delegados también observaron la necesidad de hacer más hincapié en el saneamiento del medio en combinación con una participación social coordinada. Se sugirió que se incluyera en la estrategia una sección sobre saneamiento del medio.

163. El doctor Espinal dijo que se agregaría un párrafo sobre gestión ambiental y manejo de residuos sólidos a la estrategia que se presentaría al Consejo Directivo.

164. El Comité Ejecutivo adoptó la resolución CD158.R3, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo adoptara la estrategia.

***Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
(documento CE158/21)***

165. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) presentó un proyecto de plan de acción cuya finalidad era aprovechar las enseñanzas extraídas de la ejecución del Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015.⁵ Señaló que el terremoto de abril del 2016 en Ecuador había dado prueba de la capacidad del país para evaluar y fortalecer la capacidad de sus servicios de salud. Ecuador había demostrado que la capacidad para organizar la respuesta

⁵ Véanse el documento CD50/10 y la resolución CD50.R15.

a un desastre correspondía principalmente a los países. El objetivo del plan de acción era precisamente eso: fortalecer la capacidad de los países para reducir los riesgos de desastre y adoptar medidas de conformidad con el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, con la finalidad de evitar muertes, enfermedades y discapacidad.

166. El plan de acción se basaba en un conjunto de actividades concretas, centradas en las personas, a ser ejecutadas por los Estados Miembros y la Oficina, con cuatro líneas de acción. La primera, conocimiento del riesgo de desastres en el sector de la salud, implicaba la búsqueda de datos probatorios, la detección de amenazas y vulnerabilidades y la determinación de la capacidad de respuesta. También incluía el establecimiento de sistemas de alerta anticipada centrados en las personas y de alianzas con la comunidad científica para obtener datos probatorios y preparar al personal del sector de la salud. La segunda línea de acción, gobernanza de la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud, constituía una responsabilidad multiinstitucional y multisectorial en la cual la función del sector de la salud era fundamental. Requería que la reducción del riesgo de desastres se incorporara formalmente en la estructura y las operaciones diarias del sector de la salud. También requería la participación activa de las autoridades sanitarias nacionales en la gestión nacional del riesgo de desastres, la seguridad y los sistemas de manejo de emergencias.

167. La tercera línea de acción era la promoción de hospitales seguros e inteligentes, es decir, hospitales que pudieran permanecer abiertos cuando se cortaran servicios esenciales tales como la electricidad y el agua. La cuarta línea de acción era mejorar la capacidad del sector de la salud para la preparación, la respuesta y la recuperación frente a los desastres. En el plan de acción también se abordaba la capacidad de los países para movilizarse en situaciones de emergencia a fin de proteger a las poblaciones afectadas e iniciar la tarea de recuperación de inmediato.

168. El plan de acción se había tratado ampliamente en varios foros, incluido uno en Nicaragua en el 2015, en el cual habían participado 29 Estados Miembros. También se habían realizado consultas virtuales con miembros del Comité Ejecutivo y otros. El doctor Ugarte señaló que el plan de acción propuesto concluiría en el 2021, mientras que el Marco de Sendai seguiría en vigor hasta el 2030. Por consiguiente, sería necesario evaluar la situación en el 2021 y decidir si era necesario preparar un nuevo plan de acción.

169. En el debate que siguió, los delegados apoyaron el plan y describieron los adelantos de sus países en la reducción del riesgo de desastres. Elogiaron los esfuerzos y el progreso de los Estados Miembros y la Oficina para mejorar los sistemas de alerta anticipada, mejorar los preparativos y mitigar el impacto de los desastres. Hubo consenso en torno a la necesidad de fortalecer la capacidad nacional y regional, los planes de reducción del riesgo de desastres y la coordinación de la gestión de riesgos y de adoptar un enfoque más integral de los preparativos para casos de desastre y la respuesta. Se señaló que muchas de las consecuencias de los desastres podían prevenirse, o al menos reducirse, si los riesgos conexos se abordaban con un enfoque integrado y multisectorial. La coordinación con otras iniciativas, como la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial, también se consideró

importante. Se señaló que era crucial contar con sistemas de salud nacionales y regionales fuertes para prevenir las crisis sanitarias y apoyar las respuestas oportunas y eficaces a los desastres y los brotes de enfermedades. Se señaló que un mejor cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional podría facilitar los preparativos y la resiliencia. También se señaló que las evaluaciones externas conjuntas en el nuevo Marco de la OMS de Seguimiento y Evaluación del RSI (véanse los párrafos 287 a 296) podrían resultar útiles para evaluar la capacidad nacional con respecto a la reducción del riesgo de desastres.

170. Se sugirió que, en vista del enfoque de varias amenazas que se utiliza en el plan, se hablara de “emergencias de salud” en vez de “desastres”, ya que el concepto de emergencias de salud era más incluyente y comprendía brotes de enfermedades y otros sucesos. También se propuso que, en la línea estratégica de acción sobre gobernanza, se pidiera más explícitamente que los ministerios de salud crearan o fortalecieran una sección u oficina de preparativos y respuesta para situaciones de emergencia que sirviera de punto focal para la coordinación con las áreas técnicas del sector de la salud y de otros sectores. Además, se sugirió que los indicadores del plan de acción para evaluar el progreso fuesen más específicos y que la Oficina creara herramientas operativas para la ejecución del plan en los países.

171. La delegada de Ecuador describió los preparativos para casos de desastre realizados en su país antes del terremoto, que habían incluido la evaluación de 123 hospitales públicos usando el índice de seguridad hospitalaria de la OPS. Después del terremoto, el gobierno había desplegado equipos de personal médico de urgencia como respuesta de primera línea, junto con unidades médicas móviles. También había centralizado la gestión de toda la ayuda humanitaria. Dijo que la experiencia de Ecuador podía servir de ejemplo para otros países.

172. El doctor Ugarte reiteró que las medidas de prevención y control de desastres incumbían principalmente a los países, señalando que alrededor de 80% del equipo regional de respuesta a desastres consistía en personal de ministerios de salud o instituciones nacionales. Todos los países de las Américas habían asumido su responsabilidad con respecto a la reducción del riesgo de desastres. La Región estaba a la vanguardia en esta área, ya que había extraído enseñanzas de la evaluación de la respuesta a desastres anteriores y había adoptado iniciativas de hospitales seguros, así como la gestión de equipos de personal médico internacional y hospitales inteligentes, antes que las demás regiones de la OMS. El doctor Ugarte tomó nota de las observaciones y sugerencias de los delegados con respecto al documento y dijo que se incorporarían en el documento que se presentaría al Consejo Directivo.

173. La Directora señaló que el programa de la OPS de preparativos para situaciones de emergencia y casos de desastre era el producto de la experiencia acumulada a lo largo de 40 años, aproximadamente. Destacó que era importante aprovechar la memoria colectiva de la Oficina y los Estados Miembros para avanzar en esta área. La solidaridad entre los Estados Miembros era uno de los muchos factores que le permitían a la Región responder a los

desastres de manera oportuna y apropiada. Era importante reconocer y aprovechar esa solidaridad.

174. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CD158.R2, en la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE158/22)

175. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el tema, señalando que, en el 2013, el Comité Ejecutivo había solicitado que la Oficina creara una herramienta para organizar y sistematizar los mandatos de la OPS a fin de que los Estados Miembros y otros interesados directos pudieran dar seguimiento al avance en los compromisos internacionales en el campo de la salud pública. El Comité también había solicitado que la Oficina organizara la información sobre las resoluciones y los documentos aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS en consonancia con el Plan Estratégico de la OPS con objeto de facilitar el análisis de la complementariedad y la ejecución de los mandatos de la Organización a lo largo del tiempo.

176. En el 2014, la Oficina había presentado un informe en el cual se analizaba el cumplimiento de los compromisos de la OPS durante un período de 15 años (1999-2013). El informe también contenía información sobre el repositorio institucional de la documentación de la Organización. En esa ocasión, los Estados Miembros habían solicitado que la Oficina realizara un análisis más minucioso de las resoluciones y presentara un informe a los Cuerpos Directivos con una propuesta para decidir si las resoluciones debían clasificarse como “vigentes”, “vigentes con condiciones” o “cerradas”.

177. En consecuencia, la Directora había formado un grupo de trabajo de representantes de cada departamento en la Oficina a fin de elaborar un método para analizar las resoluciones y había colocado a la Oficina de Cuerpos Directivos a cargo de su preparación, bajo la supervisión de la Directora Adjunta. El grupo de trabajo había elaborado un método para evaluar todas las resoluciones aprobadas durante el período de 17 años de 1999 al 2015 y había determinado cómo se mediría el cumplimiento de los mandatos, si los mandatos se habían reemplazado mediante una resolución más reciente y, en ese caso, cuáles eran esas resoluciones, si se habían presentado informes de progreso a los Cuerpos Directivos y cuándo. Para facilitar la evaluación, las resoluciones se habían clasificado de acuerdo con las categorías del Plan Estratégico actual. El grupo de trabajo también había definido los criterios para clasificar las resoluciones, los cuales constaban en el documento CE158/22.

178. La señora Huerta describió los resultados de la evaluación usando una serie de gráficos que mostraban el desglose de las resoluciones por estado actual y categoría. De las 287 resoluciones que habían sido aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS y la Conferencia Sanitaria Panamericana durante el período 1999-2015, 101 podían

considerarse vigentes, 24 podían considerarse vigentes con condiciones y 162 podían considerarse cerradas.

179. Para realizar la evaluación, había sido necesario construir una base de datos enorme, dividida en categorías, que incluía todas las resoluciones, mandato por mandato. Cada departamento y entidad de la Oficina había analizado las resoluciones y había escrito notas correspondientes a cada mandato. Los Estados Miembros podrían entrar en la base de datos después que la resolución para validar las propuestas del grupo de trabajo fuese aprobada por el Consejo Directivo en septiembre.

180. El grupo de trabajo había encontrado algunas limitaciones al determinar el cumplimiento de los mandatos por los Estados Miembros y la Oficina. Había formulado recomendaciones sobre la pertinencia de los temas, la claridad de los mandatos, la inclusión de información sobre sus repercusiones financieras y el compromiso con la rendición de cuentas por medio de informes de progreso. También había recomendado que la Oficina informara periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el cumplimiento de los mandatos, lo cual permitiría mantener una lista prospectiva de temas a abordar, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre la reforma de la gobernanza.

181. En la discusión que siguió a la intervención de la señora Huerta, los delegados felicitaron a la Oficina por el esfuerzo hercúleo que había realizado para hacer la evaluación y apoyaron su continuación. Hubo consenso sobre la conveniencia de examinar los mandatos regionales y un delegado señaló que las evaluaciones de este tipo debían convertirse en una práctica óptima a nivel regional y en la OMS en conjunto. Otros delegados afirmaron que la utilización inteligente de los datos recopilados podría redundar en un ahorro real de tiempo, energía y recursos.

182. La señora Huerta, en nombre del grupo de trabajo, agradeció las expresiones de apoyo de los delegados y afirmó que proseguirían las evaluaciones. Pidió a los Estados Miembros que siguieran proporcionando información sobre el cumplimiento de los mandatos para enriquecer la base de datos.

183. La Directora comentó que la iniciativa había representado una cantidad enorme de trabajo. Esperaba que la base de datos fuese de gran utilidad para la Oficina y los Estados Miembros y que ayudara a racionalizar los programas y las solicitudes de inclusión de puntos en el orden del día, y se comprometió a mantenerla actualizada.

184. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R9, mediante la cual recomendó que el Consejo Directivo refrendara las recomendaciones relativas a la presentación de informes durante un período limitado y que se cerraran las resoluciones que habían sido sustituidas en su totalidad por resoluciones posteriores o cuyos compromisos se consideraban cumplidos.

Asuntos administrativos y financieros***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE158/23 y Add. I)***

185. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó el informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas e informó sobre el estado de las recaudaciones al 20 de junio del 2016. Se había recibido 81,2% de las contribuciones adeudadas, lo cual dejaba un saldo pendiente de \$8,3 millones al 20 de junio de 2016. Dicha cantidad comprendía \$2,2 millones correspondientes al 2014 y \$6,1 millones correspondientes al 2015. Ningún Estado Miembro estaba sujeto a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución. Sin embargo, un país adeudaba las contribuciones señaladas de más de dos años, y si no había efectuado un pago para la fecha de apertura del 55.º Consejo Directivo, quedaría sujeto a las disposiciones del artículo 6.B.

186. Al 20 de junio, la Organización había recibido \$24,4 millones en pagos de contribuciones señaladas del 2016, que representaban solo 23,9% de las contribuciones del año en curso. Once Estados Miembros habían pagado las contribuciones señaladas del 2016 en su totalidad y dos ya habían pagado las contribuciones señaladas del 2017, lo cual la Oficina agradecía sobremanera. El señor Puente Chaudé agradeció a los Estados Miembros que ya habían cumplido sus obligaciones con la Organización para el año en curso y exhortó a los demás a que pagaran las contribuciones señaladas a fin de posibilitar la ejecución eficiente y eficaz del programa y el presupuesto de la Oficina.

187. La Directora dijo que las contribuciones señaladas de los Estados Miembros representaban una fuente muy importante de financiamiento flexible para los programas básicos y para la ejecución de los planes de acción que los Estados Miembros habían aprobado. Por consiguiente, la Oficina dependía del pago oportuno de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. La Directora agradeció a los Estados Miembros que ya habían pagado las contribuciones correspondientes al 2016 y exhortó a los demás a que siguieran el ejemplo.

188. La delegada de Ecuador recalcó la disposición de su gobierno para cumplir sus obligaciones con la Organización y explicó que el retraso en el pago se debía a la necesidad de asignar recursos para abordar las consecuencias del terremoto de abril del 2016.

189. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE158.R1, mediante la cual agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado pagos correspondientes al 2016 y años anteriores e instó a los demás Estados Miembros a que pagaran cuanto antes las contribuciones señaladas pendientes.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015 (Documento Oficial 351)

190. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, después de examinar una versión preliminar, no auditada, del Informe Financiero, el Subcomité había solicitado que en la versión final del informe se incluyera un análisis de los riesgos relacionados con la tendencia descendente de las contribuciones voluntarias, junto con una evaluación del nivel de financiamiento para cada categoría del presupuesto ordinario, a fin de detectar posibles riesgos surgidos de los flujos de financiamiento. También se le había pedido a la Oficina que proporcionara información sobre las implicaciones para la OPS de la nueva escala de cuotas adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en junio del 2015 y sobre la forma en que se habían incorporado las recomendaciones del Auditor Externo en las prácticas de la Organización.

191. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) resumió la información presentada en el Informe Financiero del Director, centrándose en particular en los ingresos recibidos en el 2015. Los ingresos totales sumados, incluidas las contribuciones voluntarias y los fondos recibidos para adquisiciones en nombre de los Estados Miembros, ascendían a \$1.460 millones, que representaban una disminución de 15% con respecto al 2014. Esa disminución se debía principalmente a una merma de las contribuciones voluntarias nacionales, producto a su vez de la depreciación del tipo de cambio de algunas monedas. Excepto por las contribuciones voluntarias nacionales, los ingresos totales habían permanecido bastante estables, entre \$800 millones y \$900 millones por año, durante los tres bienios anteriores. El Programa y Presupuesto de la OPS, que comprendía las contribuciones señaladas, ingresos varios, la asignación de la OMS y contribuciones voluntarias, ascendía a \$226 millones, \$20 millones más que en el 2014, cuando una parte de la asignación de la OMS se recibió con atraso. Los ingresos varios habían aumentado tanto en el 2014 como en el 2015, gracias a un aumento de los intereses devengados.

192. Las contribuciones señaladas recaudadas en el 2015 ascendían a \$99,5 millones: \$64,8 millones correspondientes al 2015 y \$34,7 millones correspondientes a años anteriores. Treinta Estados Miembros habían pagado las contribuciones señaladas correspondientes al 2015 en su totalidad, cuatro habían efectuado pagos parciales y ocho no habían pagado. El total recaudado en el 2015 había sido de \$7 millones menos que en el 2014. En consecuencia, los atrasos totales habían aumentado de \$38,1 millones a \$44,2 millones de diciembre del 2014 a diciembre del 2015.

193. Las contribuciones voluntarias de la OPS, sin contar las contribuciones voluntarias nacionales, habían ascendido a \$61 millones en el 2015, \$2 millones menos que en el 2014, continuando de esta forma la tendencia descendente de los cuatro años anteriores. Sin embargo, esa tendencia parecía estar cambiando, ya que el número de contribuciones con acuerdos abiertos al cierre del ejercicio había aumentado por primera vez desde el 2009, de 163 en el 2014 a 187 en el 2015. También habían aumentado los cobros

anticipados de contribuciones voluntarias abiertas. Los ingresos en concepto de contribuciones voluntarias nacionales ejecutadas por la OPS habían bajado de \$793 millones en el 2014 a \$554 millones en el 2015 debido a la depreciación del tipo de cambio de algunas monedas; en moneda nacional, sin embargo, la cantidad había permanecido invariable. El programa *Mais Médicos* seguía siendo la mayor fuente de ingresos en concepto de contribuciones voluntarias nacionales. La Organización seguía dependiendo de las contribuciones voluntarias de un grupo relativamente pequeño de países, que constituían una fuente importante de financiamiento para sus actividades.

194. Los ingresos derivados de compras efectuadas en nombre de los Estados Miembros habían disminuido de \$668 millones en el 2014 a \$638 millones en el 2015 debido a una leve disminución del uso del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. En cambio, el uso del Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública había aumentado en el 2015.

195. La Organización había concluido el bienio 2014-2015 con un superávit presupuestario de \$0,7 millones y un excedente de ingresos de \$7,9 millones. El uso de esos fondos se trataría por separado (véanse los párrafos 208 a 213).

Informe del Auditor Externo correspondiente al 2016

196. La señora Karen Linda Ortiz Finnemore (Tribunal de Cuentas de España), al presentar el informe del Auditor Externo, dijo que el Tribunal de Cuentas de España, en el curso de su trabajo como Auditor Externo de la Organización, estaba conociendo mejor a la OPS y había tratado de adaptar sus recomendaciones a fin de que la Organización pudiera alcanzar sus objetivos con respecto a los principios de transparencia y gestión financiera sólida. Un equipo de nueve auditores había hecho dos visitas a la sede de la OPS en el 2015 y el 2016 y también había visitado las representaciones de la OPS/OMS en Brasil, la República Dominicana y Haití. Algunos integrantes del equipo también habían participado en la 11.^a y 12.^a sesiones del Comité de Auditoría de la OPS.

197. Como resultado de ese trabajo, el Auditor Externo había preparado los documentos que integraban el informe del Auditor Externo que figura en el *Documento Oficial 349*, así como informes dirigidos a la Administración sobre las visitas a las tres representaciones. Las conclusiones más importantes se encontraban en la opinión del Auditor Externo y en el informe largo de auditoría de los estados financieros del 2015. El Auditor Externo había emitido una opinión favorable o “no modificada” acerca de los estados financieros de la Organización para el 2015, lo cual significaba que había concluido que los estados financieros eran correctos y se habían preparado de conformidad con las reglas aplicables, entre ellas las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público y el Reglamento Financiero y Reglas Financieras de la OPS.

198. El señor Alfredo Campos Lacoba (Tribunal de Cuentas de España), al referirse a las cifras del examen financiero contenido en el informe largo de auditoría, señaló que la Organización había concluido el 2015 con un déficit neto de \$8,8 millones, mientras que en

el 2014 había tenido un excedente de \$23,7 millones. Los ingresos totales habían ascendido a \$1.460 millones, 15,5% menos que en el 2014. Los gastos también habían disminuido, de \$1.703,4 millones en el 2014 a \$1.468,8 millones en el 2015. Esas reducciones se debían a la disminución de las contribuciones voluntarias y los desembolsos para el programa *Mais Médicos*. El rubro de personal y otros costos de personal había aumentado 9,4%. En términos generales, la OPS tenía recursos suficientes para cumplir sus obligaciones financieras, ya que sus saldos y reservas habían aumentado 6,3% con respecto al 2014. También tenía recursos suficientes para cubrir los pasivos por prestaciones a los empleados a corto plazo; sin embargo, a mediano y a largo plazo, el financiamiento de esos pasivos seguiría siendo un reto, y el Auditor Externo instó a la Organización a que siguiera tomando medidas para cumplir esas obligaciones.

199. A continuación, el señor Campos Lacoba resumió las recomendaciones propuestas en el informe, que incluían diversas medidas encaminadas a mejorar los controles internos y fortalecer la base de datos del programa *Mais Médicos*, fortalecer el Sistema de Información Gerencial de la OSP, normalizar los procedimientos para la transferencia de conocimientos del personal a punto de jubilarse y mejorar los procesos de contratación. El Auditor Externo también había recomendado que se programara mejor la ejecución del programa y presupuesto 2016-2017 para evitar la acumulación de gastos a fines del bienio. La mayoría de las recomendaciones anteriores se habían puesto en práctica, lo cual demostraba el compromiso de la Oficina con la mejora de sus sistemas y procedimientos.

200. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la opinión de auditoría no modificada. Los delegados observaron con inquietud la disminución de 15,5% de los ingresos y el déficit de \$8,8 millones en el 2015, el gran número de funcionarios de nivel superior que se jubilarían en los tres años siguientes y el pasivo creciente en concepto de prestaciones del personal. Se reconoció que en los resultados negativos del presupuesto en el 2015 habían influido factores ajenos a la Oficina. No obstante, se instó a la Oficina a que tomara medidas para priorizar y explorar formas de administrar el déficit para procurar el funcionamiento realista de la Organización. También se le pidió que proporcionara información sobre lo que se estaba haciendo en relación con la transferencia de conocimientos del personal que estaba a punto de jubilarse, así como para acelerar el reclutamiento de personal nuevo y lograr que la ola de jubilaciones y el pasivo resultante en concepto de prestaciones no impusiera una carga financiera a la Organización.

201. También se expresó preocupación acerca de la disminución de las contribuciones voluntarias y del hecho de que no se hubieran ejecutado algunas contribuciones en el 2015, razón por la cual se habían devuelto a los donantes. Se solicitó nuevamente a la Oficina que presentara un análisis de los riesgos relacionados con la tendencia descendente de las contribuciones voluntarias y una evaluación del financiamiento por categoría. La baja tasa de recaudación de contribuciones señaladas también era motivo de preocupación y se instó a los Estados Miembros a que cumplieran sus obligaciones financieras con la Organización. Se pidió una aclaración con respecto al nivel autorizado del Fondo de Trabajo.

202. Con respecto a la última pregunta, el señor Puente Chaudé respondió que el nivel autorizado del Fondo de Trabajo era de \$25 millones. El saldo del Fondo a fines del 2015 era de alrededor de \$20 millones. El déficit en el 2015 se había debido principalmente a una disminución de los tipos de cambio y a una revaluación de los bienes inmuebles de la OPS en América Latina. No obstante, el resultado global para 2014-2015 había sido positivo.

203. La disminución de las contribuciones voluntarias era motivo de gran preocupación. Sin embargo, en vista de la tendencia que habían presentado esas contribuciones hasta ese momento en el 2016, el señor Puente Chaudé creía que había motivos para ser optimistas. El aumento de los cobros anticipados, en particular, le permitiría a la Organización mantener el mismo nivel de actividad y probablemente lograr un nivel mayor con respecto a las actividades financiadas con contribuciones voluntarias en el bienio en curso.

204. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP), al responder a las observaciones en cuanto a los pasivos en concepto de prestaciones de los empleados, explicó que las pensiones de los jubilados se financiaban con recursos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, fondo mundial que abarcaba todos los organismos participantes de las Naciones Unidas, entre ellos la OMS y la OPS. Esas pensiones estaban plenamente capitalizadas en el momento en que el funcionario se jubilaba. En consecuencia, las pensiones de los funcionarios que se jubilarían en los próximos años no tendrían ninguna repercusión en la capacidad financiera de la OPS para ejecutar su programa y presupuesto. Agregó que la Oficina había asignado más personal de recursos humanos para trabajar en la contratación y llenar las vacantes más pronto.

205. La Directora explicó que una parte importante de la asignación de la OMS a la Región no se había recibido hasta la segunda mitad del 2015, lo cual había dificultado mucho la planificación de los gastos. Aunque se habían establecido planes y prioridades, no se podía proceder con la ejecución si no había fondos. Con respecto a las contribuciones voluntarias, se había instituido un mecanismo de supervisión a nivel de la Gerencia Ejecutiva para que los fondos se gastaran oportunamente y no tener que devolver las contribuciones a los donantes.

206. La Directora agradeció al Auditor Externo y aseguró al Comité que la Oficina consideraría seriamente todas las recomendaciones de la auditoría, puesto que hacía evaluaciones cada seis meses para dar seguimiento a las recomendaciones. Esas evaluaciones representaban una inversión considerable de tiempo, pero la Oficina las consideraba como parte de su responsabilidad de rendir cuentas de los recursos encomendados a la Organización. Agregó que se proporcionaría más información sobre los planes relativos a la transferencia de conocimientos de los jubilados cuando el Comité tratara los asuntos relativos al personal (véanse los párrafos 231 a 240).

207. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Programación del excedente del presupuesto (documento CE158/24)

208. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado un proyecto de la Oficina para el uso de \$0,7 millones del presupuesto ordinario que no se habían utilizado en el programa y presupuesto 2014-2015. De conformidad con el artículo 4.6 del Reglamento Financiero, se había propuesto que el excedente en su totalidad se asignara al Fondo de Trabajo, y el Subcomité había respaldado esa propuesta.

