



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

69.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017

CSP29/FR
29 de septiembre del 2017
Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
 Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales	6
Elección de la Mesa Directiva.....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.....	7
Establecimiento de la Comisión General	7
Adopción del orden del día	7
 Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	8
Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
A. Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
B. Salud en las Américas	12
Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	13
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de los Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago.....	14
 Asuntos relativos a la política de los programas	
Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado 2017).....	14
Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019.....	16
Nueva escala de contribuciones señaladas	19
Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.....	20
Política sobre etnicidad y salud.....	22
Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023	24
Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022	26
Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	28
Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022	31
Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas	34

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas	37
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016.....	38
Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2018-2021	40
Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités	
Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	40
Premios	
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017).....	41
Asuntos de información general	
Actualización sobre la reforma de la OMS	41
Centros colaboradores de la OPS/OMS	42
Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final.....	43
Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final	46
Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final.....	49
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).....	51
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	53
A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso	54
B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso	55
C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período.....	56
D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso	56
E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso	57
F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período	58
G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período.....	59
H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período	59
I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período.....	59

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos de información general (cont.)	
Informes de progreso sobre asuntos técnicos (cont.)	
J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período.....	60
K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso	61
L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso.....	62
M. Situación de los Centros Panamericanos.....	63
Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	63
A. 70. ^a Asamblea Mundial de la Salud	63
B. 47.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos	63
C. Organizaciones de integración subregional	63
Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA).....	64
Proyecto de nota conceptual con miras al Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS, 2019-2023	65
Otros asuntos	69
Clausura de la sesión.....	69
Resoluciones y decisiones	
<i>Resoluciones</i>	
CSP29.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas	70
CSP29.R2: Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.....	71
CSP29.R3: Política sobre etnicidad y salud.....	73
CSP29.R4: Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022.....	75
CSP29.R5: Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado).....	77
CSP29.R6: Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019	78
CSP29.R7: Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el período 2018-2021	80
CSP29.R8: Elección de Tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago	81

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)

Resoluciones (cont.)

CSP29.R9:	Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	81
CSP29.R10:	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.....	82
CSP29.R11:	Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023.....	83
CSP29.R12:	Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022.....	85
CSP29.R13:	Nueva escala de contribuciones señaladas.....	88
CSP29.R14:	Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2018.....	90
CSP29.R15:	Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	94
CSP29.R16:	Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas.....	97

Decisiones

CSP29(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	98
CSP29(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva.....	99
CSP29(D3)	Establecimiento de la Comisión General.....	99
CSP29(D4)	Adopción del orden del día.....	99

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre del 2017.

2. El doctor Nickolas Steele (Ministro de Salud y Seguridad Social, Granada, Presidente saliente de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo del doctor Steele, la doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana), el doctor Thomas Price (Secretario de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América), el Excmo. Sr. Nestor Mendez (Subsecretario General, Organización de los Estados Americanos) y el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director General, OMS). Los respectivos discursos pueden encontrarse en el sitio web de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Barbados, El Salvador y Uruguay para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CSP29[D1]).

Elección de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CSP29[D2]):

<i>Presidencia:</i>	Paraguay	(Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández)
<i>Vicepresidencia:</i>	Guyana	(Excma. Sra. Volda Lawrence)
<i>Vicepresidencia:</i>	Panamá	(Dr. Miguel Mayo Di Bello)
<i>Relatoría:</i>	Canadá	(Sra. Lucero Hernández)

5. La Directora fue la Secretaria *ex officio* y la Directora Adjunta, la doctora Isabella Danel, actuó como Secretaria Técnica.

¹ Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=es

Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

6. Se informó a la Conferencia que no sería necesario establecer un grupo de trabajo, dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Bolivia, Cuba y Estados Unidos de América para integrar la Comisión General (decisión CSP29[D3]).