209. El Comité adoptó la decisión CD158(D3), mediante la cual respaldó la propuesta relativa a la programación del excedente del presupuesto que figura en el documento CE158/24.

Programación del excedente de los ingresos (documento CE158/25)

210. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que en marzo se había informado al Subcomité sobre un excedente previsto de los ingresos de alrededor de \$7,8 millones para el bienio 2014-2015. También se le había informado que la Directora prepararía una propuesta en relación con el uso del excedente, que se le pediría al Subcomité que examinara en su 11.a sesión en marzo del 2017. La Directora había explicado que era habitual y beneficioso aplazar una decisión sobre el uso de excedentes de los ingresos, en este caso hasta principios del 2017, porque eso le permitía a la Oficina analizar mejor los déficits de financiamiento y, por lo tanto, formular recomendaciones más delimitadas al Subcomité.

211. En el debate que siguió, se le pidió a la Oficina que indicara si se había considerado la posibilidad de usar una parte del excedente para financiar el pasivo correspondiente al seguro de enfermedad tras la separación del servicio (véanse los párrafos 214 a 217) o alguno de los grandes proyectos de inversión de capital pendientes (véanse los párrafos 218 a 222).

212. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) explicó que, como la OPS tenía un presupuesto bienal por programas, era mejor reservar un juicio con respecto al mejor uso del excedente hasta el segundo año del bienio. Agregó que la Oficina había preparado varios documentos en los cuales se describían los pasivos que habría que financiar en los años siguientes, entre ellos el seguro de enfermedad tras la separación del servicio. Además, la Oficina estaba elaborando una propuesta que esperaba presentar en el 2017 sobre la forma de abordar el pasivo correspondiente al Plan Maestro de Inversiones de Capital.

213. El Comité tomó nota del informe.

Seguro de enfermedad tras la separación del servicio (documento CE158/26)

214. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido un informe sobre las medidas que se estaban tomando a fin de asegurar que se asignaran suficientes fondos para el seguro de enfermedad tras la separación del servicio para los funcionarios jubilados de la OPS y sus familiares. Se había informado que la obligación relativa a las prestaciones definidas al 31 de diciembre del 2015 ascendía a \$300,2 millones, y el recargo sobre la nómina de sueldos representaba alrededor de \$3,2 millones por año para cubrir esa obligación. El pasivo neto no capitalizado al 31 de diciembre del 2015 ascendía a \$212,6 millones. Para capitalizar ese pasivo, la Oficina y la Secretaría de la OMS habían elaborado una estrategia conjunta que se describía en el documento CE158/26. El Subcomité había reconocido los esfuerzos de la Oficina para cumplir su obligación con respecto a las prestaciones del personal y había apoyado la propuesta de fusionar los servicios actuariales de la OPS y la OMS.

215. En el debate del Comité Ejecutivo sobre el tema, se apoyó la fusión de los activos que la OPS y la OMS habían apartado para el pasivo correspondiente al seguro de enfermedad tras la separación del servicio a fin de lograr una mayor eficiencia en la administración de los activos. Se pidió que se aclarara una observación que constaba en el informe del Auditor Externo (véanse los párrafos 190 a 207), según la cual ya no habría puestos financiados por la Región de las Américas (AMR) ni puestos financiados por la OPS.

216. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que, con respecto a las recomendaciones del Auditor Externo sobre el seguro de enfermedad tras la separación del servicio, él representaba a la OPS en el Comité de Supervisión Mundial del seguro de enfermedad del personal. Ese órgano se reunía dos veces al año y uno de los principales asuntos que estaba abordando en el 2016 era la fusión de los activos de la OPS y de la OMS correspondientes a dicho seguro a fin de optimizar la eficiencia y el rendimiento de la inversión, de manera tal que ambas organizaciones pudieran cumplir sus obligaciones colectivas lo más eficientemente posible. En la reunión siguiente, que tendría lugar en noviembre, se planeaba aprobar las resoluciones formales mediante las cuales se instituirían esos arreglos y abordar el tema general de la representación a largo plazo de la OPS en ese órgano. Con respecto a la pregunta sobre los puestos financiados por AMRO y por la OPS, explicó que antes había procedimientos contables separados para alrededor de 30% del personal cuyos puestos se financiaban con recursos asignados a la Región de las Américas por la OMS. Esa situación había dado lugar en último término a un déficit acumulado en el Fondo de prestaciones por separación del servicio y derechos de repatriación. Como parte de la adopción del presupuesto integrado, el procedimiento había cambiado; actualmente, ningún funcionario de la OPS se consideraba oficialmente personal de la OMS y el déficit había desaparecido.

217. El Comité tomó nota del informe.

Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CE158/27)

218. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que se había informado al Subcomité que la Oficina estaba haciendo un estudio del mercado de bienes inmuebles de la ciudad de Washington, tal como lo había solicitado el Comité Ejecutivo en el 2015. Se preveía que el estudio condujera a un plan a fin de autofinanciar los \$50 millones que se necesitaban para efectuar reparaciones en el edificio de la sede de la OPS. El plan resultante se presentaría al Subcomité en el 2017.

219. En el debate del Subcomité sobre el informe se habían pedido aclaraciones acerca de varios puntos, entre ellos la renovación de los cuatro ascensores del edificio de la Sede. Se había señalado que algunas cantidades indicadas en el Fondo Subsidiario de Reemplazo de Vehículos no parecían suficientes para comprar vehículos nuevos de una calidad adecuada desde el punto de vista de la seguridad. En respuesta a esas observaciones, se había explicado que el reacondicionamiento de los ascensores del edificio de la Sede se consideraba como una reparación urgente y se había hecho sobre la base de una licitación. Con respecto a los vehículos, algunas de las cifras señaladas eran cantidades netas que se sumaban al producto de la venta de vehículos existentes, de modo que no representaban el costo total de los vehículos nuevos.

220. En el debate subsiguiente del Comité Ejecutivo se solicitó más información sobre el alcance del estudio del mercado de bienes inmuebles, en particular con respecto a la forma en que ayudaría a financiar las reparaciones necesarias de los edificios de la Organización.

221. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) recordó que en el informe sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital presentado a los Cuerpos Directivos en el 2015⁶ se detallaban todos los componentes de los \$50 millones que se calculaba que se necesitaban para los gastos de reparaciones y mantenimiento a largo plazo del edificio de la Sede. La finalidad del estudio del mercado era elaborar un plan para generar esos \$50 millones sobre la base de los flujos financieros relacionados con el uso de los inmuebles de la OPS. Además del edificio de la Sede, la OPS era propietaria de un terreno en el cual una empresa privada había construido un edificio. La OPS pagaba alquiler por una parte de ese edificio y por locales en el edificio que albergaba a la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. La Oficina había contratado una empresa de consultoría sobre bienes inmuebles a fin de que colaborara en el análisis de los inmuebles propios y alquilados, así como del espacio de oficinas que la Organización necesitaba, y asesorara a la Organización sobre un plan que le permitiera generar en un plazo determinado los \$50 millones necesarios para efectuar las reparaciones. La empresa había presentado varios informes y opciones que la Oficina estaba considerando, y se esperaba que fuese posible para fin de año suministrar información sobre las opciones más apropiadas.

⁶ Véase el documento CE156/24, rev. 1.

222. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE158/28)

223. El señor David O'Reagan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) explicó que la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) era una unidad independiente que asesoraba a la Directora y a la Oficina sobre la gestión de riesgos y controles internos. Sus dos actividades principales eran las auditorías internas y el asesoramiento sobre las actividades de evaluación. Al presentar el informe de IES, explicó que en los párrafos 1 a 13 se ponía de relieve su independencia, que IES seguía evitando participar en actividades de gestión y de adopción de decisiones. En esa sección también se describía la cooperación entre IES y otros órganos de supervisión, en particular el Auditor Externo. En los párrafos 14 a 25 se resumían las conclusiones de las auditorías internas. En los párrafos 26 a 32 se explicaban los servicios de asesoramiento sobre evaluaciones y el estado de cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías internas, mientras que en los párrafos 33 a 38 se presentaba la opinión general de IES sobre los controles internos de la Organización, basada en el propio trabajo de IES y en las conclusiones de los otros órganos de supervisión.

224. En el debate que siguió, se observó que la función de asesoramiento independiente de IES agregaba valor a las operaciones de la OPS y podía mejorarlas. Se instó a la Directora a que velara por el cumplimiento de las recomendaciones de IES, en particular las emanadas de auditorías de la tramitación interna de reclamos de gastos médicos y de teléfono que pudieran llevar a una reducción de los costos y del riesgo conexo. Las actividades de gestión de riesgos institucionales que comenzaban a moldear el proceso de planificación de auditorías internas de IES se consideraban alentadoras. Se felicitó a IES por el examen interno del cumplimiento de las normas internacionales de auditoría y por haber abordado con prontitud todas las áreas que requerían mejoras.

225. El señor O'Reagan dijo que había un procedimiento riguroso para velar por el cumplimiento de las recomendaciones de IES y que la gerencia ejecutiva se reunía una vez o dos veces al año para examinar el estado de cada recomendación pendiente.

226. La Directora agradeció al señor O'Reagan su laboriosidad para ayudar a la Oficina a mejorar sus controles y procurar que esta comprendiera las recomendaciones. Era beneficioso para la Organización que la Administración pudiera interactuar estrechamente con IES y conversar sobre sus recomendaciones y sobre su cumplimiento. Poniendo de relieve el cuidado que tenía el señor O'Reagan para no intervenir en las decisiones, lo cual podía socavar su independencia, agregó que la Administración no solo consultaba al Auditor General sobre auditorías de IES sino que también le pedía que diera seguimiento a ciertas actividades importantes de la Organización, como la implementación del PMIS, y que formulara recomendaciones en los casos en que el señor O'Reagan y sus colaboradores pensaban que podían usarse mejores controles. Con eso también IES agregaba valor al trabajo de la Organización.

227. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021 (documento CE158/29)

228. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido una actualización sobre el proceso de nombramiento de un nuevo Auditor Externo para reemplazar al Tribunal de Cuentas de España, cuyo mandato como Auditor Externo concluiría en el 2018. Por consiguiente, sería necesario que en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que tendría lugar en septiembre del 2017, se nombrara un nuevo Auditor Externo para los dos bienios siguientes, abarcando el período 2018-2021. En agosto, la Oficina enviaría una nota verbal a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados pidiéndoles que presentaran candidaturas para el cargo. El plazo para la presentación de candidaturas vencería el 31 de enero del 2017. Los requisitos que debían cumplir los candidatos figuraban en el anexo al documento CE158/29.

229. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) instó a los Estados Miembros a que presentaran los mejores candidatos para el puesto. La Directora respaldó esa exhortación, señalando que era muy importante que la Organización tuviera el mejor Auditor Externo posible.

230. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Asuntos relativos al personal

Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE158/30)

231. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen realizado por el Subcomité de un informe en el cual se destacaban las tendencias en las estadísticas de dotación de personal de la Oficina. El Subcomité había señalado que la Oficina seguía manteniendo una paridad de género casi exacta entre el personal profesional. Aunque lo agradeció, había observado también que no había equidad de género en todos los niveles, ya que la mayoría de los puestos P1 a P3 estaban ocupados por mujeres y la mayoría de los puestos de nivel más alto estaban ocupados por hombres. Además, las mujeres estaban sobrerrepresentadas en el personal temporero. Aunque se había reconocido la importancia de seleccionar los candidatos sobre la base del mérito y la competencia, se había instado a la Oficina a que elaborara estrategias de planificación de la fuerza laboral que condujesen a una mayor igualdad de género. También se había expresado preocupación acerca de los efectos de la próxima ola de jubilaciones en el desempeño de la Organización.

232. El Comité Ejecutivo también expresó inquietud acerca de la falta de una paridad de género completa e instó a la Oficina a que promoviera políticas en materia de igualdad de

género en el nombramiento de funcionarios a fin de alcanzar la paridad de género en todos los grados profesionales. Se señaló que la falta de paridad de género era un fenómeno que no se limitaba a los procesos de contratación sino que estaba determinada por una serie de factores sociológicos relacionados con las inequidades estructurales en los países. Se recalcó, sin embargo, que esas inequidades no debían reflejarse en la Organización.

233. Se expresó preocupación acerca de la ola de jubilaciones que se avecinaba y se le pidió a la Oficina que presentara un informe detallado de sus repercusiones presupuestarias y operativas en el desempeño de la Organización. Se sugirió que el informe incluyera también información sobre las estrategias que emplearía la Oficina para tratar de rectificar las fallas en la equidad de género. Varios delegados señalaron el número de jubilados contratados con nombramientos temporales o contratos de consultoría. Se reconoció que los jubilados podían contribuir mucho a la transferencia de conocimientos y la continuidad de los programas, y la prórroga de contratos después de la edad de la jubilación se consideraba aceptable cuando era lo que más le convenía a la Organización. Al mismo tiempo, se señaló que el personal nuevo aportaba perspectivas y experiencias diferentes que eran útiles para una organización. Se sugirió que, en los análisis futuros de las estadísticas de dotación de personal, la Oficina proporcionara un breve resumen general que explicara las razones de la contratación de jubilados. También se le pidió a la Oficina que explicara por qué en el Informe Financiero del Director correspondiente al 2015 (véanse los párrafos 190 a 207) se indicaba un aumento de 9,4% de los costos de personal aunque el número de empleados había disminuido.

234. El señor Paul de la Croix (Director Interino, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) respondió que su departamento había examinaba con mucho cuidado cada solicitud de contratación de ex funcionarios. Había un proceso bien establecido para recontractar jubilados y cada caso debía estar plenamente justificado. Tomando nota de la solicitud de más información, dijo que, en adelante, cuando su departamento recibiera una solicitud de una entidad para contratar a un jubilado, proporcionaría estadísticas adicionales a la Directora para que ella supiera en todo momento cuántos jubilados estaban trabajando para la Organización y pudiera tomar en cuenta esa información al considerar la nueva solicitud.

235. La paridad de género era un componente del procedimiento para la contratación de personal que su departamento supervisaba cuidadosamente. El tema estaba incluido en la recomendación sobre las contrataciones que se había presentado a la Directora. Agregó que en el 2015 por primera vez se había alcanzado una paridad de género completa entre los representantes de la OPS/OMS, con 13 representantes de cada sexo. Se seguiría trabajando para lograr el mismo nivel de paridad en toda la Organización. La equidad de género era un aspecto importante de la estrategia de recursos humanos de la Oficina.

236. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que el aumento de 9,4% de los costos de personal era un fenómeno contable excepcional resultante de la decisión de la Oficina de financiar un déficit de muchos años en el Fondo de prestaciones por separación del servicio y derechos de repatriación (véanse los párrafos 214 a 217 sobre

el seguro de enfermedad tras la separación del servicio). Con respecto a las consecuencias presupuestarias de la ola de jubilaciones, tal como se habido explicado en relación con el Informe Financiero del Director (véanse los párrafos 190 a 207), los costos para la Oficina derivados de la jubilación de empleados se cubrían con las contribuciones a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el Fondo de prestaciones por separación del servicio y derechos de repatriación y la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal para el seguro de enfermedad tras la separación del servicio. Por lo tanto, las jubilaciones no tendrían repercusiones presupuestarias en el trabajo de la Organización.

237. La recontractación de jubilados por períodos cortos para llenar brechas en la dotación de personal tampoco tendría repercusiones presupuestarias porque ya había un presupuesto por programas para el proyecto o programa en cuestión que cubría el costo del personal necesario para su ejecución. El señor Anderson afirmó que había un sistema para abordar las diversas repercusiones de las jubilaciones que se avecinaban y dijo que la Oficina suministraría más información en informes futuros para que los Estados Miembros tuvieran una mejor idea de la forma en que la Oficina estaba manejando las repercusiones previstas. Con respecto a la paridad de género, observó que se había señalado en conversaciones sobre el tema en la OMS que el éxito de la Región en ese sentido estaba estrechamente vinculado a la disponibilidad de candidatos idóneos en el mercado. La Región de las Américas y la Región de Europa estaban relativamente mejor dotadas de profesionales idóneos que las otras regiones de la OMS. Cabía destacar, sin embargo, que si la Organización estaba tratando de reclutar en un área en la cual había pocas mujeres, a menudo tenía que competir con el sector privado, que tal vez podía ofrecer prestaciones más interesantes.

238. La Directora aseguró a los Estados Miembros que la Gerencia Ejecutiva era muy consciente de la necesidad de la paridad de género y del predominio de hombres en los niveles más altos. La Oficina tenía un proceso para seleccionar los mejores candidatos, pero muy a menudo, aunque prefiriera contratar a una mujer, había muchos hombres relativamente más idóneos entre los candidatos. Los Estados Miembros podían ayudar en ese sentido, buscando candidatas idóneas en su población y presentándolas para responder a avisos de vacantes de la OPS.

239. Los Estados Miembros también podían ayudar a reducir la necesidad de retener o recontractar jubilados. Los representantes de la OPS/OMS constituían una proporción considerable del personal cuyo contrato se prorrogaba después de la edad de jubilación. A menudo, los Estados Miembros se mostraban renuentes a aceptar al candidato propuesto por la Oficina como nuevo representante y pedían que les dieran tres candidatos para elegir, como se hacía antes; pero ahora había un procedimiento nuevo para la selección que había sido establecido por los Estados Miembros de la OMS. Una vez incluido en la lista, cualquier candidato idóneo de cualquier lugar del mundo tenía derecho a postularse para un cargo. La Oficina después seleccionaba uno entre todos los postulantes idóneos y presentaba el nombre del candidato seleccionado al ministerio de salud. Si el ministerio no estaba conforme con la elección, el proceso resultante de consultas y explicaciones podía prolongarse un año. Entretanto, era posible que el representante titular hubiera llegado a la

edad de jubilarse, lo cual no dejaba ninguna otra opción fuera de prorrogarle el contrato o volver a traer a un funcionario jubilado que tuviera la experiencia necesaria. Los Estados Miembros podían ayudar aceptando el proceso de selección que habían acordado en Ginebra e instando a sus propios nacionales idóneos a que se postularan para que los incluyeran en la lista de candidatos. La Oficina seguiría atenta y pediría siempre una justificación estricta de la prórroga del contrato de un funcionario o de la recontractación de un jubilado.

240. El Comité tomó nota del informe.

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE158/31)

241. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas del Reglamento del Personal durante su 10.^a sesión. Se había informado que las modificaciones tenían por objeto mantener la uniformidad en las condiciones de empleo del personal de la Oficina y la Secretaría de la OMS, teniendo en cuenta la experiencia y en aras de una buena gestión de los recursos humanos. También se había señalado al Subcomité que la mayoría de las modificaciones eran de redacción y su finalidad era lograr una mayor claridad y uniformidad. Se había introducido una nueva regla para definir explícitamente la obligación de los funcionarios de proteger los intereses financieros de la Organización.

242. El Subcomité había respaldado las modificaciones propuestas del Estatuto y el Reglamento del Personal y, por consiguiente, recomendaba que el Comité Ejecutivo adoptara el proyecto de resolución contenido en el anexo C del documento CE158/31.

243. El Comité Ejecutivo adoptó la resolución CE158.R10, mediante la cual confirmó las modificaciones propuestas del Reglamento del Personal y estableció el sueldo anual de la Directora, el Director Adjunto y el Subdirector para el 2016.

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE158/32)

244. La señora Carolina Báscones (Secretaria General, Asociación de Personal de la OPS/OMS) dijo que el personal de la Organización agradecía al Comité Ejecutivo la atención que había prestado a los asuntos relacionados con las condiciones de trabajo. Reafirmó el compromiso del personal con los mandatos de la Oficina y agradeció a la Directora su disposición para tratar abiertamente los asuntos con representantes del personal. Esa franqueza reflejaba no solo su interés en comprender la situación que enfrentaba el personal en ciertas circunstancias, sino también un deseo sincero de resolver problemas.

245. En el documento CE158/32 se describían los asuntos prioritarios para la Asociación de Personal. Uno de ellos era la recontractación de funcionarios jubilados. A este respecto, quería que el Comité supiera que a veces se contrataba a jubilados con contratos de servicio cuya administración no estaba a cargo del Departamento de Gestión de Recursos Humanos y, por consiguiente, no se reflejaban en las estadísticas de dotación de personal que llevaba el Departamento.

246. Otro motivo de preocupación era la puesta en marcha del PMIS, que había representado un volumen de trabajo extra enorme para el personal. Gran parte del tiempo no planificado que había requerido había consistido en trabajo voluntario no remunerado. Todo el personal merecía un reconocimiento especial por sus esfuerzos para poner en marcha el PMIS. La administración de la justicia seguía siendo motivo de preocupación, igual que el sistema de resolución de conflictos. La Asociación de Personal ya había aclarado su posición sobre el tema en ocasiones anteriores y apoyaba plenamente la recomendación del Comité de Auditoría de que se examinara y cambiara el sistema (véanse los párrafos 43 a 58). El personal consideraba que se necesitaba con urgencia un sistema sólido y exacto del manejo de los casos para que los resultados de las investigaciones se pusieran a disposición en un plazo razonable, evitando de ese modo la incertidumbre y la especulación mientras proseguía una investigación y posibilitando la rápida conclusión de los asuntos. La Asociación de Personal estaba complacida por la voluntad expresada por la Directora de examinar el sistema y estaba dispuesta a ayudar y cooperar como de costumbre con entusiasmo y compromiso para que la Administración y el personal, trabajando al unísono, pudieran lograr mejoras sustanciales.

247. Con respecto a la equidad de género (véanse los párrafos 231 a 240), señaló que el tema estaba relacionado no solo con la selección de personal, sino también con su posterior promoción profesional, ya que en general las mujeres tardaban mucho más en ser ascendidas que los hombres.

248. En el debate que siguió, una delegada afirmó que el trabajo de la Organización dependía en gran medida de su personal. Para la OPS, igual que para otras organizaciones, los recursos humanos constituían uno de los activos más valiosos. En su opinión, el personal tenía mucho que aportar a la consideración de las cuestiones de género. Era notable que en todo el mundo hubiera más mujeres que hombres con una educación universitaria pero que siguiera habiendo más hombres en cargos clave. Un factor importante era que las mujeres a menudo desempeñaban muchos papeles: además de sus funciones profesionales, con frecuencia eran jefas del hogar y madres, por ejemplo. Otro factor era que las mujeres a veces tendían a dudar de sí mismas y a cuestionarse si eran idóneas para un cargo, mientras que los hombres estaban seguros de que podían cumplir los requisitos aunque fuesen menos idóneos.

249. La señora Báscones dijo que el personal seguiría ayudando a la Oficina en su empeño por mejorar la igualdad de género. En concreto, en los informes futuros de la Oficina de Ética, a la Asociación le gustaría ver datos desglosados por sexo, ya que un caso

de acoso o de represalia presentado por una mujer, por ejemplo, no era lo mismo que uno presentado por un hombre.

250. La Directora reconoció el valor del personal para la Organización. En particular, valoraba la disposición de la Asociación de Personal para cooperar con ella con una mentalidad abierta. Siempre debían conversar libremente y, si surgían desacuerdos, debían manejarse con respeto y sin rencor. Estuvo plenamente de acuerdo en que todo el personal merecía un agradecimiento por su contribución sobresaliente a la puesta en marcha del PMIS.

251. El Comité tomó nota del informe.

Asuntos de información

Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros (documento CE158/INF/1)

252. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe en el cual se proponían algunas opciones para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros sobre la ejecución del programa y el presupuesto de la Organización. Se había propuesto usar el seguimiento y evaluación del desempeño que hacía la Oficina cada seis meses como mecanismo para la presentación de informes. Otro mecanismo que podía complementar la información del seguimiento y la evaluación del desempeño y posiblemente reemplazarla más adelante era un portal nuevo de la OPS en la Web para mantener a los Estados Miembros al corriente del desempeño financiero y programático. Se preveía que el portal comenzara a funcionar en el 2017.

253. El Subcomité había recibido con beneplácito la propuesta de creación del portal, considerándolo como una herramienta importante para la transparencia y la rendición de cuentas y para proporcionar información oportuna y exacta a los Estados Miembros. Sin embargo, se habían planteado algunas inquietudes con respecto a la cronología de la creación de los mecanismos para la presentación de informes interinos. Se había señalado que, como el bienio terminaba en el 2017, los datos proporcionados a esa altura no podían considerarse realmente como información interina de mitad de período. Por otro lado, si no se proporcionaba información hasta el final del bienio en curso, habría pocas oportunidades para hacer ajustes antes del comienzo del bienio 2018-2019, el último del Plan Estratégico actual. Varios delegados habían sugerido que el Subcomité propusiera que el Comité Ejecutivo estableciera un grupo consultivo de Estados Miembros para que trabajara con la Oficina en la definición de los tipos de informes requeridos.

254. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que en el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, que se hacía en toda la organización cada seis meses, se evaluaban los riesgos programáticos y financieros, lo cual permitía a la Oficina hacer los ajustes que fuesen necesarios a mitad de

período. Además, el informe financiero anual del Director incluía información sobre los gastos reales en comparación con los gastos presupuestados, las fuentes de financiamiento y otros datos que podían complementar los resultados del seguimiento y la evaluación del desempeño. La información podía facilitarse en línea o por medio de los representantes de la OPS/OMS el primer trimestre del segundo año de cada bienio, a partir del 2017. La Oficina creía que esas dos fuentes de información, junto con el portal nuevo, cumplirían los requisitos establecidos en la resolución CD54.R16 (2015), entre ellos el suministro de información sobre los riesgos financieros y programáticos y lo que se estaba haciendo para mitigarlos.

255. En el debate que siguió, se recibió con beneplácito la creación del portal y se aplaudieron los esfuerzos de la Oficina para promover la transparencia y la rendición de cuentas. Se destacó que el portal debía ser fácil de usar y estar al alcance de todos los Estados Miembros. Se reiteró que sería difícil hacer cualquier corrección necesaria del rumbo si el informe de seguimiento no estaba listo hasta el 2017, y se reiteró la propuesta de que se estableciera un grupo consultivo de Estados Miembros.

256. El señor Walter dijo que la información estaría lista el primer trimestre de 2017 y, por lo tanto, sería un informe de mitad de período sobre el bienio en curso. En cuanto a la información que los Estados Miembros habían solicitado en la resolución CD54.R16, la Oficina la recopilaba regularmente a nivel interno mediante el seguimiento y evaluación del desempeño, y a corto plazo la Oficina proponía usar esas evaluaciones para mantener a los Estados Miembros al corriente de la ejecución del programa y el presupuesto durante el bienio, incluso sobre los riesgos financieros y programáticos y cualquier ajuste de mitad de período para afrontarlos. A más largo plazo, el portal en la Web contendría la información solicitada en la resolución y mantendría a los Estados Miembros al corriente de la ejecución del programa y presupuesto no solo a mediados del bienio, sino de forma ininterrumpida durante todo el bienio.

257. El Comité tomó nota del informe.

Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019 (documento CE158/INF/2)

258. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) dijo que se presentaría una versión preliminar del Presupuesto por Programas de la OMS 2018-2019 al 55.º Consejo Directivo y a los demás comités regionales de la OMS para que formularan observaciones y propusieran cambios en la versión definitiva que se sometería a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2017 y luego a la Asamblea Mundial de la Salud para su adopción en mayo de ese año. El Presupuesto por Programas correspondiente al bienio 2018-2019 sería el tercero y último del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS para el período 2014-2019. También serviría de puente para el trabajo que se iniciaría en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ya que abordaría las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

259. La reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias aprobada en la 69.a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016⁷ también se incorporaría en el proyecto de presupuesto por programas. Excepto por la suma adicional para la ejecución del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, no se preveía que el monto global del presupuesto de \$4.000 millones cambiara mucho. También se preveía que la estructura programática del presupuesto por programas seguiría siendo esencialmente la misma, aunque la resistencia a los antimicrobianos podría convertirse en un área programática separada. Igual que en el bienio 2016-2017, se aplicaría un criterio de la base a la cima en la elaboración del presupuesto por programas, partiendo de las prioridades de los países.

260. La parte del presupuesto por programas de la OMS asignada a la Región aumentaría en el bienio 2018-2019 como resultado de la adopción de la nueva fórmula para la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios. El trabajo de elaboración del programa y presupuesto de la OPS comenzaría a principios de agosto del 2016. El primer paso de ese proceso consistiría en consultas y el establecimiento de prioridades a nivel de país. Por lo tanto, la elaboración del presupuesto de la OPS estaría mejor sincronizada con la elaboración del presupuesto de la OMS. Una versión preliminar del programa y presupuesto para el bienio 2018-2019 estaría lista para ser examinada por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2017.

261. Los miembros de Comité Ejecutivo recibieron con beneplácito la más estrecha coordinación y concordancia entre la OPS y la OMS en el proceso de elaboración del presupuesto por programas y apoyaron los principios y conceptos en que se basaba el proceso. Los miembros también quedaron complacidos al enterarse de que el presupuesto por programas para el bienio 2018-2019 tendría en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible y acogieron favorablemente el establecimiento planeado de prioridades a nivel de país; se esperaba que ese proceso se llevara a cabo usando un método estandarizado. Se pidió más información sobre el aumento previsto de la parte del presupuesto de la OMS asignada a la Región y sobre la labor de promoción de la causa que pudiera necesitarse de los Estados Miembros en ese sentido.

262. El señor Walter confirmó que la OPS utilizaría un método estandarizado para el establecimiento de prioridades, a saber, el método de Hanlon mejorado y adaptado a la OPS (véanse los párrafos 84 a 93). Con respecto a la parte del presupuesto de la OMS asignada a la Región, observó que lo que había aumentado era los “márgenes presupuestarios”, lo cual significaba que la OPS tenía derecho a recibir una parte mayor del presupuesto. Anteriormente, sin embargo, la Región no había recibido su asignación completa. Los Estados Miembros podían ayudar al abogar para que la parte del presupuesto de la OMS asignada a las Américas fuera plenamente capitalizada.

263. El Comité tomó nota del informe.

⁷ Decisión WHA69(9).

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CE158/INF/3)

264. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre la consideración por el Subcomité de un informe anterior sobre la reforma de la OMS, observando que el Subcomité había instado a la Oficina a que siguiera trabajando en las áreas pertinentes de la reforma de la OMS. Se había aplaudido el compromiso de la OMS de sumarse a la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda y se había instado a la OPS a que también se sumara a la Iniciativa, ya sea como parte de la OMS o por separado. La reforma de la gobernanza en los tres niveles de la OMS se consideraba fundamental para la eficacia de la Organización en conjunto. Aunque se había reconocido la necesidad de que los procesos de reforma fuesen compatibles con la condición jurídica de la OPS, se consideraba que una mayor integración de la OPS y la OMS en asuntos de gobernanza era importante para poner en práctica el concepto de “una sola OMS”.

265. El Subcomité había expresado la esperanza de que antes de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud se alcanzara consenso sobre el Marco para la colaboración con agentes no estatales propuesto. Se había destacado que el marco debía procurar la rendición de cuentas, la transparencia y la resolución eficaz de posibles conflictos de intereses. Con respecto a la respuesta a las emergencias y a los brotes epidémicos, se había apoyado el proyecto presentado en marzo del 2016 por el Grupo Mundial de Políticas de la Directora General con respecto al establecimiento de un solo programa, con un personal, un presupuesto, un conjunto de reglas y procesos y una jerarquía para la Sede de la OMS, las oficinas regionales y los países.

266. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó una actualización sobre los progresos con respecto a la reforma de la OMS, señalando que mucho se había hecho desde la sesión de marzo del 2016 del Subcomité. En general, 84% de los resultados de la reforma estaban en curso; la tasa de finalización era de 60%. Aunque la reforma de la gobernanza seguía a la zaga, se habían hecho grandes avances durante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. La reforma en el área de la respuesta a las emergencias y a los brotes epidémicos, impulsada por el brote de la enfermedad por el virus del Ébola, también se había aprobado durante la Asamblea de la Salud. Una reforma programática clave que se había hecho tanto en la OMS como en la OPS era la introducción de la planificación de abajo arriba y el establecimiento de prioridades. El portal de la OMS en la Web era otro buen producto de la reforma de la OMS. El portal, al cual tenían acceso los Estados Miembros, proporcionaba información detallada y relativamente actualizada sobre los flujos financieros por fuente. La OPS tenía la intención de lanzar su propio portal, usando como modelo el portal de la OMS, en el 2017. Las nuevas estrategias de recursos humanos y los registros de riesgos también eran ejemplos de resultados de las reformas realizadas tanto en la OPS como en la OMS.

267. Al cabo de extensas negociaciones, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud había aprobado las reformas con el fin de implantar el Marco para la colaboración con agentes no estatales, importante política a la cual muchos Estados Miembros de la Región habían

efectuado grandes contribuciones, entre ellos Argentina, que había presidido el grupo de trabajo intergubernamental que había finalizado el marco. Dicho marco constaba de varios principios generales y cuatro políticas específicas sobre la colaboración con ONG, entidades del sector privado, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas. El marco había sido reconocido por los Estados Miembros de la OMS como la primera política integral de su clase entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

268. Los Estados Miembros de las Américas se habían comprometido a implantar el marco para la colaboración con agentes no estatales en la Región. En consecuencia, de conformidad con el artículo 14 de la Constitución de la OPS y el artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, la Directora había incluido un punto sobre el Marco para la colaboración con agentes no estatales en el orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo. La Oficina prepararía un documento de trabajo y un proyecto de resolución que se colocarían en el sitio Web de la OPS al menos seis semanas antes de la apertura del Consejo Directivo. El documento reflejaría la estructura y terminología de la OPS, pero no modificaría la sustancia del marco tal como había sido adoptado por la Asamblea de la Salud.

269. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los progresos en la reforma de la OMS, expresando satisfacción en particular por la adopción del marco para la colaboración con agentes no estatales. Los delegados agradecieron a Argentina su conducción del grupo de trabajo intergubernamental y a la Oficina su apoyo durante el proceso de consulta. Se observó que los Estados Miembros de las Américas se habían comprometido a implantar plenamente del Marco en la Región, pero también se reconoció que, debido a la personalidad jurídica de la OPS como organización independiente, el Marco debía ser adoptado por el Consejo Directivo. Para facilitar ese proceso, se sugirió que se organizaran consultas antes de la apertura del Consejo para que los Estados Miembros pudieran examinar y tratar el documento de trabajo y el proyecto de resolución que prepararía la Oficina. Se solicitó más información acerca de la forma en que se adaptaría el Marco para la OPS y los costos relacionados con su puesta en práctica. Se le pidió a la Oficina que facilitara el documento por lo menos con seis semanas de antelación o preferentemente antes.

270. También se pidió más información sobre la forma en que el portal de la OPS en la Web se vincularía al portal de la OMS y sobre la participación de la Región en el registro de riesgos, la política de movilidad del personal, la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda y el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Al respecto, se señaló que la OPS tenía una larga historia de trabajo eficaz con emergencias sanitarias y tenía mucho que compartir para fortalecer a la OMS en conjunto. Los delegados destacaron que la reforma de la OMS debía estar encabezada por los Estados Miembros y guiarse por los principios de transparencia, rendición de cuentas, equidad y eficiencia. También se recalcó la importancia de fortalecer el multilateralismo de la OMS y su coordinación con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Se expresó un firme apoyo al concepto de “una sola OMS” y se recomendó que se aplicara en el contexto de la reforma. Al mismo tiempo, se subrayó la necesidad de preservar la

condición de la OPS como organización independiente. En ese sentido, se consideró especialmente importante analizar las repercusiones que la participación en la política de movilidad del personal de la OMS podía tener en el mantenimiento de la calidad técnica de la OPS.

271. Se solicitó que en el documento que se preparara para el Consejo Directivo sobre la reforma de la OMS se describieran mejor los resultados de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. También se solicitó que en el documento se explicara la forma en que se armonizarían las actividades de la OPS de respuesta a emergencias con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

272. El señor Walter aseguró al Comité que los documentos de trabajo sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales y otros aspectos de la reforma de la OMS estarían listos por lo menos seis semanas antes de la apertura del 55.^o Consejo Directivo. Con respecto a la vinculación entre los portales de la OMS y la OPS en la Web, explicó que la OPS esperaba usar el mismo software que la OMS a fin de que los dos sistemas fuesen idénticos en cuanto al contenido, aunque las fuentes de información serían diferentes. La información de la OPS provendría del Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) (véanse los párrafos 278 a 286), mientras que la información de la OMS provendría del Sistema Mundial de Gestión. Además, el sistema de la OPS suministraría más información sobre los resultados que la que estaba en ese momento en el portal de la OMS.

273. Tanto la OPS como la OMS tenían registros de riesgos que no eran idénticos, pero concordaban. En cuanto a la *Iniciativa internacional para la transparencia de la ayuda*, la OPS estaba dejando que la OMS tomara la delantera en el análisis de los numerosos requisitos y participaría en la Iniciativa por medio de la OMS, al menos por el momento.

274. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP), al responder a las preguntas acerca de la política de movilidad del personal de la OMS, dijo que la OPS participaba en el Comité de Movilidad Mundial en calidad de observador y, por lo tanto, conocía bien los mecanismos que se usaban. Durante la fase voluntaria inicial del sistema de movilidad del personal, que se preveía que durara hasta fines del 2018, la Oficina continuaría con su costumbre de tomar decisiones especiales sobre la movilidad en coordinación con la Secretaría de la OMS. Señaló que la Oficina había realizado nueve transferencias en el 2015, incluidas seis entre la OPS y la OMS.

275. La Directora señaló que el registro de riesgos, en el cual debían inscribirse los agentes no estatales, se encontraba en una fase piloto en la OMS. La Oficina seguiría colaborando con la Secretaría de la OMS en la implantación del registro. Con respecto a las reformas en el área de la respuesta a las emergencias y a los brotes, la Oficina estaba manteniendo conversaciones con la Secretaría de la OMS sobre los detalles de la participación de la OPS en el programa mundial. Destacó que la OPS colaboraba plenamente con la OMS en la respuesta a las emergencias, enviando personal adonde lo solicitara la Directora General y facilitando otros recursos para ayudar en las iniciativas mundiales. Sin embargo, había algunos aspectos del programa de la OMS que serían

difíciles de poner en práctica en la Región, debido a la personalidad jurídica de la OPS como organización independiente. Por otro lado, en conciencia no podía dismantlar una estructura de manejo de emergencias que había estado funcionando eficazmente más de 40 años y adoptar una estructura nueva cuya eficacia todavía no se había comprobado, ya que eso podría perjudicar a los Estados Miembros. La OPS se alinearía funcionalmente con la OMS y se adheriría a las directrices y los procesos comunes, pero por el momento no tenía la intención de efectuar ningún cambio estructural en su programa de respuesta a las emergencias.

276. Con respecto al Marco para la colaboración con agentes no estatales, observó que la Oficina había recibido el documento de la OMS poco antes, de modo que recién estaba comenzando a trabajar en el documento para el Consejo Directivo, en el cual se presentarían los cambios terminológicos y de otros tipos que se necesitarían para que la OPS pudiera adoptar el marco. La Oficina se cercioraría de que el documento estuviera a disposición de los Estados Miembros cuanto antes y también organizaría la consulta solicitada.

277. El Comité tomó nota del informe.

Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) (documento CE158/INF/4)

278. La doctora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) hizo una reseña de la información presentada al Subcomité sobre el progreso del PMIS a marzo del 2016.

279. El señor Valentin Prat (Director, Departamento de Servicios de Tecnología de la Información, OSP) presentó un panorama de la implementación del PMIS, señalando que abarcaba tres fases. La fase 1, que se había puesto en marcha en febrero del 2015, incluía los módulos de recursos humanos y nómina de sueldos. La fase 2, que se había puesto en marcha en enero del 2016 según lo previsto, incluía los módulos de finanzas, adquisiciones y presupuesto, aunque algunos componentes no esenciales de esa fase se implementarían durante el 2016. La fase 3, la posterior a la puesta en marcha del PMIS, había comenzado en enero del 2016. Esa fase incluía las mejoras y los informes que se habían dejado para el 2016, la estabilización del sistema y la implementación de un módulo de contratación electrónica. Además, en el 2016 el Departamento de Servicios de Tecnología de la Información se haría cargo de las funciones de apoyo y mantenimiento. Esa transición marcaría la terminación de la ejecución del proyecto.

280. Poco después de la puesta en marcha del sistema, se había creado el Comité Consultivo del PMIS. El Comité, integrado por miembros de todos los departamentos de la Organización, se reunía todos los meses; entre otras funciones, examinaba los progresos realizados con respecto a las prioridades aprobadas y tomaba decisiones para simplificar las recomendaciones del equipo del PMIS o de los responsables de los diversos procesos de gestión.

281. En cuanto al presupuesto, de los \$22,5 millones iniciales se habían gastado \$17,4 millones para fines del bienio 2014-2015. Eso dejaba \$5,1 millones destinados para componentes pendientes que no se consideraban esenciales para la puesta en marcha. También había \$500.000 aprobados por el Consejo Directivo para la implementación del módulo de contratación electrónica. No se preveía que se fuera a exceder el presupuesto aprobado.

282. En el debate que siguió, se felicitó a la Oficina por la conclusión de la fase 2 y por haber mantenido el proyecto dentro del presupuesto original aprobado. Se señaló que el Auditor Externo había planteado varios asuntos relativos al PMIS (véanse los párrafos 278 a 286), entre ellos la falta de una estrategia detallada, de un plan operativo y de cálculos de costos fiables en relación con las funcionalidades y mejoras del sistema que todavía no se habían implementado. Se le pidió a la Oficina que proporcionara una actualización sobre los progresos realizados desde la visita del Auditor Externo con respecto a la planificación y la asignación de prioridades para mejoras futuras y que indicara si preveía que los costos podrían subsumirse en el presupuesto vigente para el mantenimiento de tecnologías de la información.

283. El señor Prat confirmó que algunas mejoras y ajustes necesarios del sistema todavía no se habían iniciado, entre ellos algunos que se había considerado anteriormente que no eran esenciales. Correspondería al Comité Consultivo del PMIS priorizarlos. Señaló que un sistema como el PMIS era dinámico y necesitaría ajustes sobre la marcha.

284. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) agregó que, cuando la Oficina preparó su estrategia de tecnología de la información, que se había presentado a los Cuerpos Directivos en el 2015,⁸ había decidido asignar una cantidad suficiente de recursos al presupuesto de Servicios de Tecnología de la Información para el futuro, a fin de mantener el sistema y contar con un flujo previsible de fondos para otras necesidades. Los ajustes que se necesitarían sobre la marcha estarían comprendidos en la estrategia, y el monto calculado en el presupuesto era suficiente para sufragar los gastos conexos.

285. La Directora señaló que la implementación del PMIS había representado un reto enorme para el personal de la Oficina, que había invertido mucho tiempo para que se pudiera poner en marcha el sistema, y quería agradecerle el esfuerzo. Todavía se notaba un poco de frustración en algunos funcionarios porque el PMIS era no solo un sistema, sino también un cambio en la forma de trabajar de la Oficina que requeriría ajustes en los procedimientos y también en las actitudes. El sistema estaba funcionando, el personal seguía aprendiendo y se sabía qué mejoras había que hacer de inmediato. Esas dificultades menores eran normales en la introducción de un sistema de planificación de recursos empresariales, muchos de los cuales fracasaban. El sistema y su uso por la Oficina iban por buen camino pero todavía quedaba una parte por recorrer.

286. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

⁸ Véase el documento CE156/26.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (documentos CE158/INF/5 y Add. I)

287. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó los informes sobre este punto, señalando que el documento CE158/INF/5 contenía información sobre el cumplimiento por los Estados Partes de los requisitos administrativos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y su progreso con el cumplimiento de los requisitos relativos a las capacidades básicas. También informó sobre eventos recientes de salud pública de trascendencia internacional, entre ellos los brotes de la enfermedad por el virus del Zika en las Américas y en otros lugares. Observó que, por primera vez desde que los Estados Partes comenzaron a informar a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación del Reglamento en el 2011, los 35 Estados Partes de las Américas habían presentado sus informes anuales.

288. El documento CE158/INF/5, Add. I, contenía información actualizada sobre dos temas fundamentales para la aplicación futura del Reglamento: el estado del nuevo Marco de Seguimiento y Evaluación del RSI⁹, que no había sido adoptado formalmente por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016, y las 12 recomendaciones contenidas en el Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y en la respuesta que se le ha dado,¹⁰ que se había tratado durante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud y había sido bastante polémico. Como resultado, la Asamblea de la Salud había decidido remitir las recomendaciones a los comités regionales de la OMS para que continuaran las deliberaciones.¹¹

289. En consecuencia, la Oficina propuso celebrar una consulta regional presencial a fines de julio o principios de agosto del 2016 a fin de considerar la pertinencia para las Américas de cada una de las 12 recomendaciones y definir las áreas de trabajo de un probable plan regional sobre el RSI y el contenido de un proyecto de resolución que se presentaría al 55.^o Consejo Directivo. La Oficina consideró que un mandato sólido del Consejo Directivo facilitaría el establecimiento de prioridades relacionadas con el RSI en la Región y la adopción de una posición de los Estados Miembros de las Américas sobre el asunto en preparación para la reunión de enero del 2017 del Consejo Ejecutivo de la OMS. También le permitiría a la Oficina apoyar a los Estados Miembros más eficazmente. Por consiguiente, se invitó al Comité a considerar la posibilidad de incluir en el orden del día del Consejo un tema relacionado con la aplicación del RSI en la sección de asuntos relativos a la política de los programas. En vista de las fechas de la consulta regional, también se le pidió al Comité que considerara la posibilidad de que la Oficina publicara el documento de trabajo y el proyecto de resolución sobre el tema por lo menos tres semanas antes de la apertura del Consejo Directivo, en vez de seis semanas antes.

290. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los progresos realizados por los Estados Miembros con la aplicación del Reglamento y apoyó la propuesta de celebrar

⁹ Véase el documento [A69/20](#) de la Asamblea Mundial de la Salud.

¹⁰ Véase el documento [A69/21](#) de la Asamblea Mundial de la Salud.

¹¹ Véase la decisión [WHA69\(14\)](#).

consultas presenciales sobre las recomendaciones del Comité de Examen del RSI y de incluir un punto en el orden del día del Consejo Directivo en la sección de Asuntos relativos a la política de los programas. El Reglamento se consideraba no solo como una herramienta para reducir la propagación internacional de enfermedades, sino también como base para fortalecer los sistemas de salud y mejorar los sistemas de vigilancia, la capacidad en materia de laboratorios y la comunicación de riesgos. Se señaló que el fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas en el RSI facilitaría una mayor integración de los sistemas de salud y mejoraría su capacidad para atender las necesidades cotidianas y en situaciones de emergencia.

291. Se expresó apoyo al nuevo Marco de Seguimiento y Evaluación del RSI, aunque se subrayó la necesidad de reconocer el derecho de los Estados Partes a elaborar y validar los procedimientos, los métodos y las herramientas para su aplicación. Se le pidió a la Oficina que estableciera un sistema para someter a prueba las capacidades básicas requeridas en el RSI por medio de simulacros. Se creía que tales ejercicios podrían servir no solo para evaluar el desempeño de los países, sino también para ayudarles a prepararse mejor para hacer frente a futuros eventos de salud pública y emergencias. El delegado de los Estados Unidos informó que su país había sido sometido poco antes a una evaluación externa conjunta, cuyos resultados se darían a conocer en junio del 2016, e instó a los demás Estados Miembros a que consideraran una evaluación de ese tipo.

292. Los delegados pidieron aclaraciones sobre varios puntos, entre ellos el apoyo que la Oficina proporcionaría si no se aprobaba otra prórroga para el cumplimiento de los requisitos relativos a las capacidades básicas y si había habido algún adelanto con respecto a los procedimientos para la certificación voluntaria de puertos y aeropuertos. Se pidió una actualización sobre el trabajo del grupo científico y técnico asesor encargado de confeccionar un mapa del riesgo de fiebre amarilla y de proporcionar orientación sobre vacunas para viajeros.

293. El doctor Espinal aseguró al Comité que la Oficina seguiría apoyando a los Estados Partes en la aplicación del Reglamento, independientemente de que se aprobara otra prórroga para el cumplimiento de los requisitos relativos a las capacidades básicas. Señaló que lo importante era que los gobiernos siguieran comprometidos a crear esas capacidades para bien de su población. En cuanto a los procedimientos para la certificación voluntaria de puertos y aeropuertos, dijo que no había ninguna novedad.

294. La doctora Roberta Andraghetti (Asesora, Reglamento Sanitario Internacional, Unidad de RSI, Alerta y Respuesta ante Epidemias, y Enfermedades Transmitidas por el Agua, OSP) dijo que el grupo de consulta sobre el mapa del riesgo de fiebre amarilla se había reunido dos veces desde su establecimiento en diciembre del 2015 y había llegado a un acuerdo sobre sus métodos de trabajo. El grupo estaba consultando con las autoridades de los países que tenían zonas en riesgo de transmisión de la fiebre amarilla. La próxima reunión tendría lugar el 28 de junio del 2016.

295. La Directora, refiriéndose al brote de fiebre amarilla en África, destacó la necesidad de que los Estados Miembros de las Américas se mantuvieran alerta para detectar casos importados de la enfermedad.

296. El Comité tomó nota del informe y respaldó la propuesta de celebrar una consulta regional presencial sobre las recomendaciones del Comité de Examen del RSI e incluir un punto sobre la aplicación del RSI en el orden del día del 55.º Consejo Directivo en la sección de asuntos relativos a la política de los programas.

Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas (documento CE158/INF/6)

297. El doctor Silvain Aldighieri (Jefe, Unidad de RSI, Alerta y Respuesta ante Epidemias y Enfermedades Transmitidas por el Agua, OSP), al presentar el tema, señaló que la transmisión autóctona del virus del Zika estaba presente en 39 países y territorios de la Región y que cinco países habían notificado casos de transmisión sexual. Indicó que había sido difícil evaluar la situación porque, a pesar de los grandes esfuerzos realizados durante los seis últimos meses, la incidencia de la infección por el virus del Zika a lo largo de la Región variaba considerablemente. El problema se agravaba debido a la cocirculación del virus del Zika con otros arbovirus, como los del dengue y el chikunguña, transmitidos principalmente por el mismo mosquito, el *Aedes aegypti*. Estudios epidemiológicos realizados en Brasil, Colombia y Puerto Rico habían confirmado la cocirculación de los tres virus, lo que complicaba el diagnóstico de la infección por el virus del Zika.

298. Antes del 2015, los casos de microcefalia habían sido raros; ahora Brasil había confirmado miles de casos presuntamente asociados con el virus del Zika, y también había notificaciones de casos provenientes de otros países de la Región. Además, el virus se había asociado a un aumento de la incidencia del síndrome de Guillain-Barré.