Adopción del orden del día (documento CSP29/1, Rev. 2)

8. La Directora propuso que se agregaran tres puntos al orden del día provisional que figuraba en el documento CSP29/1: una actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas, un proyecto de nota conceptual con miras al decimotercer programa general de trabajo de la OMS 2019-2023 y un informe sobre la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés). Explicó que el 55.º Consejo Directivo, en la resolución CD55.R3, había solicitado la actualización sobre el FENSA y que la Secretaría de la OMS había solicitado que todos los comités regionales analizaran la nota conceptual sobre el decimotercer programa general de trabajo de la OMS.

9. En cuanto a la actualización sobre la situación del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), la Directora recordó que el 52.º Consejo Directivo había aprobado la resolución CD52.R5, en la cual se solicitaba al Director de la Oficina que asegurase que el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS fuese administrado, sin excepción, de una manera que respetase y cumpliera sus principios, objetivos y términos y condiciones. Sin embargo, en vista de la escasez de la IPV, era posible que la Oficina tuviera que manejarse fuera de los principios del Fondo Rotatorio, por lo que se necesitaría la autorización de los Estados Miembros.

10. La Conferencia acordó agregar los tres puntos propuestos por la Directora y adoptó el orden del día modificado (documento CSP29/1, Rev.1). La Conferencia también adoptó el programa de reuniones (documento CSP29/WP/1, Rev. 1 y decisión CSP29[D4]).

11. Posteriormente se publicó una nueva versión del orden del día (documento CSP29/1, Rev. 2) a fin de incorporar en el listado de los documentos un *corrigendum* publicado el 30 de octubre del 2017 (OD355, Corr.).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CSP29/2)

12. El doctor Rubén Nieto (Argentina, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2016 y septiembre del 2017, haciendo hincapié en los temas que habían sido examinados por el Comité pero que no habían sido transmitidos para su consideración a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y observando que informaría sobre los otros temas cuando fueran tratados por la Conferencia. Entre los temas que no se habían presentado a la Conferencia se encontraban los informes anuales de la Oficina de Ética, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, y del Comité de Auditoría de la OPS; una propuesta sobre el uso del excedente de los ingresos remanente del Programa y Presupuesto 2014-2015; informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de los funcionarios de la OPS; modificaciones del Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, un informe sobre las estadísticas de dotación de personal y una intervención por un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS; un informe sobre el estado de la implementación del Sistema de Información Gerencial de la OPS; y la solicitud de nueve organizaciones no gubernamentales para renovar las relaciones oficiales que mantenían con la OPS como agentes no estatales. Se pueden encontrar más detalles en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CSP29/2).

13. La Conferencia agradeció a los Miembros del Comité su labor y tomó nota del informe.

Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana

A. Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial 355 y Corr.)

14. La Directora presentó su informe quinquenal,² cuyo tema fue “Abogar por la salud a favor del desarrollo sostenible y la equidad: En el camino hacia la salud universal 2013-2017”. En el informe se subrayaban los logros más destacados y los retos más importantes en el período comprendido entre febrero del 2013 y julio del 2017. En ese período, los Estados Miembros habían colaborado estrechamente con la Oficina a fin de definir las prioridades programáticas para la asignación de recursos y elaborar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y habían allanado el camino para la elaboración de la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (véanse los párrafos 66 a 75 más adelante), que constituiría el marco de políticas y planificación estratégica de alto nivel para coordinar acciones colectivas con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar en toda la Región en los años venideros.

² Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42553&Itemid=270&lang=es

15. Los países y territorios de la Región de las Américas se unieron en su compromiso por alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluido el de la cobertura universal de salud. Con ese fin, el 53.º Consejo Directivo había aprobado la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2). La Oficina había colaborado con los Estados Miembros para transformar los sistemas de salud y avanzar hacia la cobertura universal de salud, lo que contribuía, entre otras cosas, a incrementar el acceso a los servicios de salud y los medicamentos, mejorar los recursos humanos para la salud y fortalecer los sistemas de información de salud. El apoyo brindado durante las emergencias de salud y los desastres, así como el trabajo conexo de fortalecer las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), habían sido elementos clave de la cooperación técnica que la Oficina había prestado a los Estados Miembros a lo largo de ese período.