299. El doctor Aldighieri explicó que ya habían transcurrido seis meses desde que la OMS había declarado la epidemia de infección por el virus del Zika una emergencia de salud pública de importancia internacional. En ese período, el Comité de Emergencia sobre el virus del Zika del RSI se había reunido dos veces, había informado que cada vez más datos científicos indicaban que existe una relación causal entre el virus del Zika y la microcefalia, y había confirmado y actualizado sus recomendaciones sobre cómo prevenir la infección en los viajeros internacionales. En la reunión más reciente, realizada en junio del 2016, había concluido que los próximos Juegos Olímpicos, a celebrarse en Río de Janeiro en agosto, entrañaban un riesgo muy bajo de una mayor propagación del virus del Zika.

300. La estrategia regional de la OPS para combatir el virus del Zika se fundamentaba en tres pilares —detección, prevención y respuesta de los servicios de salud— y una línea de acción transversal que consistía en impulsar investigaciones en esas tres áreas. En diciembre del 2015, la Directora había activado el sistema de gestión de incidentes, y

este había estado funcionando a máxima capacidad desde el 1 de febrero del 2016. En respuesta a la emergencia, unas 30 personas habían estado trabajando a tiempo completo en la Sede de la Organización y en las representaciones de los países más afectados. Se coordinó la labor del sistema de la OPS con la de los sistemas de las otras cinco regiones de la OMS y el sistema mundial, que es independiente.

301. Asimismo, en diciembre del 2015, la Directora había activado el fondo de respuesta para epidemias a fin de garantizar una respuesta temprana al finalizar el año; gracias a ello, desde febrero la OMS y algunos donantes habían podido suministrar fondos de respuesta en casos de emergencia. También estaban los compromisos de los Estados Miembros y los Estados Observadores de la OPS. Se estimaba que la respuesta regional requería un financiamiento de \$17 millones. Los fondos se habían distribuido entre las actividades de vigilancia, comunicación de riesgos, respuesta de los servicios de salud, investigación y coordinación del sistema de gestión de incidentes.

302. En la respuesta a la emergencia por el virus del Zika se siguió el modelo de la respuesta al virus del chikunguña y los preparativos para la posible importación de casos de ébola, que supusieron la movilización y el despliegue de equipos multidisciplinarios en los países prioritarios y los países con alta transmisión del virus del Zika. La OPS había movilizado a expertos regionales e internacionales en 25 países de Centroamérica y el Caribe, a los cuales se les dio prioridad por su situación o por tener antecedentes de brotes de infección por los virus del chikunguña o el dengue. También se movilizaron equipos de laboratorio para ayudar a afrontar las dificultades en la aplicación de nuevas tecnologías.

303. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y felicitó a la Oficina por responder con celeridad a la emergencia de salud pública. Los delegados instaron a la OSP a seguir ayudando a los Estados Miembros en la prevención y detección de amenazas relacionadas con enfermedades infecciosas y la respuesta ante tales amenazas, y acotaron que era necesario colaborar en las actividades de vigilancia y control y en el desarrollo de mejores medios de diagnóstico. Se indicó que la prioridad máxima debía estar en reducir el riesgo para las embarazadas y otras mujeres en edad fértil, lo cual requeriría respuestas que engloben a la totalidad del gobierno.

304. Se señaló que en 1996 el Consejo Directivo había aprobado una resolución¹² que instaba a los Estados Miembros a emprender un esfuerzo continental para erradicar el mosquito *Aedes aegypti*, pero que parecía que la voluntad política para aplicar tal resolución había sido insuficiente. Esa falta de voluntad política había conducido a la situación actual, la cual tenía implicaciones nefastas para la salud y los sistemas de salud en la Región. Se consideró que la solución más sencilla y más sostenible consistía en eliminar los criaderos de mosquitos, lo cual suponía mejorar la gestión de los desechos sólidos.

305. La Delegada de Brasil señaló que su Gobierno había estado trabajando con transparencia a fin de estar en permanente diálogo con otros gobiernos y con varias

¹² Resolución CD39.R11 (1996).

organizaciones internacionales, incluidas la OPS y la OMS. En Brasil, las políticas puestas en práctica se habían centrado en el control de mosquitos, la atención brindada a las familias y la formulación y el mejoramiento de los protocolos de vigilancia. Además, se habían intensificado las actividades de investigación y se había promovido el desarrollo de una vacuna; se esperaba que en el 2016 ya hubiera una vacuna lista para ser sometida a prueba. Asimismo, había estado disminuyendo el número de casos notificados de infecciones por arbovirus: los casos de infección por el virus del Zika se habían reducido en un 90% en comparación con las cifras registradas a principios del 2016, cuando alcanzaron su punto máximo. Con respecto a los próximos Juegos Olímpicos y Juegos Paralímpicos, la delegada subrayó que el riesgo de transmisión del virus del Zika durante los meses de invierno, cuando se celebrarían las competencias, era extremadamente bajo, lo cual ha sido confirmado en recientes investigaciones científicas internacionales y en una reunión reciente del Comité de Emergencia sobre el Virus del Zika.

306. El doctor Aldighieri dio las gracias a los Estados Miembros por su apoyo y a Brasil por participar en la reunión del Comité de Emergencias, realizada en junio del 2016, y por la información suministrada acerca de la situación del zika en Rio de Janeiro y otras ciudades sede de los Juegos Olímpicos. Reconoció la relación entre este punto del orden del día y el punto sobre las enfermedades arbovirales (véase los párrafos 158 al 164), y acotó que el tema relativo a la resolución aprobada en 1996 se abordaría en ese punto.

307. La Directora indicó que la situación generada por el virus del Zika había sido una experiencia de aprendizaje para todos los implicados. El compromiso y el liderazgo políticos observados en las más altas esferas gubernamentales habían sido importantes para avanzar en la respuesta. Elogió el enfoque pangubernamental observado en muchos países y subrayó la importancia de contar con sólidos sistemas de vigilancia, que en el caso del Brasil habían sido los responsables de alertar a la Región acerca de la presencia del virus y sus consecuencias. Observó con satisfacción que los países estaban notificando los casos de infección por el virus del Zika de manera oportuna, lo cual había permitido determinar las características de la epidemia. Agradeció a todos los asociados y los Estados Miembros por la asistencia prestada a la Oficina, por trabajar hombro con hombro para crear capacidad en los países y por organizar las misiones que trabajaron en los países afectados. El reto que enfrentaba la Región en ese momento era mantener el mismo nivel de compromiso a mediano y largo plazo, pues se había demostrado que era sumamente difícil controlar el mosquito *Aedes aegypti*. La Oficina seguiría colaborando estrechamente con los Estados Miembros afectados al participar en actividades de investigación y vigilancia. El sistema de gestión de incidentes seguiría funcionando a capacidad máxima hasta finales de septiembre del 2016; probablemente las operaciones continuarían a menor escala al menos hasta finales de diciembre, a la espera de un examen de la situación.

308. El Comité tomó nota del informe.

Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas (documento CE158/INF/7)

309. La doctora Kira Fortune (Jefa Interina, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP), en la presentación del informe sobre la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la Región de las Américas, señaló que los ODS concuerdan con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Indicó que aunque solo uno de ellos se centraba específicamente en la salud, ese objetivo era inherente al logro de todos. Explicó además que varias de las metas en el ámbito de la salud representaban una continuación de la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de diversas resoluciones y planes de acción conexos aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud.

310. En el informe se destacó el progreso alcanzado al preparar a la Región para la ejecución de la agenda para el desarrollo sostenible y la formulación de una solución regional para alcanzar los ODS, proceso que había incluido un análisis acerca de la relación entre estos y las metas y los indicadores del Plan Estratégico de la OPS. Los Estados Miembros habían hecho un llamamiento a la Oficina para que esta los ayudara a cumplir las responsabilidades establecidas en los ODS en materia de salud y promoviera la adopción de enfoques multisectoriales. En consecuencia, conforme a lo previsto en el Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, la Oficina había establecido un grupo de trabajo sobre los ODS y la salud en todas las políticas. Además, la OPS y la Organización de los Estados Americanos habían establecido un grupo de trabajo oficioso para definir las acciones conjuntas que habrían de emprenderse en relación con los ODS y sus metas. El grupo trabajaría para establecer una alianza interinstitucional más amplia respecto de los ODS en la Región.

311. La doctora Fortune explicó que varios países habían presentado informes de progreso sobre la ejecución de la agenda para el desarrollo sostenible; otros estaban redactando los informes correspondientes. En términos generales, en los informes se demostró que los países estaban comprometidos con los ODS y dispuestos a comprometer tiempo y recursos para alcanzarlos. El proceso de aplicación de los ODS daba a los gobiernos la oportunidad de renovar su compromiso con la salud pública y emprender una labor multisectorial en aquellos aspectos de los ODS relacionados con la salud, así como la oportunidad de establecer una red regional y una plataforma oficial para compartir experiencias nacionales en cuanto a la aplicación de los ODS.

312. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado en los planes para alcanzar los ODS en la Región y expresó que apoyaba firmemente el establecimiento de una red regional y una plataforma oficial para facilitar el intercambio de experiencias. Los delegados ratificaron el compromiso de sus gobiernos con los ODS y reconocieron la necesidad emprender medidas multisectoriales para alcanzarlos. Coincidieron en que el proceso de aplicación de los ODS brindaría a los países la oportunidad de renovar su compromiso con la salud pública y promover la colaboración intersectorial en aquellos aspectos de los ODS relacionados con la salud. Solicitaron más información sobre los

resultados de las diversas consultas realizadas en la Región, en particular con respecto a determinar cuáles son los puntos fuertes y los retos de cara a la aplicación de los ODS y de qué manera la Oficina contribuiría a alcanzarlos. Destacaron además la necesidad de fortalecer los mecanismos para medir el progreso hacia las metas relacionadas con la salud.

313. La doctora Fortune observó que a diferencia de los ODM, que habían estado en manos de los sectores, los ODS estaban más vinculados a los países, lo cual implicaba un significativo cambio de perspectiva. Se preveía que el seguimiento de los avances hacia el logro de los ODS también estaría vinculado a los países, pues estos debían seleccionar entre los numerosos indicadores aquellos que fuesen pertinentes en sus casos. Asimismo, aunque los ODS podrían ser objeto de críticas debido a sus limitaciones desde un punto de vista de la salud (solo hay un objetivo directamente relacionado con la salud), tienen un enorme potencial en cuanto a las posibilidades de trabajo multisectorial. De hecho, una de las actividades emprendidas por el grupo de trabajo sobre los ODS y la salud en todas las políticas había consistido en analizar los 17 ODS para encontrar oportunidades en el ámbito de la salud más allá del ODS 3. Ese análisis estaba al alcance de todos los Estados Miembros.

314. Uno de los principales resultados de las consultas regionales había sido la recomendación de crear capacidad para que las autoridades sanitarias pudieran trabajar en todos los 17 ODS, por lo que la Oficina estaba colaborando con diversos asociados para elaborar un curso sobre los ODS, el cual estaría a disposición de todos los Estados Miembros. Otro resultado había sido seguir elaborando documentos como la publicación hecha con el fin de preparar a la Región para alcanzar el ODS relacionado con la salud, que se menciona en el párrafo 7 del documento CE158/INF/7, a fin de hacer un balance del trabajo en marcha, los asociados interesados y las resoluciones y mandatos relacionados. La Oficina estaba trabajando en una plataforma que permitiría a los Estados Miembros y el público en general tener acceso a tales documentos.

315. La Directora explicó que la Oficina estaba brindando a los Estados Miembros un apoyo significativo en relación con los ODS, no solo desde la Sede sino también en las representaciones. Los representantes de la OPS/OMS estaban participando activamente en debates realizados en los países sobre la formulación de planes nacionales para el logro de los ODS. Como se ha señalado, varios mandatos de la OPS, como el Plan Estratégico, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y el *Plan de acción sobre la salud* en todas las políticas, concuerdan plenamente con los ODS, al igual que la *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. La formulación de un documento nuevo para el período posterior al 2017 podría brindar la oportunidad de examinar la agenda de salud de la Región teniendo los ODS como telón de fondo.

316. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final (documento CE158/INF/8)

317. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el informe final sobre el plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud, y explicó que, aunque el plan abarcaba un quinquenio que había concluido en el 2013, el informe final estaba presentándose en el 2016 porque en algunos países los datos necesarios para el informe solo estuvieron disponibles en el 2015. En la resolución en la cual se aprobó el plan (resolución CD48.R6) se había instado los Estados Miembros a promover y coordinar la participación de las diferentes entidades y actores pertinentes en la producción de estadísticas vitales y de salud, y a elaborar planes nacionales para fortalecer y mejorar las estadísticas de salud y hacerles un seguimiento.

318. Durante el período que abarcó el plan, 20 países habían establecido comités institucionales para fortalecer la información de salud, 35 habían realizado evaluaciones sobre el estado de las estadísticas vitales y 29 habían formulado planes nacionales de acción. Se había mejorado la cobertura de los registros de nacimiento y defunción, así como la calidad de los datos notificados. No obstante, en varias áreas persistían las dificultades, como la falta de exactitud o la vaguedad al informar sobre las causas de muerte, el redondeo de los datos sobre peso al nacer, así como puntos débiles en los sistemas de información y falta de datos a nivel municipal y provincial o estatal.

319. Se invitó al Comité a considerar la posibilidad de recomendar que se elabore un nuevo plan regional de acción para afrontar esas dificultades y aprovechar el progreso alcanzado con el plan de acción 2008-2013. Al acotar que tradicionalmente los recursos para el mejoramiento de los sistemas de información de salud habían sido limitados, el doctor Espinal hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que procuraran brindar un mayor apoyo a sus sistemas de información de salud a fin de que pudieran producir los datos necesarios para diseñar políticas sanitarias que beneficien a sus poblaciones.

320. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado con respecto a la mejora de las estadísticas vitales y de salud y expresó su apoyo a la propuesta de elaborar un plan de acción actualizado para mantener los logros alcanzados con el plan de acción 2008-2013 y seguir fortaleciendo los sistemas de información de salud y mejorando la calidad de los datos producidos. Se consideró que era particularmente importante mejorar la calidad de los datos de los certificados de defunción, y se exhortó a la Oficina a apoyar a los Estados Miembros para que se garantice que se siga la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, (CIE-10) al informar sobre las causas de muerte. También se mencionó la necesidad de mejorar el cumplimiento de plazos para el registro de nacimientos y la exactitud de los datos notificados en algunos países, así como la necesidad de mejorar la disponibilidad de datos subnacionales de calidad. Asimismo, se subrayó la importancia de usar datos de calidad para tomar de decisiones basadas en datos científicos.

321. Los delegados subrayaron que el nuevo plan de acción debería concordar con las iniciativas de asociados regionales y mundiales como el Banco Mundial y recomendaron ampliar su alcance para que abarcara no solo las estadísticas vitales y de salud sino también otras áreas de información sanitaria. Asimismo, el plan debería brindar apoyo a la recopilación de la información necesaria para hacer un seguimiento a los progresos alcanzados según lo previsto en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Los delegados mencionaron además la utilidad de iniciativas como el instrumento mundial de colaboración sobre datos sanitarios (*Health Data Collaborative*) a objeto de fortalecer la capacidad nacional para recopilar datos con tales fines. Señalaron que, para cerrar brechas en los datos sobre sexo, era de vital importancia garantizar que el registro civil fuese universal y las estadísticas vitales fuesen exactas lo cual, a su vez, era esencial para lograr la igualdad de género, el empoderamiento de mujeres y niñas y la observancia de los derechos humanos. Se instó a la Oficina a brindar apoyo a los Estados Miembros en la integración de la perspectiva de igualdad de género en sus sistemas de información de salud.

322. El doctor Espinal agradeció a los Estados Miembros los esfuerzos por mejorar los sistemas de información de salud en la Región y su apoyo a la propuesta de elaborar un plan de acción nuevo. La calidad de los datos sería un aspecto fundamental de este nuevo plan: no bastaba centrarse únicamente en la cantidad de datos recopilados; también debería garantizarse su exactitud. Asimismo, sería importante que los Estados Miembros tuvieran la capacidad requerida para producir los datos que fueren necesarios para hacer un seguimiento del progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

323. La Directora indicó que las estadísticas vitales eran realmente vitales: no llevar un registro de los niños prácticamente equivalía a que no existieran, porque no tenían identidad legal y en algunos países no podían tener acceso a servicios básicos de salud y educación. Aunque la calidad de las estadísticas vitales y de salud había mejorado en muchos Estados Miembros, el avance general de la Región era insuficiente. Los países tenían muchos tipos de sistemas de información diferentes, muchos de los cuales no producían datos oportunos y fidedignos necesarios para la ejecución de los programas, la formulación de políticas y la toma de decisiones. El problema era particularmente agudo en los ocho países clave de la Organización. Por consiguiente, para la Oficina era de máxima prioridad seguir colaborando con los Estados Miembros para mejorar los sistemas de información de salud y garantizar que cada niño se cuente y cada fallecimiento —y su causa— se notifique.

324. El Comité respaldó la propuesta de formular un plan de acción regional actualizado que se presentaría a los Cuerpos Directivos para su aprobación en el 2017.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: informe final (documento CE158/INF/9)

325. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) recordó que en el 47.º Consejo Directivo se había

aprobado la Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo con el objetivo de mejorar el nivel nutricional a lo largo de la vida, especialmente en el caso de los pobres y otros grupos vulnerables, lo cual contribuiría a promover la equidad en salud, prevenir enfermedades, aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de toda la población en la Región de las Américas.

326. Durante el período que abarcó la estrategia y plan de acción (2006-2015), 18 Estados Miembros revisaron las políticas y programas para abordar la desnutrición y 20 establecieron políticas de seguridad alimentaria y nutricional; 18 establecieron programas de transferencias monetarias condicionadas que beneficiaron a cerca de 130 millones de personas; y 33 adoptaron los patrones de crecimiento infantil que la OMS publicó en el 2006. Además, prácticamente todos los países de la Región tenían políticas para promover la lactancia materna; sin embargo, aunque la tasa de lactancia materna exclusiva aumentó en más de 25% en tres países, solo 44% de los menores de seis meses eran alimentados exclusivamente con leche materna. En el informe final (documento CE158/INF/9) se presentaron datos adicionales sobre la situación actual de la Región en cuanto a la nutrición y los pasos dados por los Estados Miembros para reducir las carencias nutricionales y promover una alimentación y modos de vida saludables.

327. Los datos sobre nutrición se obtuvieron principalmente mediante encuestas nacionales sobre salud y nutrición realizadas entre niños pequeños y mujeres en edad fértil aproximadamente cada cinco años; sin embargo, las encuestas solo se llevaron a cabo en 22 países y muchas veces no se hicieron cada cinco años sino con una frecuencia menor. En consecuencia, la falta de datos continuó siendo un problema significativo. Para abordar ese y otros escollos que aún persistían, en particular la doble carga de hipernutrición y desnutrición, la Oficina recomendó a los Estados Miembros ejecutar a plenitud el *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* de la OMS y el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* de la OPS. Entre las acciones prioritarias recomendadas se encontraban el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para aumentar el acceso a los alimentos saludables y las oportunidades para realizar actividad física; el aumento de la capacidad del sector de la salud para realizar intervenciones nutricionales clave a fin de reducir tanto el retraso del crecimiento como el sobrepeso; la administración de suplementos de micronutrientes y el enriquecimiento de alimentos de primera necesidad para prevenir carencias de micronutrientes; políticas fiscales y reglamentación de la mercadotecnia y la rotulación de alimentos para reducir el consumo de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional por parte de niños y adolescentes; y sistemas sólidos de vigilancia sanitaria e incorporación de indicadores nutricionales en esos sistemas, junto con el seguimiento y la evaluación de los programas para medir los efectos sobre la nutrición.

328. En el debate subsiguiente, un delegado describió los esfuerzos que ha realizado su Gobierno para combatir las carencias de micronutrientes mediante una mejor distribución de micronutrientes y alimentos enriquecidos y la provisión de suplementos de hierro a las embarazadas. Observó que en su país el sector de la salud estaba colaborando con el sector

educativo para mejorar la calidad de los alimentos que los niños recibían en las escuelas y establecer normas acerca de la información a la cual tienen acceso. También señaló que a veces las costumbres y las condiciones locales entorpecen los esfuerzos por mejorar la nutrición y combatir el sobrepeso y la obesidad.

329. El doctor Hennis destacó la necesidad de haya colaboración intersectorial para abordar aquellos asuntos relacionados con la nutrición que no competen al sector de la salud; por ejemplo, la colaboración con los sectores educativo y agropecuario era esencial. Agregó que se esperaba que el Decenio de acción sobre la nutrición de las Naciones Unidas (2016-2026) se considerase un llamamiento a la acción para prevenir todas las formas de desnutrición.

330. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción para la reducción de desnutrición crónica: informe final (documento CE158/INF/10)

331. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP), al presentar el informe final, observó que la Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica habían sido aprobadas por el 50.º Consejo Directivo con el objetivo de contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 1, 2, 3, 4 y 5 y mejorar la salud a lo largo de la vida. Esta estrategia se había elaborado con la intención de complementar la Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (véanse los párrafos 325 a 330), prestando particular atención a la reducción de la desnutrición crónica al considerarla una prioridad urgente.

332. Resumiendo los principales logros alcanzados según lo previsto en la estrategia y plan de acción, el doctor Hennis informó que 18 países habían adoptado estrategias intersectoriales de seguridad alimentaria y nutrición; al menos 22 países habían llevado a cabo encuestas sobre nutrición y salud a nivel nacional para recopilar datos sobre nutrición desglosados por sexo, etnicidad, quintil de riqueza y zona geográfica; municipios en condiciones vulnerables de al menos 18 países habían ejecutado intervenciones intersectoriales o programas relacionados con la alimentación y la nutrición; varios ministerios de salud habían puesto en marcha programas de creación de capacidad para mejorar los conocimientos acerca de la alimentación y la nutrición; y 19 países habían establecido comités intersectoriales a nivel municipal o comunitario para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional.

333. Aunque la desnutrición crónica había disminuido durante el quinquenio de vigencia de la estrategia y el plan de acción (2010-2015), seguía siendo un problema, particularmente en las poblaciones marginadas. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad habían aumentado. Algo similar ocurría con la anemia, que también se había reducido pero seguía siendo un problema, especialmente en las embarazadas. La Oficina recomendó a los Estados Miembros fortalecer los mecanismos de coordinación

intersectoriales subnacionales para prevenir el retraso en el crecimiento, el sobrepeso y la anemia; fortalecer la capacidad del sector de la salud para realizar intervenciones clave en el ámbito de la nutrición, como la promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable; mantener programas para proporcionar suplementos de multinutrientes y alimentos enriquecidos; intensificar los esfuerzos para promover y facilitar la lactancia materna; y fortalecer los sistemas de vigilancia nutricional por medio de la incorporación de indicadores nutricionales.

334. El Comité Ejecutivo reconoció el progreso alcanzado, pero también observó que la desnutrición en sus diversas formas seguía siendo un problema grave en algunos países, a pesar de que los gobiernos habían realizado grandes esfuerzos para combatirla. Los delegados pusieron de relieve la necesidad de emprender medidas intersectoriales, pues el sector de la salud, por sí solo, no podía abordar el asunto. Se señaló que la mitigación de la pobreza, así como la educación, eran esenciales para la eliminación de la desnutrición crónica. Se indicó además que la calidad de la nutrición en la niñez tenía repercusiones a lo largo de la vida, y se subrayó la importancia de mejorar la nutrición durante el embarazo y la primera infancia. También se consideró necesario evaluar la repercusión de las diversas estrategias e intervenciones aplicadas para identificar por qué algunas habían sido eficaces y otras no e intercambiar información sobre aquellas experiencias y mejores prácticas que han arrojado los resultados previstos. A este respecto, se sugirió que el informe podría mejorarse agregando información sobre las enseñanzas extraídas en la presentación de informes sobre los indicadores del plan de acción. Se observó que, en algunos casos, problemas con el seguimiento y el análisis, por una parte, y con el flujo de los datos al pasar del nivel subnacional al nivel nacional, por la otra, entorpecieron la recopilación de datos sobre nutrición así como la evaluación sobre la repercusión de las intervenciones.

335. El doctor Hennis afirmó que se necesitaban sistemas sólidos para realizar vigilancia nutricional a lo largo del ciclo de vida. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para que mejoren su capacidad de recopilar datos fiables sobre nutrición y para que puedan vigilar y evaluar programas y políticas a fin de determinar las razones por las cuales estos no siempre producen los resultados previstos. También era necesario realizar investigaciones a fin de identificar las particularidades de los países y abordarlas por medio de métodos adaptados a cada caso. Aunque se habían logrado avances en cuanto a la reducción de la malnutrición crónica debida a la desnutrición, durante el período de vigencia de la estrategia y plan de acción se habían duplicado los niveles de sobrepeso y obesidad en la niñez, y los problemas nutricionales siguieron siendo un factor significativo en los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región. Por consiguiente, la malnutrición en todas sus dimensiones debería seguir siendo una prioridad tanto para la Oficina como para los Estados Miembros.