16. Aunque persistían retos en cuanto a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, los países habían logrado eliminar algunas enfermedades. Valía la pena mencionar, en particular, la eliminación de la oncocercosis en Colombia, Ecuador, Guatemala y México; la eliminación del tracoma en México; y la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en Cuba. Asimismo, se habían alcanzado dos hitos históricos a nivel regional: en el 2015, se declaró eliminada la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; en el 2016, se certificó la eliminación del sarampión en la Región de las Américas. La Oficina estaba centrando su cooperación técnica en la protección y el mantenimiento de esos logros brindando asistencia a los países en sus esfuerzos por mantener una cobertura alta de la vacunación, ampliar la cobertura donde fuese necesario y mejorar la vigilancia. Además, la Oficina estaba también trabajando tenazmente para avanzar en la eliminación de otras enfermedades.

17. Las enfermedades no transmisibles (ENT) habían suplantado a las enfermedades transmisibles como las principales causas de muerte y discapacidad en casi todos los países de la Región. En el período analizado en el informe quinquenal, la Oficina, por medio de la cooperación técnica prestada, había contribuido en la formulación y la aplicación de políticas, estrategias, planes e intervenciones respecto de las ENT a nivel de país, y había hecho hincapié en la creación de entornos favorables por medio de leyes y regulaciones. En la cooperación prestada se había hecho hincapié en el enfoque de la totalidad del curso de la vida, y se había ayudado a los Estados Miembros a adaptar sus políticas y sistemas de salud para atender las necesidades de una población que estaba envejeciendo y promover el envejecimiento saludable. La Oficina también centró la atención en reducir las inequidades en la salud y abordar los determinantes sociales de la salud.

18. La Directora concluyó su intervención señalando que, si bien se habían alcanzado muchos logros, aún persistían numerosos retos que la Oficina y los Estados Miembros debían enfrentar juntos, poniendo especial énfasis en la equidad. Manifestó su agradecimiento a los Estados Miembros por su orientación, confianza, solidaridad y compromiso para garantizar que la OPS mantuviera su tradición de excelencia.

19. La Conferencia recibió con sumo agrado los numerosos éxitos alcanzados en el quinquenio que se analizaba el informe y reconoció que persistían retos importantes. Los delegados coincidieron en que de no haber aunado esfuerzos, no se habrían podido alcanzar ni mantener los avances logrados en ese período. Se señaló que el liderazgo de la Región en la eliminación de las enfermedades transmisibles y la prevención de las enfermedades no transmisibles había demostrado claramente lo que podía alcanzarse cuando los países colaboraban. El panamericanismo y la solidaridad permanentes habían cobrado más importancia que nunca tras los desastres recientes, en particular los huracanes que habían afectado a Estados Unidos y a varios países y territorios del Caribe, así como el terremoto que había azotado a México. Muchos delegados expresaron palabras de apoyo y solidaridad con las víctimas de esos desastres. Se subrayó la importancia de fortalecer y mantener las capacidades básicas previstas en el RSI y de mejorar la resiliencia de los sistemas de salud de manera que en el futuro se pudiera responder de manera eficaz a las situaciones de emergencia. Se consideró fundamental adoptar medidas de inmediato para contrarrestar el cambio climático y sus efectos en el ámbito de la salud.

20. Los delegados informaron acerca de las medidas que habían adoptado sus países para mejorar la salud pública a nivel nacional, subregional, regional y mundial, e hicieron hincapié en las numerosas áreas que debían estar en el centro de los esfuerzos colectivos en el futuro. Se subrayó la importancia de fortalecer los sistemas de salud y los recursos humanos para la salud a fin de lograr la cobertura universal de salud, así como la necesidad de abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. Los delegados también subrayaron que era necesario seguir trabajando para prevenir las enfermedades no transmisibles y enfrentar factores de riesgo como la obesidad y el consumo de tabaco. Además, hicieron énfasis en la necesidad de mantener alta la cobertura de la vacunación para proteger los avances logrados en el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y para evitar que pudieran reemerger las enfermedades que se habían eliminado en la Región. Se destacó la importancia de promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como la necesidad de brindar una mayor atención a la salud mental. Varios delegados también señalaron los retos que la movilidad cada vez mayor de la población planteaba en el campo de la salud.