336. La Directora, tras señalar que muchos países de la Región estaban tratando de resolver la doble carga de sobrepeso y obesidad junto con la carencia de micronutrientes y la subnutrición, subrayó la necesidad de adoptar un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital y hacer énfasis en una alimentación saludable a lo largo de la vida, que es fundamental para tener una vida saludable y productiva. Sin tal enfoque, fácilmente podría

pasarse de un extremo a otro, es decir, de la desnutrición a la obesidad, como ya ha ocurrido en algunos países del Caribe. También mencionó la necesidad de que haya una mayor participación y vigilancia multisectoriales así como actividades específicas de investigación a fin de comprender las razones por las cuales las inversiones y los programas no estaban arrojando los resultados previstos. La Oficina brindaría apoyo a los Estados Miembros en la búsqueda de asociados que les permitan realizar tales investigaciones. También seguiría colaborando estrechamente con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por su sigla en inglés) en el ámbito de la nutrición.

337. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: informe final (documento CE158/INF/11)

338. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) recordó que el Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CE158/INF/11) había sido adoptado en el 2012 con el fin de poner en práctica intervenciones de emergencia destinadas a fortalecer los programas de vacunación y vigilancia del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y de esta manera garantizar que la Región siguiera libre de la transmisión endémica de sarampión y rubéola. Agregó que, de acuerdo con una evaluación provisional de progreso realizada en el 2014, las medidas tomadas de conformidad con lo previsto en el plan de acción habían permitido mantener la eliminación de ambas enfermedades.

339. En abril del 2015 se declaró que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita habían sido eliminados en la Región de las Américas. En cuanto al sarampión, desde el 2014 se habían registrado brotes en varios países debido a casos importados y había reaparecido la transmisión endémica en uno (Brasil). En agosto del 2016 el Comité Internacional de Expertos analizaría los datos probatorios relativos al cese de la transmisión en Brasil, donde no se habían notificado casos por más que un año. Si el Comité aceptaba los datos, podría declararse que el sarampión había sido eliminado en la Región. Sin embargo, mantener la Región libre de sarampión y rubéola requeriría un compromiso permanente por parte de los Estados Miembros para que mantengan una amplia cobertura de la vacunación y una fuerte vigilancia epidemiológica. En el párrafo 21 del documento CE158/INF/11 se presentaba un conjunto de recomendaciones formuladas con el fin de que pudiera mantenerse la eliminación de las dos enfermedades; como ambas seguían siendo endémicas en las otras regiones de la OMS, por lo que la Región de las Américas corría el riesgo de tener casos importados, una de las recomendaciones era apoyar que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara en el 2017 una resolución a favor de la erradicación mundial del sarampión y la rubéola.

340. El Comité Ejecutivo aplaudió la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y recibió con beneplácito el progreso hacia la eliminación del sarampión. También brindó apoyo a las recomendaciones formuladas con el fin de mantener la eliminación de esas enfermedades, en particular la aplicación de estrategias para lograr altas tasas de cobertura de la vacunación y la adopción de medidas para detener con prontitud la transmisión de presentarse casos importados. Se señaló que, aunque los países quizá no puedan prevenir la importación de casos, podrían prevenir la transmisión si garantizan un alto grado de inmunidad en la población y vigilancia de alta calidad. Además, se subrayó la necesidad de desglosar los datos sobre la cobertura; se señaló que esto era particularmente importante para identificar poblaciones remotas o aisladas con bajas tasas de vacunación. Se expresó apoyo a la aprobación de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud a favor de la erradicación mundial del sarampión y la rubéola, aunque se acotó que era necesario ser precavidos al momento de establecer una fecha para el logro de esa meta.

341. El doctor de Francisco Serpa coincidió con que era crucial mantener una amplia cobertura de la vacunación y garantizar una vigilancia epidemiológica eficaz para detectar cualquier caso de reintroducción de los virus del sarampión o la rubéola y actuar con celeridad para prevenir la transmisión. También coincidió en la importancia de desglosar los datos para identificar las áreas de baja cobertura.

342. La Directora afirmó que la baja cobertura que se registraba en algunos municipios —en algunos casos incluso de 60%— ponía en riesgo la posibilidad de mantener la eliminación de estas enfermedades. La Oficina seguiría brindando apoyo a los Estados Miembros para que alcancen y mantengan una cobertura uniforme de 95% o más al menos en 80% de los municipios para evitar que se acumule un gran número de personas susceptibles que podrían seguir transmitiendo el virus en caso de un brote de sarampión o rubéola. También apoyaría a los Estados Miembros en el fortalecimiento de su vigilancia epidemiológica y su capacidad para responder rápidamente en caso de que la transmisión se reanudara. La Directora agregó que el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas era uno de elementos clave de la cooperación técnica que presta la Oficina en el área de inmunización, por lo que sería importante preservarlo para garantizar una cobertura amplia y continua.

343. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: informe final (documento CE158/INF/12)

344. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP), al presentar el informe final sobre la estrategia y plan de acción regionales, señaló que el objetivo del trabajo emprendido había sido brindar apoyo a los países de la Región para que cumplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes. En un informe interino sobre los progresos alcanzados que se presentó al

Consejo Directivo en el 2013 se había subrayado la necesidad de realizar un esfuerzo continuo para reducir la mortalidad neonatal abordando los factores determinantes y las inequidades que persistían. En el informe final (documento CE158/INF/12) se describieron los resultados del trabajo realizado durante el período de vigencia de la estrategia y el plan de acción (2008-2015), las enseñanzas extraídas y los obstáculos que se deben salvar, así como las acciones recomendadas para el futuro (párrafos 14 a 16).

345. Aunque se había logrado mucho, la mortalidad neonatal prevenible seguía causando gran preocupación en algunos países. En algunas poblaciones, la tasa de atención prestada por personal capacitado en los servicios de parto no llegaba al 80%. En muchos casos, la calidad de la atención y el cumplimiento de normas basadas en datos científicos en los servicios de atención al recién nacido eran limitados. La aplicación de intervenciones comunitarias variaba mucho dentro de los países y entre un país y otro. Por consiguiente, era esencial seguir avanzando en los progresos alcanzados en las cinco áreas estratégicas presentadas en la estrategia y plan de acción y poner en práctica las acciones previstas en iniciativas mundiales relacionadas, como la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (2016-2030)¹³ y el *Plan de acción mundial Todos los recién nacidos*.¹⁴

346. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso alcanzado, pero subrayó la necesidad de que haya un compromiso y esfuerzo permanentes para no perder el terreno ganado y poder abordar los problemas que persisten. El Comité también expresó su apoyo a las recomendaciones de emprender acciones en el futuro, tal como se plantea en el informe final, particularmente la recomendación de compaginar los esfuerzos regionales con las iniciativas mundiales pertinentes. A este respecto, a la Oficina se le pidió que facilitara más detalles sobre una propuesta formulada en el informe de establecer mecanismos para adoptar las metas y objetivos estratégicos del *plan de acción mundial Todos los recién nacidos*.

347. Se instó a aquellos Estados Miembros que aún no lo habían hecho a poner en marcha un plan nacional sobre la salud del recién nacido. Se hizo hincapié en la importancia de las intervenciones que tenían como objetivo abordar los factores determinantes de prematuridad, defectos congénitos, septicemia y asfixia, así como en la necesidad de identificar soluciones a los problemas relativos a la cobertura y la calidad de la atención durante el parto. Se indicó que la detección y el tratamiento tempranos de las anomalías y otros trastornos congénitos eran fundamentales para reducir la mortalidad neonatal. Se subrayó además la necesidad de emprender acciones conjuntas para contrarrestar la amenaza planteada por el virus del Zika, en particular considerando sus posibles consecuencias para la salud del lactante y el niño, y se hizo énfasis en el valor de compartir estrategias e intervenciones fructíferas para afrontar la infección por el virus del Zika y otros desafíos.

¹³ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>.

¹⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf.

348. El doctor de Francisco Serpa acotó que el brote de infección por el virus del Zika en la Región había servido para poner de relieve las brechas en los programas de salud materna y neonatal y destacar la necesidad de fortalecer esos programas y garantizar que la atención prenatal y los servicios de partos sean de buena calidad y dispongan de personal capacitado. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros con ese fin. Con respecto al plan Todos los recién nacidos, explicó que la Oficina no estaba proponiendo que se modificaran los elementos del plan; solo deseaba que se subrayara la necesidad de contar con planes nacionales y de fortalecer los sistemas de información y mejorar la calidad de atención donde fuese necesario.

349. La Directora señaló que el avance en la reducción de la mortalidad neonatal prácticamente se había estancado en los cinco últimos años, y agregó que podría ser difícil lograr una mayor reducción de las muertes prematuras de recién nacidos porque tales casos a menudo requieren amplios servicios de nivel terciario. Sin embargo, indicó que era optimista y que le parecía posible seguir reduciendo el número de defunciones de recién nacidos por causas prevenibles mejorando el acceso a la atención médica, velando porque la atención primaria sea de buena calidad y abordando las desigualdades y otros determinantes sociales que estuvieran estrechamente correlacionados con el aumento de la mortalidad neonatal. Además, la actual epidemia del zika indudablemente repercutiría en las tasas de mortalidad neonatal. Se necesitaría una vigilancia epidemiológica sólida para determinar, en las defunciones de lactantes, cuáles se debían a la infección por el virus del Zika y cuáles a otras causas.

350. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE158/INF/13)

A. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Examen de mitad de período

351. La Delegada de México agradeció a la Oficina por su apoyo al organizar la XIV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, que se había celebrado en México y se había centrado en el uso de la tecnología de la información para promover los modos de vida saludables y combatir las enfermedades, especialmente las enfermedades no transmisibles.

352. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

353. Una delegada indicó que, aunque en el informe se incluía información sobre el alarmante incremento del número de embarazos en adolescentes menores de 15 años, había poca información sobre los esfuerzos que estaban realizando los Estados Miembros para aumentar el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y los servicios que se prestan en este ámbito. Tampoco se mencionaron las conexiones entre ese tema importante y la respuesta a la propagación del virus del Zika. Como se reconoció que muchos países de

la Región de las Américas tenían un acceso limitado a información sobre salud sexual y reproductiva y servicios relacionados dirigidos tanto a adolescentes como a mujeres adultas, el informe debería incluir qué acciones deberían tomarse para abordar tales deficiencias, así como los pasos necesarios para modificar las normas de género, que perpetuaban esa falta de acceso.

354. Otros delegados subrayaron la gravedad del problema de la violencia en adolescentes y jóvenes, incluida la violencia sexual. Se mencionó que la pobreza, la falta de educación e información y las deficiencias en el sistema de justicia eran factores que agravaban la violencia. Además, se señaló que la educación tiene un papel clave en la reducción de los embarazos en las adolescentes. Se subrayó la necesidad de adoptar un enfoque basado en los derechos que incorporara una perspectiva de género y tuviera en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, así como la importancia de un enfoque multisectorial y multidisciplinario. Diversos delegados describieron los esfuerzos que estaban realizando sus gobiernos para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes.

355. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa, (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) acotó que el plan de acción hacía un llamamiento en pro de actividades de promoción y reformas legales que tuvieran como objetivo garantizar que los adolescentes tuvieran acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, en el plan se abogaba a favor de la creación de capacidad en el personal de salud a fin de aumentar su competencia al responder a las necesidades de salud de los adolescentes y los jóvenes, y se reconocía la importancia de contar con un enfoque multidisciplinario y multisectorial que aborde los determinantes sociales de la salud. El plan estaba ajustándose para tener en cuenta amenazas más recientes, como el control y el tratamiento de la enfermedad por el virus del Zika, prestando especial atención a las embarazadas, incluidas las adolescentes. Subrayó que en el plan sí se adoptó un enfoque basado en los derechos, al instar a eliminar las prácticas de discriminación en cuanto al acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, incluidos los programas de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.

356. La Directora señaló que los adolescentes y los jóvenes requerían particular atención por parte de la Oficina y los Estados Miembros. En conjunto, los adolescentes y los jóvenes se asocian a muchos comportamientos de alto riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo del alcohol, los comportamientos sexuales de alto riesgo y el manejo bajo los efectos del alcohol. Agregó que aunque en términos generales el informe presentaba resultados positivos, tanto la Oficina como los Estados Miembros debían hacer mucho más para abordar las necesidades de los adolescentes y jóvenes en cuanto a la salud. La Oficina seguiría trabajando para garantizar un enfoque mucho más holístico, que considerara los retos que enfrentan los jóvenes y los factores sociales y culturales pertinentes. La Directora agregó que había pocas probabilidades de que los adolescentes y los jóvenes solicitaran atención de salud por voluntad propia, por lo que era hora de replantearse cuál era la mejor manera de llegar a ellos.

357. El Comité tomó nota del informe.

C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período

358. Se señaló que, aunque en el informe se proporcionaba un resumen útil acerca del progreso y las dificultades en lo que respecta a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región, no se abordaban claramente las cuatro líneas estratégicas de acción presentadas en el plan de acción, por lo que se solicitó a la Oficina proporcionar el Consejo Directivo información sobre el progreso con respecto a estas líneas de acción. También se solicitaron detalles adicionales acerca de la labor del Grupo de Trabajo Interamericano sobre las ENT. Se consideró importante que todos los países compartieran sus resultados para que hubiera un mayor conocimiento en general; se indicó que ello podría hacerse a través del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades no Transmisibles. También se consideró esencial que los países tuvieran políticas públicas que adoptaran un enfoque integral en cuanto a las ENT, y que se estableciera una cooperación intersectorial entre los gobiernos, las ONG y los círculos académicos. Se sugirió que crear conciencia entre los líderes políticos y los funcionarios de alto nivel de otros sectores acerca del costo que tienen para sus países las muertes por las ENT podría ser un medio eficaz para convencerlos acerca de la necesidad de emprender una acción concertada para combatirlas. Se observó la necesidad de lograr un equilibrio entre las actividades realizadas y los recursos invertidos en las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

359. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) coincidió con los planteamientos relativos a la importancia de la participación multisectorial y subrayó el valor de intercambiar entre los Estados Miembros información sobre las iniciativas que habían arrojado los resultados previstos. El Foro Panamericano realmente podría servir de mecanismo para intercambiar información, aunque la capacidad de la Oficina para trabajar con el Foro estaría limitada mientras estuviese pendiente el asunto del FENSA (véanse los párrafos 264 a 277). Instó a los Estados Miembros a aplicar el Convenio Marco para el Control del Tabaco, a tomar medidas para prevenir el consumo nocivo de alcohol, a crear políticas y programas sobre la nutrición y a promover la actividad física. También instó a los Estados Miembros que aún no lo habían hecho a poner en práctica un plan nacional sobre el control de las ENT a más tardar a fines del 2016.

360. La Directora, subrayando la importancia de que los ministros de finanzas y los jefes de Estado se comprometieran con las actividades de prevención y control de las ENT, dijo que la Oficina estaba cooperando con varias instituciones académicas para recopilar datos sobre las repercusiones económicas de tales enfermedades. En sus encuentros con funcionarios nacionales, constantemente había observado la convicción de que la respuesta al problema de las ENT se encontraba en un cambio de comportamiento por parte del individuo, lo cual, aunque sin duda era importante, no representaba la manera más eficaz de afrontar las ENT. Para lograr el máximo efecto era necesario emprender acciones multisectoriales. Además, se esperaba conseguir el poder político necesario mediante el Grupo de Trabajo Interamericano, pero también era necesario plantear el asunto ante

organismos subregionales como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Comunidad de los Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC).

361. El Comité tomó nota del informe.

D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período

362. Se señaló que parecía haber deficiencias significativas en las cifras relativas al consumo de alcohol como causa subyacente de enfermedades. Una delegada señaló que, según los resultados de una encuesta realizada recientemente en su país, mientras que el consumo de tabaco estaba disminuyendo gracias a la adopción de medidas legislativas y de otro tipo, el consumo de alcohol estaba aumentando, pero tal aumento no necesariamente estaba reflejándose en las estadísticas generadas por los sistemas de información sanitaria del país. La delegada subrayó la necesidad de usar información fidedigna y de alta calidad como base para la toma de decisiones, y de que el personal de salud esté más consciente de la importancia de informar sobre el consumo de alcohol. También hizo énfasis en la necesidad de reglamentar la publicidad de las bebidas alcohólicas. Otra delegada describió las medidas que se estaban adoptando en su país para prevenir el consumo nocivo de alcohol, en particular un aumento de los impuestos a las bebidas alcohólicas; la delegada explicó que una porción predefinida de los ingresos generados por este concepto estaba asignándose a la promoción del deporte y el tratamiento de la adicción.

363. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) dijo que parecía que no se habían reconocido lo suficiente los efectos adversos del consumo de alcohol, que era una causa significativa de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región. El funcionario agregó que respecto al nivel de consumo de alcohol, la Región de las Américas solo era superada por Europa; además, tenía un problema con los episodios de consumo excesivo de bebidas alcohólicas en las mujeres y era una de las regiones donde el consumo de alcohol en los adolescentes se iniciaba a más temprana edad. El consumo de alcohol se había vinculado no solo con las ENT sino también con las enfermedades transmisibles, así como con la violencia y las colisiones en las vías de tránsito. Sin embargo, a pesar de los datos acerca de sus efectos perjudiciales, poco se había hecho para prevenir el consumo nocivo de alcohol, cuyos efectos negativos superaban cualquier beneficio potencial. De hecho, a nivel de la población, ahora se reconocía que no había indicios de que el consumo de alcohol tuviera algún efecto beneficioso. Resultaba evidente que faltaba mucho por hacer para concientizar acerca del consumo del alcohol como un grave problema de salud pública.

364. La Directora observó que el consumo de alcohol estaba arraigado profundamente en la cultura de muchos países de la Región. Por otro lado, en la mayoría de los países hay una próspera industria de las bebidas alcohólicas, por lo que reducir el consumo de alcohol sería muy difícil. Aunque la resolución CD51.R14 se refería al “consumo nocivo de alcohol”, no se había definido lo que es “nocivo”; ahora, algunos habían adoptado la

posición de que cualquier nivel de consumo de alcohol era nocivo, por lo que abogaban a favor de llevar el consumo a cero. Vender esa idea a las comunidades de la Región implicaría librar una ardua lucha cuesta arriba.

365. El Comité tomó nota del informe.

*E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública:
Examen de mitad de período*

366. Se expresó un fuerte apoyo a la adopción de una estrategia de salud pública para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, y se elogiaron los esfuerzos de la Oficina para que se tenga una mayor conciencia sobre el tema. También fue objeto de elogios el trabajo que la Oficina ha realizado con los Estados Miembros para garantizar que todas las personas que tengan un problema por el abuso de sustancias tengan acceso a la atención que necesitan. Se subrayó la necesidad de emprender acciones integrales multisectoriales para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas. Al mismo tiempo, se destacó la función clave que tienen las autoridades sanitarias en los esfuerzos por combatir el problema. Se consideró particularmente importante que el sector de la salud esté a la cabeza de los esfuerzos por reducir la demanda de drogas ilícitas mediante una estrategia de salud pública que incluya a todos los actores sociales y ponga de relieve las repercusiones del uso y tráfico ilícito de drogas no solo en la salud, sino también en la seguridad de las personas, la economía nacional y la competitividad internacional de un país. Se destacó la importancia de las actividades de promoción para lograr asignar de manera equilibrada y coordinada los recursos y las acciones que tienen como objetivo reducir el suministro de drogas.

367. Se señaló que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial con las drogas, que tuvo lugar en abril del 2016, representó un punto decisivo en los esfuerzos mundiales por tratar el consumo y el abuso de drogas. Los miembros de la comunidad mundial se habían comprometido a aumentar el uso de estrategias de salud pública para lograr un enfoque más equilibrado frente al problema mundial de las drogas. Se alentó a la Oficina a seguir colaborando con asociados como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Comisión de Estupefacientes y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas para promover la adopción de una estrategia de salud pública frente al tema. Se consideró que tal colaboración era fundamental para fomentar acciones multisectoriales en las áreas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración social de las personas con problemas por el consumo de sustancias psicoactivas.

368. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) coincidió con que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas realmente había representado un punto decisivo en cuanto a los enfoques mundiales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, aún había mucho trabajo por hacer, y la Oficina

seguiría trabajando estrechamente con los Estados Miembros para aplicar estrategias de salud pública con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en la Región.

369. El Comité tomó nota del informe.

F. Situación de los Centros Panamericanos

370. Un delegado, luego de destacar los importantes aportes que los centros panamericanos habían brindado al trabajo técnico de la OPS, expresó preocupación acerca de la situación del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que parecía estar enfrentando una crisis institucional, pues recientemente había perdido a más de 30 funcionarios de su nómina, no tenía Director y tuvo que mudarse a unas oficinas donde tenía que pagar alquiler. El delegado solicitó información adicional sobre la viabilidad de BIREME en cuanto a su funcionamiento.

371. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) respondió que ya se había seleccionado a un nuevo Director para BIREME, quien estaría asumiendo el cargo a más tardar el 1 de agosto del 2016. La Oficina estaba negociando un nuevo convenio de cooperación con el Ministerio de Salud del Brasil para garantizar el financiamiento del centro, con lo cual podría continuar en funcionamiento. Este acuerdo nuevo tendría una cláusula que garantizaría el pago del alquiler y que BIREME seguiría funcionando a plenitud. Entretanto, la Oficina había estado proporcionando fondos a BIREME, que también obtuvo ingresos de los proyectos realizados. El doctor Becerra alentó a los Estados Miembros a apoyar a BIREME utilizando sus servicios y productos.

372. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE158/INF/14)

A. Sexagésima novena Asamblea Mundial de la Salud

373. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP), al resumir los resultados de la sexagésima novena Asamblea Mundial de la Salud, subrayó el papel protagónico que varios representantes de la Región de las Américas tuvieron en las deliberaciones. La Región también se había distinguido por un grado alto de preparación para las sesiones y había presentado una posición regional unificada al menos en ocho puntos relacionados con asuntos prioritarios, lo que había tenido una repercusión significativa en el contenido de las políticas mundiales de salud pública respaldadas por la Asamblea de la Salud.

374. La Asamblea de la Salud había aprobado 25 resoluciones y 19 decisiones. Como la Asamblea había concluido tan solo unas semanas antes del inicio de la sesión del Comité Ejecutivo, la Oficina solo había tenido tiempo para preparar un análisis preliminar de las

implicaciones que tendrían estas resoluciones en la Región. Se suministraría información más detallada al Consejo Directivo.

375. Entre las resoluciones que podrían tener una repercusión en el orden del día del Consejo Directivo se encontraba la resolución WHA69.4, relativa a la 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, en la cual se instaba a hacer consultas regionales para analizar la hoja de ruta propuesta. Con respecto a la resolución WHA69.10 sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales, como se había indicado anteriormente (véanse los párrafos 264 a 277), se propuso agregar al orden del día del Consejo Directivo un punto sobre el tema, como parte de los Asuntos relativos a la política de los programas.

376. El contenido de la resolución WHA69.20 sobre el fomento de la innovación y el acceso a medicamentos pediátricos de calidad, seguros, eficaces y asequibles se había tenido en cuenta al elaborar el documento de política sobre el acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias (véanse los párrafos 103 a 117). De manera análoga, la resolución WHA69.22 sobre las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el período 2016-2021 se había tenido presente al elaborar el plan de acción regional propuesto con respecto a este tema (véanse los párrafos 138 a 149).

377. En el debate subsiguiente, varios delegados sugirieron que antes del Consejo Directivo debía celebrarse una reunión presencial para considerar el Marco para la colaboración con agentes no estatales (véanse los párrafos 264 a 277), a fin de que las delegaciones estuvieran mejor preparadas para los debates en el Consejo Directivo. Los delegados también apoyaron la idea de una reunión presencial y virtual. También se sugirió que podría ser beneficioso debatir antes de esa sesión los temas relativos al acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Se sugirió además que si se iban a celebrar varias reuniones presenciales, habría que programarlas con fechas muy cercanas, por razones de eficacia en los viajes.

378. La Directora coincidió con que analizar los temas principales con antelación podría facilitar los debates en la sesión del Consejo Directivo. Sin embargo, agregó que si las reuniones sobre estos tres puntos (FENSA, RSI, Medicinas) se celebran en Washington, D.C., era probable que solo pudiera participar cerca de la mitad de los Estados Miembros de la Organización. La Oficina no disponía de fondos para sufragar gastos de viaje, ni siquiera para los países prioritarios. Una solución podía ser organizar reuniones presenciales pero brindar la oportunidad de participar a distancia mediante una plataforma con conexión a Internet.

379. Se expresó apoyo a esa idea, y se señaló que el debate sobre el FENSA debería ser relativamente breve (un día), pues en la reunión no se reabría el contenido del marco; solamente se examinaría cómo se aplicaría en la Región.

B. Organizaciones subregionales

380. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) describió varias resoluciones y acuerdos sobre asuntos relacionados con la salud aprobados por distintas entidades de integración subregional de Centroamérica, el Caribe y América del Sur. Informó que el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) había debatido el Plan de Salud para Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 y se comprometió a incluir un enfoque relacionado con los determinantes sociales de la salud en todas las políticas del Sistema de Integración Centroamericana. También se había aprobado un plan de acción subregional para la prevención y el control de la infección por el virus del Zika en Centroamérica y República Dominicana. En la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), que se celebró en octubre del 2015, los participantes habían acordado, entre otras cosas, determinar la capacidad de los países para abordar el Protocolo para la Eliminación el Comercio Ilícito de los Productos de Tabaco, participar en las reuniones de la OMS sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y fortalecer la capacidad técnica del recurso humano para hacer un seguimiento al uso de plaguicidas.

381. En la subregión del Caribe, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de la Comunidad de Caribe (CARICOM) había debatido sobre la evaluación de la Cooperación para la Salud en el Caribe III (CCH III) y la elaboración de la CCH IV. El COHSOD también analizó diversas actividades en marcha con respecto a la cobertura universal de salud y la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH/sida, las estrategias para aumentar la cobertura de la vacunación e introducir vacunas nuevas, el fortalecimiento de los sistemas de información de salud y el sistema de reglamentación del Caribe para medicamentos y tecnologías sanitarias. Además, los Jefes de Gobierno del CARICOM se habían reunido para acordar las medidas que adoptarían los Estados Miembros para combatir la infección por el virus del Zika.

382. En América del Sur, en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) se había analizado un plan andino de salud en las fronteras. También se había tratado la compra de los medicamentos por medio del Fondo Estratégico de la OPS. En la Reunión de Ministros se había acordado una resolución sobre la eliminación de la rabia transmitida por perros y otra sobre la sangre segura. También se había debatido la gestión de riesgos en casos de desastres, incluidas las necesidades de las personas con discapacidad, y se había acordado elaborar un plan sobre salud materna con un enfoque intercultural.

383. En una reunión extraordinaria que se realizó en febrero del 2016, los ministros de Salud de MERCOSUR emitieron una declaración sobre la importancia de fortalecer el control de vectores en el contexto del brote de la enfermedad por el virus del Zika. La UNASUR llegó a un convenio con la OPS para ampliar el acceso a los medicamentos de alto costo mediante el Fondo Estratégico; además, estaba en proceso de aprobación un memorando de entendimiento entre la OPS y la UNASUR a fin de lograr una mayor cooperación. En una reunión que se celebró en junio del 2015, los viceministros de Salud

Sde la Alianza del Pacífico definieron su programa de acción en el ámbito de la salud y posteriormente solicitaron apoyo técnico a diversas organizaciones multilaterales, incluida la OPS.

384. La Oficina estaba en proceso de establecer nuevas estructuras subregionales en América Central y del Sur. Esto fortalecería su capacidad para brindar apoyo a los mecanismos de integración subregional, entre los cuales se observaba un creciente interés en asuntos relacionados con la salud. Estas nuevas oficinas subregionales, que estarían ubicadas en San Salvador y Lima, entrarían en funcionamiento a finales del 2016.

385. El Comité Ejecutivo agradeció la información suministrada. Se elogió la labor de la Oficina al ayudar a las organizaciones subregionales a alcanzar acuerdos significativos en temas relacionados con la salud, así como su apoyo en la toma de decisiones sobre medidas para combatir el brote por el virus del Zika.

386. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes.

Clausura de la sesión

387. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 158.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

388. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión:

Resoluciones

CE158.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 158.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE158/23 y Add. I);

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

Observando que 24 Estados Miembros no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2016,

RESUELVE:

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE158/23 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas pendientes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2016 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 20 de junio del 2016)

CE158.R2 Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CE158/21), que incluye el informe final del Plan de acción de hospitales seguros para el periodo 2010-2015,

RESUELVE:

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

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN
DEL RIESGO DE DESASTRES 2016-2021**

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CD55/__), que incluye el informe final del Plan de acción de hospitales seguros para el periodo 2010-2015;

Tomando en cuenta los avances en la implementación de las resoluciones Preparación y respuesta frente a los desastres (resolución CD45.R8), del 2004; Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los

desastres (resolución CSP27.R14), del 2007, y Plan de acción de hospitales seguros (resolución CD50.R15), del 2010;

Observando que la ejecución del Plan de acción de hospitales seguros (documento CD50/10) en el periodo 2010-2015 ha demostrado progresos y retos que han contribuido a la adopción de programas y políticas nacionales de hospitales seguros, a la ejecución de actividades para que todos los hospitales nuevos se construyan con un mayor nivel de protección y a la implementación de medidas para hacer frente al cambio climático en lo que respecta tanto a la adaptación como a la mitigación de los desastres para reforzar los establecimientos de salud existentes;

Recordando que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Acuerdo de París sobre el cambio climático, la Agenda para la Humanidad y el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 ratifican que la salud de la población es una prioridad en la reducción del riesgo de desastres, y que, por lo tanto, se debería prestar especial atención a la capacidad de respuesta ante fenómenos naturales, eventos derivados de la actividad del ser humano, incluidos aquellos de tipo ambiental, biológico y radiológico, y hacer énfasis en el acceso a los servicios de atención médica posterior a los desastres, la atención de las necesidades de los grupos de atención prioritaria, como las personas con discapacidad, los grupos étnicos y el enfoque de género, y la atención de la salud mental;

Tomando en cuenta las conclusiones de la Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de Salud en Managua (Nicaragua) de octubre del 2015, en la que 29 países y territorios de la Región identificaron los progresos en la reducción del riesgo de desastres y priorizaron la intervención en relación con las brechas existentes;

Consciente de la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros de la Organización implementar acciones para mejorar la protección de la salud de la población frente a emergencias y desastres,

RESUELVE:

1. Aprobar e implementar el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CD55/).
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fortalezcan los programas de respuesta ante emergencias y desastres del sector de la salud;
 - b) incorporen la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud en las políticas, los planes y presupuestos nacionales, y promuevan la integración de la salud en los planes y estrategias nacionales de reducción del riesgo de desastres;

- c) promuevan iniciativas en alianza con la comunidad científica y tecnológica, el sector académico y otros, para investigar, difundir y compartir las buenas prácticas de la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud, así como incorporar estas en la formación de los recursos humanos;
 - d) continúen ejecutando la iniciativa de Hospitales Seguros e incorporen los criterios de mitigación de las consecuencias de los desastres y la adaptación al cambio climático en las políticas, la planificación, el diseño, la edificación, el funcionamiento y la acreditación de los establecimientos de salud;
 - e) fortalezcan a nivel nacional el desarrollo y la actualización de conocimientos y procedimientos de los equipos de respuesta frente a emergencias y desastres;
 - f) impulsen el establecimiento de reservas estratégicas y la adecuada gestión de suministros críticos para la preparación, respuesta y recuperación temprana.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) colabore con los Estados Miembros en la coordinación y ejecución del Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 en los ámbitos nacional, subregional y regional;
 - b) apoye el desarrollo de metodologías, guías técnicas y sistemas de información para facilitar la evaluación del riesgo de desastres;
 - c) fomente el fortalecimiento de alianzas con organismos especializados a fin de movilizar los recursos humanos y financieros y la tecnología necesaria para mejorar la gestión del riesgo de desastres;
 - d) informe a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del presente plan de acción al final de cada bienio y elabore una evaluación final en el último año de vigencia.

(Primera reunión, 20 de junio del 2016)

CE158.R3 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CE158/20, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ARBOVIRALES

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (documento CD55/___);

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

Considerando los factores ambientales, sociales y biológicos que han facilitado que diferentes patógenos emerjan y reemerjan a escala mundial;

Reconociendo las dificultades que han impedido el control adecuado de los mosquitos, lo que ha dado lugar a la aparición y rápida dispersión de virus transmitidos por vectores artrópodos (arbovirus) en la Región de las Américas;

Consciente del impacto social y la carga económica generada como consecuencia de los brotes y las epidemias por enfermedades arbovirales;

Profundamente preocupado por las posibles manifestaciones graves y los desenlaces crónicos de las enfermedades virales nuevas en la Región;

Recordando la resolución CD44.R9 del 2003, en la que se adoptaba un nuevo modelo para la prevención y el control del dengue con la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-Dengue);

Reconociendo que el contexto epidemiológico actual requiere de una estrategia que aborde de manera integral las enfermedades arbovirales,

RESUELVE:

1. Adoptar la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CD55/) en el contexto de las condiciones particulares de cada país.

2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta las responsabilidades compartidas en los Estados federados y de acuerdo con sus necesidades y prioridades, a que:

- a) fortalezcan los sistemas de vigilancia para la detección temprana de los arbovirus emergentes y reemergentes, así como los sistemas de monitoreo de brotes y epidemias;
- b) elaboren una estrategia dirigida al control integrado de las arbovirosis (EGI-Arbovirus) en la que se tomen cuenta los componentes críticos de la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue y se introduzcan nuevas herramientas para la vigilancia de los arbovirus en los vectores y la prevención priorizada en las poblaciones de alto riesgo;
- c) fortalezcan los laboratorios de salud pública de índole nacional para garantizar la oportunidad y la calidad en los procesos de detección, diagnóstico y vigilancia por laboratorio de las enfermedades arbovirales;
- d) fortalezcan la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus en las Américas (RELDA) mediante el establecimiento de acuerdos entre los laboratorios y canales efectivos para el intercambio de material y producción científica;
- e) prioricen y movilicen los recursos necesarios para la implementación de la estrategia y cada uno de sus componentes.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) apoye la ejecución de la estrategia para mantener y fortalecer la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los países y territorios para abordar las enfermedades arbovirales;
- b) continúe fortaleciendo las actividades de la OPS y la OMS dirigidas a producir evidencia científica sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo y de protección de las enfermedades emergentes y reemergentes, nuevas y endémicas, en la Región;
- c) siga apoyando a los países y territorios, a petición de estos, prestando asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud a fin de abordar de manera articulada la vigilancia de las enfermedades arbovirales;
- d) facilite la cooperación de la OPS con los comités, los órganos y las relatorías de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano a fin de garantizar la implementación de la estrategia en los países y territorios de la Región;
- e) priorice la vigilancia y el control de las enfermedades arbovirales y considere la posibilidad de asignar los recursos necesarios para la ejecución de la estrategia.

(Segunda reunión, 20 de junio del 2016)

CE158.R4 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016 2020

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016 2020* (documento CE158/17, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA 2016-2020

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016 2020 (documento CD55/__), en el cual se propone poner en marcha iniciativas para acelerar la eliminación de la malaria, prevenir la reintroducción de la enfermedad y lograr las metas propuestas para el 2019 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo los importantes logros alcanzados en la reducción de la carga de la malaria en la Región durante la aplicación de la Estrategia y plan de acción sobre la malaria en las Américas 2011-2015 (resolución CD51.R9), como se refleja en el cumplimiento de las metas relacionadas con la malaria establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio gracias a los esfuerzos concertados de los Estados Miembros y sus asociados;

Consciente de que a pesar de estos logros, la malaria sigue siendo una grave amenaza para la salud, el bienestar y la economía de los pueblos y las naciones de la Región de las Américas, y que históricamente ha reaparecido en aquellas zonas donde se han debilitado el compromiso y los esfuerzos contra la enfermedad;

Consciente de que los esfuerzos para la eliminación de la malaria requerirán un fortalecimiento de la coordinación entre todos los asociados e interesados directos, la revisión y actualización de las políticas y los marcos estratégicos sobre la malaria para acelerar los esfuerzos hacia la eliminación de la enfermedad, una vigilancia sostenida y fortalecida a todos los niveles del sistema de salud, el compromiso sostenido de los interesados directos, métodos adaptados a los contextos específicos y la preparación para la etapa final de los esfuerzos para la eliminación de la malaria y la fase subsiguiente;

Considerando que en la resolución WHA68.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se aprobaron la estrategia técnica y las metas mundiales de la malaria para el período 2016-2030, se presenta una visión audaz de un mundo sin malaria y se establece la meta para el 2030 de reducir al menos en 90% las tasas de mortalidad y la incidencia de la

malaria a nivel mundial, eliminar la enfermedad por lo menos en otros 35 países e impedir su restablecimiento en aquellos países considerados libres de malaria en el 2015;

Reconociendo que el presente plan de acción es la plataforma para la ejecución de la estrategia mundial,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (documento CD55/___).
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades:
 - a) afirmen la permanente importancia de la malaria como una prioridad de salud;
 - b) revisen y actualicen los planes nacionales o establezcan planes nuevos para la eliminación de la malaria, invirtiendo los recursos apropiados y adoptando enfoques ajustados al contexto que aborden los determinantes sociales de la salud y prevean la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - c) fortalezcan la participación en las actividades para controlar la malaria, incluida la coordinación con otros países e iniciativas subregionales pertinentes sobre la vigilancia epidemiológica de la malaria, la gestión de la cadena de suministros, la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y los insecticidas, y el seguimiento y evaluación;
 - d) garanticen la disponibilidad de suministros clave para el control de la malaria, incluidos los medicamentos antimaláricos, mediante medidas eficaces de planificación y previsión de necesidades y utilizando, según corresponda, el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS para realizar compras conjuntas;
 - e) fortalezcan los servicios de salud y hagan los ajustes pertinentes para que concuerden con las directrices y recomendaciones de la OPS/OMS basadas en la evidencia sobre la prevención de la malaria y el manejo de casos;
 - f) mantengan el compromiso, tanto de los países donde la malaria es endémica como de aquellos donde la enfermedad no es endémica, al igual que de diversos sectores, de combatir la enfermedad, en particular en cuanto a mantener o incrementar las inversiones y el suministro de los recursos necesarios;
 - g) establezcan estrategias integradas y promuevan la creación de capacidad para eliminar la malaria e impedir que se restablezca su transmisión con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer y sustentar los sistemas nacionales de salud, la vigilancia, los sistemas de alerta y respuesta y otros programas de eliminación de enfermedades, teniendo en cuenta factores relacionados con el género, la etnicidad y la equidad social;

- h) redoblen los esfuerzos centrados en las poblaciones y los grupos ocupacionales más susceptibles y vulnerables;
 - i) promuevan la participación en la elaboración y la ejecución de un programa de investigación que aborde las brechas importantes en los conocimientos, las operaciones y la tecnología en torno a la eliminación de la malaria y en diversos contextos de la labor en torno a esta enfermedad en la Región.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye la ejecución del Plan de acción para la eliminación de la malaria y proporcione la cooperación técnica, incluidas las iniciativas para la formación de capacidad que necesiten los países para elaborar y ejecutar planes de acción nacionales;
 - b) coordine las iniciativas de alcance regional, en colaboración con los países y asociados, para eliminar la transmisión local de la malaria y evitar su posible restablecimiento en las zonas sin esta enfermedad;
 - c) brinde orientación acerca de la ejecución de los planes estratégicos nacionales para el control de la malaria;
 - d) continúe abogando por la movilización activa de recursos entre los países, así como a nivel mundial, y promoviendo la colaboración estrecha a fin de forjar alianzas estratégicas que brinden apoyo a la realización de actividades nacionales y transfronterizas, incluidas actividades dirigidas a poblaciones vulnerables y de difícil acceso;
 - e) emplee enfoques ajustados al contexto que aborden los determinantes sociales de la salud y prevean la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - f) informe a los Cuerpos Directivos acerca del progreso en la ejecución de este plan de acción y el logro de sus metas tanto a la mitad como al final del período de ejecución.

(Segunda reunión, 20 de junio del 2016)

CE158.R5 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Agradecer a la Sra. Amalia Lo Faso por sus años de servicio en el Comité de Auditoría de la OPS.
3. Nombrar al Sr. Claus Andreasen para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años, a partir de junio del 2016 hasta junio del 2019.

(Tercera reunión, 21 de junio del 2016)

CE158.R6 *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CE158/18, Rev. 1),

RESUELVE:

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

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL
DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016-2021**

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/__);

Considerando que el plan concuerda con las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el período 2016-2021, la Estrategia Mundial del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para 2016-2021 y el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3,¹ y que constituye una meta clara a largo plazo para poner fin a las epidemias del sida y de las infecciones de transmisión sexual como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030;

Refiriéndose al proyecto de resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2016 en el cual se apoyan los planes y las estrategias para alcanzar dicha meta a nivel mundial;

Consciente del impacto que estas epidemias tienen en la Región de las Américas, especialmente en las poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo la necesidad de reducir y eliminar el flagelo del estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las poblaciones clave y las personas con VIH;

Reafirmando que el plan proporciona continuidad y aprovecha los logros del plan estratégico regional anterior para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS (2006-2015) y la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (2010-2015);

Consciente del efecto sinérgico de la ejecución de este plan con otros planes y estrategias de la OPS aprobados por los Cuerpos Directivos;

Teniendo en cuenta que el plan refleja las prioridades y el compromiso de los Estados Miembros, la sociedad civil y los organismos multilaterales y bilaterales de poner

¹ Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (resolución A/RES/70/1 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015).

fin a las epidemias del sida y de las ITS en la Región de las Américas como problema de salud pública para el 2030,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/___).
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta sus contextos, necesidades y prioridades, a que:
 - a) sigan dando prioridad a la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS en las agendas nacionales del sector de la salud pública y de los sectores sociales;
 - b) fortalezcan la rectoría y la gobernanza de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con la participación activa de la sociedad civil, para efectuar intervenciones interprogramáticas y multisectoriales eficaces y coordinadas;
 - c) formulen, examinen y armonicen estrategias y planes nacionales para la infección por el VIH y las ITS, con objetivos y metas nacionales para el 2020 y el 2030, de acuerdo con las estrategias, los planes y las metas mundiales y regionales, e informen regularmente sobre el progreso;
 - d) fortalezcan los sistemas integrales de información estratégica para describir la epidemia de la infección por el VIH y las ITS y el proceso continuo de servicios para la infección por el VIH y las ITS, con datos más detallados para que se puedan hacer análisis subnacionales, de género y otros tipos de análisis de equidad;
 - e) elaboren y examinen regularmente normas y directrices en conformidad con las recomendaciones más recientes de la OMS y la evidencia científica;
 - f) realicen intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de promoción de la salud, prevención de la infección por el VIH y las ITS, diagnóstico, atención y tratamiento, adaptadas a las necesidades de poblaciones clave y de otras personas en situación de vulnerabilidad y basadas en las características epidémicas locales, que aborden el tratamiento integrado de las infecciones oportunistas, otras coinfecciones y comorbilidades;
 - g) continúen con las medidas en marcha para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, prestando especial atención al diagnóstico y el tratamiento de la sífilis materna y a la segunda fase de la estrategia de eliminación, que incluye la eliminación de la transmisión maternoinfantil de otras infecciones pertinentes para la salud pública, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en zonas endémicas;
 - h) elaboren y ejecuten planes y estrategias para la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos, haciendo hincapié en la resistencia gonocócica y

- la farmacorresistencia del VIH, y fortalezcan la capacidad de los laboratorios nacionales para vigilar la resistencia;
- i) adapten la prestación de servicios para la infección por el VIH y las ITS sobre la base de un enfoque centrado en la persona y en la comunidad, por medio de equipos multidisciplinarios que incluyan proveedores no profesionales capacitados, y una red integrada de servicios de salud que aumente la capacidad de resolución del primer nivel de atención, para abordar las necesidades clínicas y psicosociales de las personas con VIH, las poblaciones clave y otras personas en condiciones de vulnerabilidad según la epidemia local, con enfoques apropiados para la edad y desde el punto de vista cultural y lingüístico, a fin de lograr la equidad, maximizar el impacto, velar por la calidad y eliminar el estigma y la discriminación;
 - j) mejoren la integración de los servicios para la infección por el VIH y las ITS a fin de abordar adecuadamente la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, las coinfecciones del VIH, en particular con la tuberculosis, y las comorbilidades, con intervenciones específicas para reducir los daños causados por los trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y para detectar y tratar las enfermedades mentales de manera temprana;
 - k) fortalecer la capacidad de los laboratorios para detectar y diagnosticar la infección por el VIH, las ITS, las infecciones oportunistas y otras coinfecciones, así como para efectuar el seguimiento clínico, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS, priorizando el uso de medios de diagnóstico precalificados por la OMS y asegurando el empleo de prácticas de garantía de la calidad;
 - l) aseguren el suministro ininterrumpido de vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, condones y otros productos básicos estratégicos relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las infecciones oportunistas, que sean asequibles y de calidad garantizada, fortaleciendo las estructuras y los procesos de gestión de la cadena de suministro, entre ellos las proyecciones, las compras, el almacenamiento y la distribución;
 - m) fortalezcan la capacidad y las competencias técnicas de la fuerza laboral nacional de salud, y aborden y eliminen el estigma, la discriminación y otras formas de violación de los derechos humanos en el sector de la salud;
 - n) faciliten el empoderamiento de la sociedad civil y permitan su participación en el suministro de servicios eficaces y sostenibles de promoción de la salud, y de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS;
 - o) aumenten y optimicen el financiamiento público con equidad y eficiencia para la sostenibilidad de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, e integren las intervenciones de prevención, atención y tratamiento en servicios de salud integrales, universales y de buena calidad que se amplíen progresivamente según la necesidad y con un enfoque centrado en la persona, tomando en cuenta que, en la mayor parte de los casos, un gasto público de 6% del PIB destinado al sector de la salud es un punto de referencia útil;

- p) aumenten la eficiencia en la compra de productos básicos estratégicos por medio de mecanismos regionales y subregionales de negociación de precios y adquisiciones, como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico).
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye la ejecución de este plan de acción mediante un enfoque de cooperación técnica coordinado e interprogramático para abordar la integración de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS en la estrategia más amplia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y en conexión con otros planes y estrategias regionales;
 - b) apoye a los Estados Miembros en la formulación y el examen de estrategias y planes nacionales para la infección por el VIH y las ITS, con el establecimiento de metas y la revisión de los programas para monitorear el progreso;
 - c) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer los sistemas de información y las estrategias de vigilancia y monitoreo de la infección por el VIH y las ITS, y aumentar la capacidad de los países para generar información estratégica de buena calidad sobre la infección por el VIH y las ITS;
 - d) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación y el examen de políticas y normas, y la ejecución de intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, sobre la base de las recomendaciones más recientes de la OMS, velando por la calidad y la equidad;
 - e) brinde apoyo a los países para acelerar el progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, así como de otras infecciones transmitidas de madre a hijo que son pertinentes para la salud pública, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las zonas endémicas, y coordine el proceso de validación de la eliminación a nivel regional;
 - f) abogue por un entorno favorable que asegure el acceso a la salud para personas con VIH, las poblaciones clave y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad, promoviendo, a petición de los Estados Miembros, políticas, directrices e instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud que aborden la desigualdad de género, la violencia de género, el estigma, la discriminación y otras restricciones de los derechos humanos;
 - g) abogue por el empoderamiento de las personas y las comunidades y por su participación válida, eficaz y sostenible en el suministro de atención;
 - h) abogue por el aumento de la capacidad de la fuerza laboral nacional para proporcionar atención de buena calidad y centrada en la persona en servicios de salud sin estigmas ni discriminación;
 - i) abogue por el pleno financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS y la inclusión de intervenciones de prevención, atención y tratamiento de la

- infección por el VIH y las ITS en servicios de salud integrales, universales y de buena calidad que se amplíen progresivamente según la necesidad y con un enfoque centrado en la persona;
- j) apoye a los Estados Miembros por medio del Fondo Estratégico de la OPS para mejorar los procesos de compras, gestión del suministro y distribución a fin de asegurar el acceso ininterrumpido a vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, condones y otros productos básicos relacionados con la infección por el VIH y las ITS, que sean asequibles y de calidad garantizada, de acuerdo con la precalificación de la OMS;
- k) presente un examen de mitad de período a los Cuerpos Directivos en el 2018 y un informe final en el 2021.

(Cuarta reunión, 21 de junio del 2016)

CE158.R7 Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS (documento CE158/13);

Considerando la importancia de tener un método sólido, integral y objetivo que sirva de guía para la movilización y asignación de recursos en la Organización Panamericana de la Salud, que esté en consonancia con las mejores prácticas en el ámbito de la planificación estratégica, con los enfoques científicos y con los valores y la visión estratégica de la Organización;

Reconociendo el trabajo colaborativo de la Oficina Sanitaria Panamericana con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS y, especialmente, el entusiasmo y compromiso que mostró el grupo para cumplir con el mandato que le encomendara el 53.º Consejo Directivo (resolución CD53.R3 [2014]),

RESUELVE:

Recomendar que el 55.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**METODOLOGÍA PARA EL MARCO DE ESTRATIFICACIÓN
DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS
DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS**

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS* (documento CD55/___);

Considerando la importancia de tener una metodología sólida, objetiva y sistemática para aplicar el marco de estratificación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS;

Recordando que, en el 2014, el 53.o Consejo Directivo (resolución CD53.R3) solicitó a la Directora que continuara “realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros” para corregir las deficiencias, incluido un posible sesgo en el método original que pudiera haber dado un mayor peso —y, por lo tanto, una mayor jerarquía— a los programas orientados a las enfermedades y el hecho de que el método no tenía en cuenta los cambios en el paradigma regional y mundial de la salud pública;

Reconociendo el aporte, la colaboración y el compromiso invaluable del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS¹ al orientar a la Oficina en los amplios análisis de los diversos métodos de estratificación de prioridades que se realizaron para perfeccionar el método de Hanlon adaptado por la OPS;

Reconociendo que establecer prioridades de manera objetiva y sistemática puede tener un papel importante en el proceso de planificación estratégica y toma de decisiones, especialmente en un contexto de exigencias múltiples y recursos limitados;

Reconociendo la importancia de tener un método científico compatible con el contexto, los valores y la visión estratégica de la Organización, incluida la incorporación de componentes nuevos como la equidad y el factor de posicionamiento institucional de la OPS (el valor agregado de la Organización) que son exclusivos del método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS,

¹ A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 la Directora estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico a fin de que brinde orientación y observaciones con respecto a la puesta en marcha del proceso conjunto de seguimiento y evaluación, y el perfeccionamiento del marco de estratificación programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3). Está compuesto por doce integrantes designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo está presidido por México y Ecuador ocupa la copresidencia; Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.