21. Los delegados elogiaron el liderazgo de la Directora y manifestaron su agradecimiento por el apoyo que la Oficina había brindado a sus países, particularmente en respuesta a los desastres naturales recientes y a los brotes de enfermedades por los virus del Zika, del Ébola y del chikunguña ocurridos durante el período en cuestión.

22. El doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director General, OMS), luego de felicitar a la Directora por su informe y su liderazgo, señaló que varios delegados habían planteado el tema —importante y muy real— del cambio climático. El Director General creía que el mundo se estaba dando cuenta de la gravedad del problema de manera tardía, pero que todavía podría ponerse al día si se tomaban medidas urgentes para mitigar aún más el cambio climático. Aunque la OMS se había centrado principalmente en la adaptación al cambio climático, en el futuro debía enfocarse al menos por igual en la mitigación, que era equivalente a la prevención. A pesar de que el cambio climático

afectaba a todo el planeta, no podía ponerse en duda que afectaba a algunos países más que a otros. Esto era especialmente cierto en los pequeños Estados insulares del Caribe y en otros lugares, que habían contribuido muy poco al problema pero estaban sufriendo sus efectos de manera desproporcionada. Sería importante que se diseñaran iniciativas especiales para ayudar a estos países y que la OMS, a los fines de mejorar la capacidad operativa y crear sinergias, colaborara con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Secretaría de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y otros organismos de las Naciones Unidas.

23. Para fortalecer aún más la capacidad de respuesta de la OMS ante las emergencias, el Director General había instituido informes breves diarios y reuniones semanales dedicados exclusivamente al análisis del tema. Además, la Secretaría de la OMS había empezado a trazar un mapa con las capacidades de preparación y respuesta a las emergencias a nivel mundial con el objetivo de poder movilizar equipos médicos de emergencia para responder dondequiera que fuera necesario en un plazo de 72 horas. También sería importante trazar un mapa en el que se reflejase la capacidad de investigación y desarrollo a objeto de poder incrementar la producción de vacunas y otros medicamentos cuando fuera necesario. Los simulacros fueron otro elemento fundamental de los preparativos para situaciones de emergencia.

24. Como muchos delegados lo habían señalado, las enfermedades no transmisibles eran un problema cada vez mayor para todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, por lo que era necesario realizar un esfuerzo conjunto para abordarlas. Debían empezar de inmediato los preparativos para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles, que se celebraría en el 2018. La Conferencia Mundial de la OMS sobre las Enfermedades No Transmisibles, a celebrarse en Montevideo (Uruguay) en octubre del 2017, brindaría una excelente oportunidad para empezar a prepararse para la reunión de alto nivel. Era necesario adoptar medidas enérgicas para luchar contra el consumo de tabaco, que era uno de los principales factores que contribuían con las ENT. El Director General instó a los Estados Miembros que todavía no lo habían hecho a ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco y su *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*.

25. Señaló que la salud mental era un asunto importante que no podía ser abordado solamente por el sector de la salud: se necesitaba un enfoque que abarcara toda la sociedad. Estaba seguro de que la Región de las Américas asumiría un papel protagónico en el tema, y esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros de la Región para hacer frente a este reto y a otros.

26. La Directora destacó que los logros mencionados en su informe eran resultado del trabajo que los Estados Miembros y la Oficina habían realizado en forma conjunta. Señaló que los delegados se habían referido a muchos temas que eran prioritarios para la Oficina, prioridades que habían sido definidas por los propios Estados Miembros mediante el proceso de asignación de prioridades de abajo arriba. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para aprovechar los conocimientos y las mejores prácticas que se

habían forjado en el curso de los 115 años de historia de la OPS, buscando al mismo tiempo maneras innovadoras de afrontar nuevos retos.