RESUELVE:

1. Aprobar la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS*.
2. Concientizar sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS como una herramienta útil para la asignación de prioridades en el campo de la salud pública en la Región y a nivel mundial.
3. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:
 - a) participen activamente en las consultas nacionales y apliquen este método de una manera objetiva y sistemática como parte del proceso para la elaboración del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019;
 - b) consideren la adopción, la adaptación y el uso de este método a nivel nacional, en la medida en que sea apropiado y pertinente, a fin de fundamentar mejor la asignación de prioridades y, de esa manera, canalizar la asignación de los recursos limitados a donde puedan tener la máxima repercusión en el campo de la salud pública.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) aplique este método en la elaboración y ejecución del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019, trabajando en estrecha colaboración con los Estados Miembros y los asociados;
 - b) respalde la realización de consultas nacionales en todos los países y territorios de la Región, y promueva la aplicación sistemática del método de acuerdo con los componentes, criterios y directrices a fin de obtener el panorama más claro y exacto posible de las prioridades de la Región en cuanto a la salud pública;
 - c) informe sobre la aplicación de la estratificación programática para la movilización y la asignación de recursos en la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 que se presentará en el 2020;
 - d) brinde apoyo a la publicación del método de Hanlon adaptado por la OPS para contribuir al conocimiento científico regional y mundial sobre la asignación de prioridades en el ámbito de la salud pública y para promover esta innovación y sus resultados como mejores prácticas en este campo y un ejemplo del trabajo colaborativo de la Oficina y los Estados Miembros;
 - e) consulte a los Estados Miembros con respecto a las actualizaciones y mejoras de la metodología que se consideren necesarias para futuros planes estratégicos y programas y presupuestos, teniendo en cuenta las enseñanzas extraídas y las experiencias de los bienios anteriores.

(Quinta reunión, 22 de junio del 2016)

158.R8 *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022*

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CE158/19),

RESUELVE:

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

PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS Y LAS MEDIDAS POSTERIORES A LA ELIMINACIÓN 2016-2022

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/__);

Considerando que la Organización Mundial (OMS) de la Salud ha proporcionado un marco más completo para afrontar los problemas de la prevención, la eliminación y el control de enfermedades tropicales desatendidas a nivel mundial;

Considerando la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (2007), el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (Documento Oficial 345 [2014]), el informe sobre la 16.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16) (documento CD52/INF/3 [2013]), el Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (resolución CD53.R2 [2014]), la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14 [2014]) y el documento conceptual sobre La salud y los derechos humanos (resolución CD50.R8 [2010]);

Reconociendo el efecto de las enfermedades infecciosas desatendidas sobre la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y el estigma en la Región de las Américas, especialmente en los grupos de población de alto riesgo y los que se encuentran en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo que las enfermedades infecciosas desatendidas no solo reflejan, sino que acentúan las inequidades en la cobertura de los servicios de salud al afectar a los grupos de población en los márgenes económicos de la sociedad;

Reconociendo que las medidas de prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas desatendidas aplicadas en la niñez y en las mujeres en edad fértil de la Región pueden proteger a estos grupos vulnerables de enfermedades crónicas y agudas y de la muerte prematura, así como reducir el riesgo de padecer discapacidad y sufrir el estigma;

Reconociendo que algunas enfermedades infecciosas desatendidas representan también un riesgo para la fuerza laboral periurbana, rural y agropecuaria en la Región, y obstaculizan el desarrollo económico de individuos, familias y comunidades en riesgo;

Reconociendo que en la Región se han logrado la eliminación y la interrupción de la transmisión de varias enfermedades infecciosas desatendidas prioritarias y la eliminación de otras enfermedades infecciosas desatendidas como problema de salud pública;

Reconociendo que algunos países que han eliminado las enfermedades infecciosas desatendidas han ejecutado las medidas de monitoreo o vigilancia para la fase posterior a la eliminación a fin de prevenir la reintroducción o recrudescencia y consolidar la sostenibilidad;

Considerando que la prevención, la eliminación, el control ampliado, y el monitoreo y la vigilancia posteriores a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en la Región son posibles en cada país y territorio en el futuro previsible,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 (documento CD55/___).
2. Instar a todos los Estados Miembros, teniendo en cuenta su situación epidemiológica, contexto nacional y prioridades, a que:
 - a) otorguen prioridad a las enfermedades infecciosas desatendidas y a su eliminación como una prioridad importante de salud pública, promoviendo una respuesta completa e integrada basada en las recomendaciones de la OPS/OMS y establezcan metas específicas para afrontar los problemas que entrañan estas enfermedades, con la meta de eliminar cuantas sea posible de aquí al año 2022 o incluso antes;
 - b) fomenten las alianzas, iniciativas, sinergias y actividades interprogramáticas dentro y fuera del sistema de salud, involucrando a todos los asociados e interesados directos pertinentes, en especial la sociedad civil, en la prevención, la eliminación, el control y la vigilancia posteriores a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas;
 - c) promuevan mecanismos en cada país que garanticen la profesionalización y estabilidad del personal técnico y la continuidad política de las estrategias programáticas;

- d) establezcan estrategias específicas para la vigilancia y el manejo integrados de los vectores de las enfermedades infecciosas desatendidas y para fortalecer la prevención de determinadas zoonosis desatendidas mediante un enfoque de salud pública veterinaria y “Una salud”, incluida la colaboración con las áreas de sanidad y producción animal, así como las intervenciones de educación y extensión dirigidas a grupos poblacionales desatendidos clave y grupos en condición de vulnerabilidad, con participación de las comunidades afectadas y los interesados directos principales;
- e) apoyen la promoción del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo conexos mediante un enfoque centrado en el tratamiento integrado de la morbilidad y la prevención de la discapacidad en las personas y las familias afectadas por las enfermedades infecciosas desatendidas que causan discapacidad y generan estigma;
- f) apoyen la formulación de políticas, reglamentos y normas relacionadas con la salud, así como el desarrollo de capacidad, a nivel de país, con respecto a la vigilancia, el tamizaje, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas desatendidas tanto dentro como fuera de los entornos de atención (de conformidad con las orientaciones normativas basadas en datos de investigación emitidas por la OPS y la OMS), y velen por su ejecución, seguimiento y evaluación periódicos;
- g) promuevan la colaboración y la coordinación entre países en el monitoreo de los progresos realizados en el cumplimiento de las metas de eliminación y en el monitoreo y vigilancia en la fase posterior a la eliminación;
- h) velen por la inclusión de los medicamentos, los medios de diagnóstico y equipos relacionados con la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en las listas de medicamentos esenciales y los formularios nacionales; negocien la importación acelerada de medicamentos con los organismos de reglamentación, los servicios aduaneros y las autoridades impositivas nacionales, y promuevan el acceso a ellos mediante procesos de negociación de precios y mecanismos de compras nacionales y regionales como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS;
- i) fortalezcan la capacidad de los países de generar y difundir oportunamente información estratégica de calidad (incluidos mapas) sobre las enfermedades infecciosas desatendidas, desglosada por edad, sexo y grupo étnico;
- j) respalden la formulación de estrategias integradas para el suministro de agua potable, la higiene y el saneamiento básicos, las condiciones mejoradas de vivienda, la promoción de la salud y la educación sanitaria, el control de vectores y la salud pública veterinaria basadas en enfoques intersectoriales, teniendo en cuenta y abordando los determinantes sociales de la salud, para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, y asuman una función de liderazgo para propugnar ese enfoque al nivel más alto de autoridad;

- k) eliminen las barreras geográficas, económicas, socioculturales, legales, institucionales y por razones de género que obstaculizan el acceso universal equitativo a servicios de salud integrales por parte de los afectados por las enfermedades infecciosas desatendidas, siguiendo la estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) establezca un grupo consultivo técnico sobre la eliminación e interrupción de la transmisión en los seres humanos de las enfermedades infecciosas desatendidas que asesore a la Oficina Sanitaria Panamericana y, por conducto de esta, a los Estados Miembros;
 - b) apoye la ejecución del plan de acción, especialmente con respecto al fortalecimiento de los servicios para la vigilancia innovadora e intensificada de enfermedades y el manejo de casos (vigilancia, tamizaje, diagnóstico, atención y tratamiento) y la quimioterapia preventiva de las enfermedades infecciosas desatendidas como parte de la expansión de la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud en la Región de las Américas;
 - c) apoye a los Estados Miembros para que refuercen los sistemas nacionales y regionales de información y vigilancia de las enfermedades infecciosas desatendidas con objeto de monitorear los progresos realizados en el control y la eliminación, así como de brindar apoyo a la toma de decisiones, según la situación epidemiológica de los países;
 - d) preste asistencia técnica a los Estados Miembros para que amplíen a mayor escala las medidas para eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas, fortalezcan el manejo integrado de los vectores de estas enfermedades y refuercen la prevención de determinadas zoonosis desatendidas mediante un enfoque de salud pública veterinaria y “Una salud”, de acuerdo con las nacionales prioridades;
 - e) apoye a los Estados Miembros para que aumenten el acceso a medicamentos y productos básicos asequibles contra las enfermedades infecciosas desatendidas, incluso mediante los procesos de negociación de precios y otros mecanismos de adquisición sostenible;
 - f) promueva las asociaciones estratégicas, las alianzas y la cooperación técnica entre países de la Región al llevar a cabo las actividades incluidas en este plan de acción, teniendo en cuenta la meta futura previsible de la eliminación y la interrupción de la transmisión en seres humanos de determinadas enfermedades infecciosas desatendidas en la Región de las Américas;
 - g) presente una evaluación de mitad de período en el 2019 y un informe de evaluación final a los Cuerpos Directivos en el 2023.

(Sexta reunión, 22 de junio del 2016)

CE158.R9 *Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud*

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE158/22),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**ANÁLISIS DE LOS MANDATOS
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el *Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CD55/___), relacionado con la situación de las resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas en los últimos 17 años (1999–2015) así como las recomendaciones sobre el cierre y los requisitos de presentación de informes de dichas resoluciones;

Observando que numerosas resoluciones tienen un plazo abierto en cuanto a los requisitos de presentación de informes a los Cuerpos Directivos,

RESUELVE:

1. Refrendar las recomendaciones presentadas en el *Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CD55/___) sobre el cierre de resoluciones y la presentación de informes, lo que significa adoptar la práctica de presentar informes en un período de tiempo limitado, y cerrar aquellas resoluciones que han sido sustituidas en su totalidad por resoluciones posteriores o aquellas cuyos compromisos se consideran cumplidos.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) continúe con la práctica de definir los requisitos para la presentación de informes sobre la ejecución de las resoluciones, estableciendo una fecha final específica para la presentación de informes al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
 - b) presente análisis similares de las resoluciones al menos cada tres años para cerrar las resoluciones cuando corresponda.

(Sexta reunión, 22 de junio del 2016)

CE158.R10 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE158/31;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas de la escala modificada de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior;

Consciente de las disposiciones del artículo 020 del Reglamento del Personal y del artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana;

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

RESUELVE:

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2016, en cuanto a la responsabilidad financiera, notificación y entrada en vigor de los cambios de situación administrativa, licencia anual, aprobación, notificación y registro de licencia, y el examen médico antes del cese (véase el anexo).
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2016, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 175.034 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$136.024 (con familiares a cargo) o de \$123.080 (sin familiares a cargo).
3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2016, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$176.463 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$137.024 (con familiares a cargo) o de \$124.080 (sin familiares a cargo).
4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2016, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$194.136 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$149.395 (con familiares a cargo) o de \$134.449 (sin familiares a cargo).

Anexo

Anexo

**MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DEL PERSONAL
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

130 Responsabilidad financiera

Los miembros del personal deberán actuar con diligencia razonable en todo asunto que afecte los intereses financieros de la Organización, sus recursos físicos y humanos, sus bienes y sus activos.

580 Notificación y entrada en vigor de los cambios de situación administrativa

...

580.2 Se notificarán a los miembros del personal, por escrito y con antelación, los traslados a un puesto de grado inferior o las reducciones de sueldo; la notificación se dará con la antelación estipulada para la rescisión de contratos en el artículo 1050.3 del Reglamento.

630 Licencia anual

...

630.3 Todos los miembros del personal acumularán licencia anual, excepto:

...

630.3.3 los funcionarios en licencia por enfermedad con derecho al seguro que exceda de 30 días;

670 Aprobación, notificación y registro de licencia

La concesión de la licencia prevista en los artículos 625, 630, 640, 650 y 655 del Reglamento dependerá de las exigencias del servicio y habrá de ser aprobada previamente por los funcionarios competentes. Deberán tenerse en cuenta, en la medida de lo posible, las circunstancias personales del interesado. El funcionario será responsable de velar por que toda la licencia que se tome notifique y se registre sin demora.

1085 Examen médico antes del cese

Podrá solicitarse a los miembros del personal que antes del cese se sometan a un examen médico por el médico del personal o por uno que designe la Oficina. Si el miembro del personal no se somete a ese examen médico dentro de un plazo razonable fijado por la Oficina, quedarán desestimadas las reclamaciones contra ésta por accidente o enfermedad basadas en que el accidente o la enfermedad se produjeron antes de la fecha de cese efectivo; por tanto, la fecha efectiva de cese permanecerá invariable.

(Séptima reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R11 La salud de los migrantes

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de documento de política sobre *La salud de los migrantes* (documento CE158/16, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

LA SALUD DE LOS MIGRANTES

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política *La salud de los migrantes* (documento CD55/__);

Reconociendo que la migración humana es una de las prioridades más difíciles de abordar en el ámbito de la salud pública mundial;

Considerando que la Declaración Universal de Derechos Humanos y el derecho internacional reconocen el derecho de las personas a salir de cualquier país, incluido el propio, y que los derechos y las libertades establecidos en la Declaración, incluidos los derechos relacionados con la salud, pertenecen a todas las personas, incluidos los migrantes, refugiados y otros extranjeros;

Considerando el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Teniendo en cuenta que la difícil situación de los migrantes se ha reconocido cada vez más y su prominencia se refleja en la agenda internacional, más recientemente en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

Observando que por varios decenios los Estados Miembros de la OPS han asignado prioridad a la salud de las poblaciones de migrantes y desplazados, lo que ha dado lugar a arreglos para dar respuestas colaborativas, y reconociendo que la OPS ha aprobado varias resoluciones que promueven la incorporación del respeto de los derechos humanos y de la seguridad humana en las políticas, planes, programas y leyes nacionales relacionados con la salud para fortalecer la resiliencia de los miembros de las poblaciones de migrantes que se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad;

Observando que los Estados Miembros de la OPS han demostrado un interés cada vez mayor por la formulación de políticas y programas relacionados con la salud que aborden las inequidades en la salud y mejoren el acceso a los servicios;

Reconociendo que la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud, aprobada mediante la resolución CD53.R14 (2014), constituye un marco para las acciones de los sistemas de salud encaminadas a proteger la salud y el bienestar de los migrantes, y reconociendo los aportes de estrategias y mandatos anteriores de la OPS que han abordado este tema y están en consonancia con otras estrategias y compromisos afines, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030,

RESUELVE:

1. Apoyar el documento de política La salud de los migrantes (documento CD55/).
2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo a su contexto, a que:
 - a) utilicen este documento de política en sus iniciativas para generar políticas y programas de salud destinados a abordar las inequidades en la salud que afectan a los migrantes, al igual que para desarrollar intervenciones dirigidas a reducir los riesgos para la salud de los migrantes, mediante el fortalecimiento de los programas y servicios que sean sensibles a sus condiciones y necesidades;
 - b) lideren las iniciativas para modificar o mejorar los marcos normativos y jurídicos destinados a abordar las necesidades específicas de salud de las personas, las familias y los grupos migrantes;
 - c) avancen hacia proveer a los migrantes acceso al mismo nivel de protección financiera¹ y de servicios de salud integrales, de calidad y ampliados progresivamente del que gozan otras personas que viven en el mismo territorio, independientemente de su condición migratoria o legal.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) utilice el documento de política La salud de los migrantes a fin de aumentar la promoción de la causa y promover la movilización de recursos nacionales para formular políticas y programas que sean sensibles a las necesidades de salud de las poblaciones de migrantes;
 - b) establezca medidas, recursos técnicos y herramientas para brindar apoyo a la inclusión de los elementos de política propuestos en el programa de trabajo de la OPS;

¹ La protección financiera, tal como se establece en la Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]), es un medio para “avanzar hacia la eliminación del pago directo [...] que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos”.

- c) fortalezca la coordinación interinstitucional y los mecanismos de colaboración para lograr sinergias y eficiencias en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas y, en particular, con la Organización Internacional para las Migraciones, el sistema interamericano y otros interesados directos que trabajan para mejorar la salud y la protección de los migrantes en los países de origen, tránsito y destino;
- d) facilite el intercambio de experiencias exitosas entre los Estados Miembros y genere un repositorio de información sobre las experiencias relevantes en los países de la Región de las Américas.

(Séptima reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R12 Los sistemas de salud resilientes

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de documento de política sobre *Los sistemas de salud resilientes* (documento CE158/14),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

LOS SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política sobre *Los sistemas de salud resilientes* (documento CD55/__);

Teniendo presente que la situación de la salud en la Región de las Américas ha mejorado considerablemente en los últimos decenios, que las políticas sociales destinadas a mitigar la pobreza y mejorar la salud y el bienestar han dado lugar a mejoras considerables en la esperanza de vida y los resultados de salud, y que los sistemas nacionales de salud son más incluyentes y tienen mayor capacidad de respuesta;

Consciente de que las políticas que apoyan el desarrollo sostenido y la inversión en los sistemas de salud y la estabilidad social y económica contribuyen directa e indirectamente a mejorar la salud y el bienestar, y a la mitigación de la pobreza, la eliminación las inequidades y la resiliencia de los sistemas de salud;

Observando que los sistemas de salud siguen siendo muy vulnerables a los riesgos que afectan de forma importante la salud en los niveles local, nacional y mundial,

debilitando su capacidad de respuesta y anulando los avances en los resultados de salud y el desarrollo social y económico;

Profundamente preocupados por los brotes de enfermedades a escala mundial, como la enfermedad por el virus del Ébola, la fiebre de chikunguña y la enfermedad por el virus del Zika, que han puesto de relieve importantes deficiencias estructurales de los sistemas de salud, en particular con aquellas relacionadas con los sistemas de vigilancia, respuesta e información de salud, con la ejecución de las estrategias de prevención y control de las infecciones, con las competencias y capacidades de los profesionales de la salud, con el financiamiento de la salud y la movilización de recursos financieros, y con la organización y prestación de los servicios de salud;

Observando que los enfoques fragmentados de la preparación en el ámbito de la salud pública, incluida la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), representan un riesgo importante para la salud y el bienestar, así como para el desarrollo social y económico;

Recordando el artículo 44 del Reglamento Sanitario Internacional y el compromiso asumido por los Estados Miembros en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (2012) de fortalecer aún más la colaboración activa entre los Estados Partes, la OMS y otras organizaciones y asociados pertinentes, según corresponda, a fin de asegurar la implementación del RSI (resolución WHA65.23 [2012], documento A68/22, Add. I [2015] y resolución WHA68.5 [2015]), incluido el establecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas;

Reconociendo que, si bien los brotes de enfermedades y desastres causados por los fenómenos naturales y las consecuencias del cambio climático suponen riesgos graves e inmediatos para la salud y el bienestar de la población, otros factores internos y externos a más largo plazo —por ejemplo, la falta de desarrollo sostenido, la inestabilidad social, la rectoría y capacidad deficientes para implementar las funciones esenciales de salud pública, las transiciones demográficas, la migración y la urbanización acelerada, las crisis económicas, y la carga y repercusión cada vez mayores de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo correspondientes— afectan la sostenibilidad y capacidad de respuesta de los sistemas de salud e influyen en los resultados de salud;

Observando que los cambios económicos desfavorables siguen siendo uno de los principales riesgos que afectan la capacidad de respuesta, adaptabilidad y resiliencia de los sistemas de salud;

Consciente de que la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014), los valores de solidaridad y equidad, y el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud, incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, sientan las bases para el desarrollo continuo de los sistemas de salud en las Región de las Américas;

Reconociendo que la resiliencia es un atributo fundamental de los sistemas de salud bien desarrollados y que funcionan bien mediante el cual los actores de la salud, las instituciones y las poblaciones se preparan para afrontar las crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando surge una crisis y reorganizarse en función de las enseñanzas extraídas si las condiciones así lo exigen;

Teniendo presente que los sistemas de salud resilientes se fundamentan en información y evidencia, tienen mayor capacidad de respuesta, previsibles, complejos, adaptativos, sólidos, integrados y participativos, y centrados en las personas y las comunidades;

Consciente de que el nivel cada vez mayor de integración, migración, desastres y brotes regionales y mundiales de enfermedades pone de relieve la interdependencia de los sistemas nacionales de salud dentro del marco del sistema de salud mundial;

Recordando los marcos y acuerdos mundiales pertinentes, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, el Marco de Sendai para la Reducción de Riesgos de Desastres y el Reglamento Sanitario Internacional, así como los mandatos pertinentes de la OPS, en particular, la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud,

RESUELVE:

1. Apoyar el documento de política sobre *Los sistemas de salud resilientes* (documento CD55/).
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) apoyen el desarrollo de sistemas de salud y sociedades resilientes en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
 - b) desarrollen la resiliencia de los sistemas de salud mediante la integración de las actividades de las principales esferas de política, a saber, el fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, la reducción de riesgos y la vigilancia de la salud pública y el control de brotes de enfermedades, implementadas en el marco de los objetivos nacionales de desarrollo sostenible;
 - c) trabajen conforme a su contexto nacional para desarrollar gradualmente la resiliencia de los sistemas de salud en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - d) creen capacidad de reserva (trabajadores de la salud, financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias) para aumentar la respuesta de los servicios de salud en caso de que se presente un riesgo grave o sostenido para el sistema, y para apoyar y coordinar la respuesta de la red de servicios de salud a las necesidades de las personas y las comunidades;

- e) apliquen un enfoque holístico y multisectorial para el RSI, lo que incluye el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades y funciones establecidas en el RSI, como parte del fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, al incorporar el RSI en las políticas de salud y los procesos de planificación nacionales, en las medidas legislativas y los marcos regulatorios, y en las actividades para fortalecer la capacidad de las instituciones, las redes y los recursos humanos, a fin de responder a los brotes de enfermedades de importancia internacional; y trabajen con otros asociados para prestar apoyo a la implementación del RSI por los Estados Partes;
 - f) fortalezcan los sistemas de información de salud que apoyan la detección y el aislamiento de los riesgos para la salud pública, captan oportunamente los riesgos inminentes, y respaldan las respuestas medidas pero concretas, la presentación de información sobre la capacidad del sistema (por ejemplo, la prestación y utilización de los servicios de salud, la localización de recursos humanos, y la disponibilidad de financiamiento para la salud y de medicamentos y tecnologías sanitarias) y la toma de decisiones relacionada con la reorganización rápida de los sistemas y servicios de salud;
 - g) formulen marcos multisectoriales y ejecuten acciones multisectoriales orientados a la gestión del riesgo y a fortalecer la resiliencia del sistema de salud;
 - h) mantengan y aumenten las inversiones en los sistemas de salud y en las medidas para mejorar su resiliencia, de conformidad con las orientaciones establecidas en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - i) fomenten la investigación sobre las características de los sistemas de salud resilientes para generar más evidencia sobre las deficiencias y los nexos con la resiliencia del sistema.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) preste apoyo a los países, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la elaboración de planes y estrategias multisectoriales que apoyen la resiliencia del sistema de salud, y la mejora de la salud y el bienestar;
 - b) abogue frente a los países y los asociados por la importancia de los sistemas de salud resilientes y sus características, así como por las medidas integradas y de largo plazo requeridas para establecerlos;
 - c) siga prestando apoyo a los países en el fortalecimiento de sus sistemas de salud y en la formulación de planes nacionales para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - d) preste apoyo a la creación de capacidad de reserva en los sistemas de salud (trabajadores de la salud, financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias) para aumentar la respuesta de los servicios de salud en caso de que se presente un riesgo grave o sostenido para el sistema;

- e) apoye la respuesta de la red de servicios de salud a las necesidades de las personas y la comunidad;
- f) fomente un enfoque holístico para la aplicación del RSI mediante el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, y siga prestando cooperación técnica a los países en la evaluación de la preparación de los sistemas de salud para el caso de que sobrevenga un brote de enfermedad de importancia internacional;
- g) preste apoyo a los países en el desarrollo de sistemas de información de salud para mejorar la vigilancia y monitorear la capacidad de los sistemas de detectar, prever, adaptarse y responder;
- h) intensifique la cooperación en materia de desastres y otras actividades de reducción de riesgos dentro de los sistemas de salud, de valoración y evaluación de riesgos, y de gestión de riesgos, a fin de contribuir a la resiliencia de los sistemas de salud;
- i) siga fortaleciendo las actividades de la OPS para generar datos científicos sobre los sistemas de salud resilientes, fomentar la investigación sobre los sistemas de salud y elaborar métodos para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en situaciones de riesgo o presión;
- j) promueva el fortalecimiento de estrategias de cooperación regional que incluyan sistemas de información, identificación de necesidades reales y mecanismos de apoyo, a ser consideradas por los Estados a través de sus estructuras internamente definidas.

(Séptima reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R13 Premio OPS en Administración

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2016)* (documento CE158/5, Add. I), y

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

RESUELVE:

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS en Administración (2016) por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de su país y de la Región.
2. Sobre la base de la recomendación del Jurado, conceder el Premio OPS en Administración (2016) al doctor Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba, por sus meritorias contribuciones a la salud pública reflejadas en su liderazgo en la gestión y administración del Sistema Nacional de Salud de Cuba. El doctor Castell-Florit Serrate es reconocido por su trayectoria y aportes a la investigación y a la docencia de la gestión administrativa de los sistemas de salud, como lo corroboran los cargos que ha venido desempeñando y el extenso número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales.
3. Transmitir el Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2016) (documento CE158/5, Add. I) al 55.º Consejo Directivo.

(Octava reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R14 Premio OPS en Administración – Modificaciones de los procedimientos

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de modificaciones de los procedimientos para otorgar el Premio OPS en Administración (documento CE158/6, Rev. 2);

Considerando que en el 2015 el Comité Ejecutivo, en su 156.a sesión, aprobó la resolución CE156.R12, en la que solicitó que se revisaran los procedimientos generales para el otorgamiento de este premio, con miras a aumentar su importancia y alentar a los Estados Miembros a que presenten a candidatos que hayan demostrado excelencia en el ámbito de trabajo correspondiente;

En vista de que, de conformidad con la resolución CE156.R12, la Oficina Sanitaria Panamericana preparó modificaciones a los procedimientos que fueron revisadas por un grupo de trabajo conformado especialmente para este fin por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su 10.ª sesión,

RESUELVE:

1. Aprobar el cambio de nombre del premio a “Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud” y las modificaciones realizadas a los procedimientos para otorgar dicho Premio que se muestran en el anexo.

2. Transmitir los nuevos procedimientos para la adjudicación del “Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud” al 55.º Consejo Directivo.

Anexo

Anexo

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud

Procedimientos

1. Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la gestión de los sistemas y servicios de salud, y de reconocer los aportes y el liderazgo destacados en el diseño y la ejecución de iniciativas favorables a la gestión y la ampliación de servicios de salud integrales y de buena calidad en los sistemas de salud de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud está renombrando el Premio OPS en Administración como el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud. El premio se conferirá anualmente por medio de un concurso y consistirá en un diploma y la cantidad de US\$ 5.000. Esta suma será modificada, si fuese necesario, por el Comité Ejecutivo previa recomendación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. El premio se adjudicará al candidato que haya contribuido significativamente en su propio país o en la Región de las Américas a mejorar el desarrollo de los sistemas de salud; la organización, la gestión y la administración de los servicios de salud; la formulación de programas, proyectos o iniciativas con efectos comprobados en la cobertura y el acceso de la población a los servicios de salud; la ampliación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de toda la población, en particular, de quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad; la formulación de programas de calidad y de seguridad del paciente a nivel nacional o institucional; la organización y la gestión de los servicios de atención primaria a nivel comunitario; la formación de redes integradas de servicios de salud, en especial, de servicios hospitalarios; y la generación de conocimientos e investigación para lograr cambios en la prestación de servicios de salud. El premio se confiere en reconocimiento del trabajo realizado en los diez años precedentes.
3. Ningún funcionario actual ni anterior de la Oficina Sanitaria Panamericana o de la Organización Mundial de la Salud puede ser postulado para este premio por actividades desarrolladas en cumplimiento de sus funciones oficiales en la Organización.
4. El Jurado para la Adjudicación del Premio será seleccionado cada año durante la primera sesión del Comité Ejecutivo y su mandato tendrá validez solamente durante ese proceso de selección. El Comité Ejecutivo designará el Jurado constituido por el Presidente del Comité Ejecutivo y un delegado titular y un alterno de cada subregión. Si a pesar de que se nombren delegados alternos se produjese una vacante, el Presidente hará las gestiones para cubrirla. Cuando se presenten candidatos de los mismos Estados Miembros representados en el Jurado, el Presidente del Comité Ejecutivo designará al delegado alterno de la subregión correspondiente.
5. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana invitará a los Estados Miembros a que presenten un máximo de dos candidaturas. Asimismo, durante la primera semana de noviembre de cada año calendario, la Oficina emitirá la convocatoria para solicitar la

presentación de candidaturas. Los nombres de los candidatos propuestos por cada Estado Miembro deberán ser recibidos por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a más tardar el 31 de marzo del año del premio, junto con el curriculum vitae de los candidatos y la documentación que acredite los méritos del candidato. Esta documentación incluirá una descripción breve de la contribución de la labor del candidato en el ámbito pertinente (véase el artículo 2 más arriba). Para facilitar la labor del Jurado, la información necesaria sobre cada candidato se presentará en el formulario estandarizado que entregará la Oficina Sanitaria Panamericana y que se incluirá en la convocatoria. Este formulario y la documentación que acredite los méritos del candidato deberán completarse en su totalidad con respuestas explícitas a cada una de las preguntas. Se presentará el original de toda la documentación.

6. Las candidaturas recibidas por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana después del 31 de marzo no se considerarán para el premio.

7. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana hará llegar a los miembros del Jurado copias de la documentación presentada, con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de inicio de la sesión del Comité Ejecutivo del mes de junio. A fin de apoyar las deliberaciones del Jurado, la Oficina Sanitaria Panamericana también aportará observaciones técnicas y cualquier otra información sobre los candidatos que considere pertinente para estas deliberaciones.

8. El Jurado se reunirá y deliberará sobre los candidatos propuestos y presentará sus recomendaciones durante la semana de la sesión del Comité Ejecutivo. Para que una reunión del Jurado sea válida, deberán estar presentes por lo menos tres de sus miembros. Las deliberaciones del Jurado son confidenciales y no se deben comentar fuera de su seno. El Jurado formulará una recomendación al Comité Ejecutivo, aprobada por una mayoría de los miembros presentes. El Comité Ejecutivo adoptará la decisión definitiva de aceptar o rechazar las recomendaciones atinentes al Premio, con la posibilidad de que el Jurado vuelva a deliberar y a formular otras recomendaciones.

9. Los candidatos que no hayan sido elegidos podrán ser propuestos de nuevo para consideración siguiendo el procedimiento antes previsto.

10. La proclamación del ganador del Premio tendrá lugar durante el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.

11. El Premio será entregado al ganador en el transcurso de la reunión correspondiente del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana; el costo del viaje será sufragado por la Oficina Sanitaria Panamericana, que se encargará de hacer los arreglos correspondientes de conformidad con las normas y los reglamentos de la Organización Panamericana de la Salud.

12. Cuando dicha entrega no sea posible, las alternativas incluirán:

- a) recepción del Premio durante el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana, en nombre del candidato, por un miembro de la delegación de su país;
- b) entrega en el país de origen por el Representante de la OPS/OMS en nombre del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

13. Cualquiera que sea el método utilizado para entregar el Premio, este será objeto de la publicidad adecuada en los medios de comunicación, tanto por la Oficina Sanitaria Panamericana como por el gobierno interesado.

14. Estos procedimientos podrán ser modificados por el Comité Ejecutivo en cualquier momento que se juzgue oportuno en vista de la experiencia obtenida. Las modificaciones propuestas deben ser aprobadas por el Comité Ejecutivo y transmitidas al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana para su información.

(Octava reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R15 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración acerca de las *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE158/7);

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

RESUELVE:

1. Renovar las relaciones oficiales de trabajo entre la OPS y las siguientes organizaciones no gubernamentales¹ por un período de cuatro años:
 - a) la Coalición Caribe Saludable (HCC por su sigla en inglés),
 - b) el Colegio Interamericano de Radiología (CIR),
 - c) la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC),
 - d) la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC),
 - e) la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR),
 - f) la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH),

¹ En orden alfabético según el inglés.

- g) la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM),
 - h) la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).
2. Aprobar la solicitud presentada por Mundo Sano de entablar relaciones oficiales con la OPS por un período de cuatro años.
 3. Tomar nota del informe de progreso sobre el estado de las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.
 4. Solicitar a la Directora que:
 - a) informe a las organizaciones no gubernamentales respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) siga fomentando relaciones de trabajo dinámicas con las organizaciones no gubernamentales interamericanas de interés para la Organización en las áreas que se clasifican dentro de las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han aprobado para la OPS;
 - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud.

(Octava reunión, 23 de junio del 2016)

CE158.R16 El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de documento de política *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo* (documento CE158/15),

RESUELVE:

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

**EL ACCESO Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y OTRAS
TECNOLOGÍAS SANITARIAS ESTRATÉGICOS¹ Y DE ALTO COSTO****EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el documento *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo* (documento CD55/__);

Considerando que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como uno de sus principios básicos que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”; y observando que los países de la Región mediante la resolución CD53.R14 afirmaron el “derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”;

Recordando la resolución CD53.R14 (2014) sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como la resolución A/RES/70/1 de las Naciones Unidas, mediante la cual se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluido el objetivo 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”;

Reconociendo que mejorar el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias contribuye a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Tomando en consideración que adoptar y aplicar políticas, leyes, regulaciones y estrategias integrales contribuye a mejorar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos aquellos considerados estratégicos y de alto costo, así como la calidad de los servicios de salud y los resultados en materia de salud, asegurando al mismo tiempo la sostenibilidad de los sistemas de salud;

Teniendo en cuenta que varios medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo ahora se consideran esenciales y pueden mejorar considerablemente la calidad de vida y los resultados en materia de salud cuando se usan de acuerdo con las guías de práctica clínica basadas en la evidencia;

¹ Los “suministros estratégicos de salud pública” son productos que se ciñen a los siguientes criterios: figuran en la lista y han sido reconocidos y recomendados por un comité de expertos o grupo de trabajo de la OMS (por ejemplo, medicamentos esenciales, compuestos recomendados por el Plan de evaluación de plaguicidas de la OMS, Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el SIDA, etc.); están incluidos en los protocolos o algoritmos de diagnóstico recomendados por la OMS y se consideran sumamente eficaces para el tratamiento o la prevención de enfermedades; si se mantiene su disponibilidad ininterrumpida, ayudan mucho a mejorar las tasas de mortalidad y la calidad de vida de los pacientes o reducen al mínimo las posibilidades de farmacoresistencia en el tratamiento; enfrentan dificultades particulares en lo que se refiere a su obtención, la determinación del precio, las previsiones y la adquisición; y pueden realizarse economías de escala a medida que aumenta el volumen de las compras.

(http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1044&Itemid=989&lang=es#9)

Reconociendo que la adopción de algunos medicamentos y otras tecnologías sanitarias nuevos y de alto costo incorporados en los sistemas de salud no proporcionan un valor agregado sustancial, ya que desplazan tratamientos eficaces de menor costo;

Reconociendo la necesidad de mejorar el acceso mediante enfoques integrales centrados en la mejora de la disponibilidad, la asequibilidad y el uso racional en los sistemas de salud, así como los procesos de selección conforme fueran descritos en la resolución WHA67.22 de la Asamblea Mundial de la Salud;

Reconociendo asimismo los retos que afrontan actualmente los Estados Miembros para asegurar el acceso y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales:
 - a) adopten políticas o estrategias integrales nacionales, junto con marcos jurídicos y regulatorios, para mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias clínicamente efectivos y costo-efectivos, que tomen en consideración las necesidades de los sistemas de salud y todo el ciclo de vida de los productos médicos, desde la investigación y el desarrollo hasta la garantía de la calidad y el uso, incluidas la prescripción y la dispensación, y que desincentiven la demanda inapropiada de medicamentos y tecnologías sanitarias que son costosos e ineficaces, o que no ofrecen beneficios suficientes sobre alternativas menos costosas;
 - b) de manera de mejorar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud, i) fortalezcan las instituciones de salud, los mecanismos y las capacidades reguladoras para promover la buena gobernanza y las decisiones basadas en la evidencia sobre la calidad, seguridad, eficacia y el uso óptimo de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y ii) promuevan la transparencia y la rendición de cuentas en la asignación de recursos para medicamentos y otras tecnologías sanitarias;
 - c) evalúen y revisen regularmente los formularios y las listas de medicamentos esenciales a través de procesos de selección y mecanismos transparentes y rigurosos basados en la evidencia y sustentados en los métodos de evaluación de las tecnologías sanitarias para satisfacer las necesidades de salud;
 - d) promuevan mecanismos adecuados de financiamiento y de protección financiera para fomentar la sostenibilidad del sistema de salud, para mejorar el acceso y para avanzar hacia la eliminación del pago directo —barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios de salud—, a fin de evitar las dificultades financieras, el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos;

- e) trabajen junto con el sector farmacéutico para mejorar la transparencia y el acceso a la información oportuna e integral, incluso en relación con los costos integrales de la investigación y desarrollo y las tendencias, así como las políticas de precios y las estructuras de precios, la gestión de la cadena de suministro y las prácticas de compras, a fin de que mejoren la toma de decisiones, eviten el derroche y aumenten la asequibilidad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias;
- f) fortalezcan la capacidad institucional para producir evaluaciones de tecnología de calidad de nuevos medicamentos y otras tecnologías sanitarias antes de incorporarlos en los sistemas de salud, prestando especial atención a los que se considere que tienen un costo elevado;
- g) fomenten la competencia mediante estrategias integrales, que pueden incluir políticas de propiedad intelectual que tomen en cuenta la perspectiva de la salud pública considerando la maximización de la innovación relacionada con la salud, el establecimiento de incentivos y regulaciones que permitan la incorporación y adopción rápidas de medicamentos multifuente² genéricos de calidad o sus equivalentes terapéuticos, la reducción de aranceles y la adopción de mecanismos de compras conjuntas que limiten la fragmentación al mancomunar la demanda;
- h) adopten estrategias eficaces para mejorar el acceso a los productos de fuente única o de un número limitado de fuentes como, aunque sin limitarse a ello, las negociaciones transparentes nacionales e internacionales sobre precios, el reembolso, políticas y estrategias de precios y, cuando sea apropiado, el uso de las flexibilidades establecidas por la Declaración Ministerial de Doha sobre el acuerdo ADPIC;
- i) adopten medidas para promover el acceso a información imparcial y libre de conflictos de intereses sobre productos médicos para las autoridades de salud, los profesionales de la salud y la población en general a fin de promover el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias y de mejorar la prescripción y dispensación; y monitoreen el uso seguro y la efectividad de estos productos mediante sistemas sólidos de farmacovigilancia y tecnovigilancia;
- j) reconozcan el papel de los prescriptores en las decisiones relativas a las opciones de tratamiento, y proporcionen apoyo para mejorar las prácticas de prescripción para que sean adecuadas, éticas y basadas en el uso racional, con herramientas tales como las guías de práctica clínica, las estrategias educativas y regulaciones para abordar los conflictos de intereses entre prescriptores y fabricantes de productos médicos;
- k) desarrollen marcos, incluso por medio de consultas con todos los actores principales, que definan principios éticos que guíen, bajo la perspectiva de salud

² La OMS utiliza el término “producto farmacéutico multifuente” y lo define como un equivalente farmacéutico o alternativa farmacéutica que puede o no ser equivalente terapéutico. Los productos farmacéuticos multifuente que son equivalentes terapéuticos son considerados como intercambiables (WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, WHO Technical Report Series 937, 2006, disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14091e/s14091e.pdf>).

- pública, el desarrollo de publicidad y mercadeo farmacéuticos y de códigos de conducta que orienten el comportamiento ético de los visitantes médicos farmacéuticos;³
- l) promuevan la adopción de instrumentos para mejorar la calidad de los exámenes de solicitudes de patentes farmacéuticas y de otras tecnologías sanitarias, y para facilitar que los examinadores tengan acceso a la información necesaria para tomar las decisiones apropiadas;
 - m) promuevan el trabajo de las autoridades nacionales de salud y otras autoridades competentes, de acuerdo con el contexto nacional, con respecto a las patentes farmacéuticas y otras tecnologías sanitarias y a las prácticas de patentamiento, promoviendo la innovación relacionada con la salud y estimulando la competencia de mercado.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) proporcione apoyo a los Estados Miembros en la formulación de políticas y marcos jurídicos integrales⁴ para los medicamentos y las tecnologías sanitarias que promuevan el acceso a los medicamentos y a otras tecnologías sanitarias esenciales y estratégicos, incluidos los que se consideren de alto costo;
 - b) proporcione apoyo a los Estados Miembros en la formulación, el establecimiento y la revisión de marcos jurídicos y regulatorios, políticas y otras disposiciones nacionales que permitan la pronta entrada y la incorporación de medicamentos multifuente genéricos de calidad o de equivalentes terapéuticos mediante estrategias integrales desde una perspectiva de salud pública;
 - c) proporcione apoyo a los Estados Miembros en el aumento de la capacidad y la adopción de estrategias para mejorar la selección y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias sobre la base de evaluaciones de tecnologías sanitarias y otros enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud y la eficiencia;
 - d) promueva la cooperación y el intercambio de información, experiencias exitosas y capacidad técnica sobre la costo-efectividad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, las cuestiones de la cadena de suministro y las buenas prácticas de determinación de precios, entre otros, por medio de los canales y las redes de la OPS, y sintetice el progreso realizado por los Estados Miembros en áreas clave e informe al respecto;
 - e) siga fortaleciendo el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas para proporcionar apoyo permanente a los Estados Miembros en todos los aspectos relacionados con la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y tecnologías sanitarias de

³ Los visitantes médicos farmacéuticos también son conocidos como agentes de promoción y mercadeo farmacéutico o representantes comerciales.

⁴ De acuerdo con la resolución CD54.R9.

- calidad, incluso proporcionando una plataforma para apoyar a los Estados Miembros participantes en la consolidación de la demanda, la negociación y la compra de medicamentos de alto costo de fuente única o de fuentes limitadas;
- f) apoye y aliente a los Estados Miembros a fin de que elaboren y adopten marcos que definan principios éticos para orientar, desde la perspectiva de la salud pública, la elaboración de publicidad y mercadeo farmacéuticos y códigos de conducta que guíen el comportamiento ético de los visitantes médicos farmacéuticos;
- g) promueva la identificación y coordinación de iniciativas que aborden el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo en la Región a efectos de contribuir a su eficiencia y evitar duplicaciones.

(Novena reunión, 24 de junio del 2016)

CE158.R17 Orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 158.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD55/1) preparado por la Directora para el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE158/3, Rev. 1, y

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD55/1) preparado por la Directora para el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Novena reunión, 24 de junio del 2016)

Decisiones

Decisión CE158(D1): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada por el Comité (documento CE158/1, Rev. 3).

(Primera reunión, 22 de junio del 2015)

Decisión CE158(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió nombrar a Ecuador y Costa Rica, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Argentina y Estados Unidos de América fueron elegidos como representantes suplentes.

(Novena reunión, 24 de junio del 2016)

Decisión CE158(D3): Programación del excedente del presupuesto

El Comité Ejecutivo respaldó la propuesta de la programación del excedente del presupuesto según se establece en el documento CE158/24.

(Séptima reunión, 23 de junio del 2016)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del Comité Ejecutivo, la Delegada de Ecuador, y la Secretaria ex officio, la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en idioma español.

HECHO en Washington, D.C., a los veinticuatro días del mes de junio del año dos mil dieciséis. La Secretaria depositará los documentos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El informe final se publicará en la página Web de la Organización Panamericana de la Salud una vez que haya sido aprobado por la Presidenta.

Margarita Guevara Alvarado
Presidenta de la 158.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Delegada de Ecuador

Carissa Etienne
Secretaria ex officio de la
158.^a sesión del Comité Ejecutivo
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana

Anexo A

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Proyecto de orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

- 3.1 Informe de la 10.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración (2016)
- 3.3 Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos
- 3.4 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.5 Informe anual de la Oficina de Ética (2015)
- 3.6 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
- 3.7 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
 - 4.2 Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS
 - 4.3 Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS
-

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

- 4.4 Los sistemas de salud resilientes
- 4.5 El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo
- 4.6 La salud de los migrantes
- 4.7 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020
- 4.8 Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021
- 4.9 Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022
- 4.10 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales
- 4.11 Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
- 4.12 Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015
- 5.3 Programación del excedente del presupuesto
- 5.4 Programación del excedente de los ingresos
- 5.5 Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
- 5.6 Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital
- 5.7 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.8 Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021

7. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

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

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN

- 7.1 Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros
- 7.2 Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019
- 7.3 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 7.4 Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS)
- 7.5 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- 7.6 Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas
- 7.7 Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas
- 7.8 Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final
- 7.9 Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final
- 7.10 Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final
- 7.11 Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final
- 7.12 Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN (cont.)

7.13 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:

- A. Estrategia y plan de acción sobre *eSalud*: examen de mitad de período
- B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
- C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: examen de mitad de período
- D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: examen de mitad de período
- E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: examen de mitad de período
- F. Situación de los Centros Panamericanos

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

- A. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. oficial 351 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015

Documentos de trabajo

CE158/1, Rev. 1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE158/2 Representación del Comité Ejecutivo en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE158/3, Rev. 1 Proyecto del orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE158/4 Informe de la 10.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE158/5 y Add. I Premio OPS en Administración (2015)

CE158/6, Rev. 2 Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos

CE158/7 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE158/8 Informe anual de la Oficina de Ética (2015)

CE158/9 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE158/10 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

CE158/11, Rev. 1 Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Documentos de trabajo (cont.)

CE158/12	Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS
CE158/13	Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS
CE158/14	Los sistemas de salud resilientes
CE158/15	El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo
CE158/16, Rev. 1	La salud de los migrantes
CE158/17, Rev. 1	Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020
CE158/18, Rev. 1	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021
CE158/19	Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022
CE158/20, Rev. 1	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales
CE158/21	Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
CE158/22	Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud
CE158/23 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE158/24	Programación del excedente del presupuesto
CE158/25	Programación del excedente de los ingresos
CE158/26	Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
CE158/27	Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital
CE158/28	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE158/29	Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021

Documentos de trabajo (cont.)

CE158/30	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE158/31	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE158/32	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

Documentos de información

CE158/INF/1	Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros
CE158/INF/2	Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019
CE158/INF/3	Actualización sobre la reforma de la OMS
CE158/INF/4	Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS)
CE158/INF/5 y Add. I	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
CE158/INF/6	Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas
CE158/INF/7	Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas
CE158/INF/8	Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final
CE158/INF/9	Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final
CE158/INF/10	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final
CE158/INF/11	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final

Documentos de información (cont.)

- CE158/INF/12 Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final
- CE158/INF/13 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Estrategia y plan de acción sobre *eSalud*: examen de mitad de período
 - B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
 - C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: examen de mitad de período
 - D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: examen de mitad de período
 - E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: examen de mitad de período
 - F. Situación de los Centros Panamericanos
- CE158/INF/14 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Organizaciones subregionales

Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente: Dra. Margarita Guevara Alvarado (Ecuador)
Vice-President / Vicepresidente: Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)
Rapporteur / Relator: Dr. Rhonda Sealey-Thomas (Antigua and Barbuda)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rubén A. Nieto
Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegate – Delegado

Dra. Miguela Pico
Subsecretaria de Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Merciana Moxey
Senior Medical Officer
Department of Public Health
Ministry of Health
Nassau

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Esther Anchía
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Sra. Maureen Barrantes
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Viceministra de Gobernanza y Vigilancia
de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

Sr. Sebastián Jaramillo
Tercer Secretario, Representante Alterno
del Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis F. García Ruano
Viceministro Técnico de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Guatemala

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Ms. Emily Bleimund
Director, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Mr. Jose Fernandez
Global Health Security Agenda Team Lead
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Adriana Gonzalez
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Conor Harrington
Director
Office of Intellectual Property and Innovation
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

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

Ms. Leslie Hyland
Deputy Director
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Melissa Kopolow McCall
Health Advisor
Office of Economic and Development
Assistance
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Gabrielle Lamourelle
Deputy Director, Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Hannah Lobel
Attorney Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Ms. Rebecca Minneman
Malaria Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Katherine Monahan
Deputy Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Jacob Olivo
International Health Analyst, Americas
Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Laura Olsen
International Health Analyst
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Anne Snyder
Policy Analyst, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Jennifer Stradtman
Director for Technical Barriers to Trade
Office of the World Trade Organization and
Multilateral Affairs
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

Ms. Leslie Yang
Director for Agricultural Affairs
Office of Agricultural Affairs
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

Ms. Anne Yu
Deputy Director
Pandemics and Emerging Threats Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

BRAZIL/BRASIL

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves
Técnico Especializado de Assessoria de
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

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

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)**

CANADA/CANADÁ

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

Ms. Saman Muhammad
Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

Mr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Advisor
Department of Foreign Affairs, Trade
and Development
Ottawa

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer and Alternate
Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

COLOMBIA

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

EL SALVADOR

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

HONDURAS

Abog. Laura E. Mejía
Jefe, Unidad de Cooperación Externa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

MEXICO/MÉXICO

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

Lic. Jesús Schucry Giacomán Zapata
Representante Alternativo de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Iritzel Isolina Santamaría
Subdirectora Nacional de Planificación
de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Licdo. Cecilio Tejeira
Coordinador de la Dirección de Asuntos
Internacionales y Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PARAGUAY

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

Abog. Ricardo Chávez Galeano
Attaché
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

H. E. Ms. Thelma Patricia Phillip Browne.
Ambassador of Saint Kitts And Nevis to the
United States
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

Excmo. Sr. D. Jorge Hevia Sierra
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. José Manuel Calvar Moreno
Becario
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Ms. Vina HuLamm

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

Dr. Luiz A. de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Ms. Amy Finan
Ms. Tara Hayward

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Mr. Nicholas Treen
Mr. John Fox

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Ms. Karen Linda Ortiz Finnemore
Mr. Alfredo Campos Lacoba
Mr. Rafal Czarnecki

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

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

Dr. Carissa F. Etienne

**Advisors to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of the Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

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