27. La Conferencia agradeció a la Directora y tomó nota del informe.

28. Posteriormente, se encontró que se había deslizado inadvertidamente un error en el informe, por lo que el 30 de octubre del 2017 se publicó un *corrigendum* (documento OD355, Corr.).

B. Salud en las Américas (Publicación Científica y Técnica 642 y Add. I)

29. La Directora presentó la edición correspondiente al año 2017 de *Salud en las Américas*, la publicación emblemática de la OPS, y señaló que esta edición representaba un hito pues comprendía no solo una publicación impresa sino también una plataforma electrónica interactiva (*Salud en las Américas+*) que podría actualizarse con regularidad. Al igual que sus predecesoras, la edición del 2017 era una fuente imprescindible de información acerca de la situación actual de salud en la Región, analizaba las tendencias regionales más importantes en materia de salud y mostraba los aspectos básicos de las estrategias y medidas necesarias para promover la salud en el continente de cara al futuro. Al mismo tiempo, proporcionaba un espacio nuevo para realizar, de manera continua, el análisis, el seguimiento y la evaluación de las condiciones, los determinantes y las tendencias de salud, y podría ser el eje central de un intercambio de conocimientos que permitiría a los usuarios observar y evaluar la repercusión de las políticas y los programas de salud vigentes. También podría facilitar el diálogo para promover y fortalecer la adopción de medidas interprogramáticas e intersectoriales.

30. En el informe se subrayaban las mejoras observadas en el quinquenio anterior con respecto a la esperanza de vida, la mortalidad materna e infantil, y la prevención y el control de enfermedades. También se examinaban los principales retos que la Región había afrontado en el ámbito de la salud, entre los cuales se encontraban algunas enfermedades emergentes y reemergentes como el zika, el dengue, el chikunguña, la fiebre amarilla, el cólera y el ébola; el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; el aumento de la resistencia a los antimicrobianos; así como la violencia, los accidentes de tránsito, el consumo nocivo de alcohol y de drogas y los problemas de salud mental, como la depresión y la demencia. Dos de los retos más importantes y duraderos que enfrentaba la Región eran cerrar las brechas observadas en cuanto a la equidad en la salud y completar la agenda inconclusa respecto de las mujeres y los niños sobre la mortalidad materna, la anemia, la desnutrición crónica y el desarrollo infantil.

31. En la edición del 2017 también se esbozaba lo que debía hacerse para que la visión regional del acceso universal a la salud y cobertura universal de salud se hiciera realidad plenamente, como transformar los sistemas de salud para superar la fragmentación y la segmentación, modificar la salud pública para que dejase de ser reactiva y comenzase a emprender acciones proactivas, e involucrar a todos los sectores mediante la adopción del enfoque de salud en todas las políticas.

32. La Conferencia recibió con agrado el informe y elogió la versión interactiva en línea. Los delegados coincidieron en que disponer de información actualizada tenía una importancia crucial tanto al tomar decisiones y diseñar políticas como al dirigir las intervenciones a los destinatarios apropiados. También coincidieron en que la nueva plataforma facilitaría la difusión de conocimientos y experiencias. Una delegada, luego de mencionar la abundancia de información falsa y engañosa que se difundía en las redes sociales, comentó que la OPS estaba ocupando su legítimo lugar para llenar el vacío con información de salud precisa y útil en tiempo real.

33. La Directora indicó que, como se había decidido no publicar el informe antes del inicio de la Conferencia, los Estados Miembros no habían tenido la oportunidad de examinarlo a fondo, por lo que invitó a las delegaciones a bajar el texto completo y explorar la plataforma en línea. De ser necesario, podría realizarse una reunión virtual posteriormente para que pudieran hacer observaciones sobre el contenido.

34. La Conferencia agradeció a la Directora y tomó nota del informe.

Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (documento CSP29/3)

35. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que en marzo del 2017 se había invitado a todos los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización a presentar postulaciones para el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período comprendido entre el 2018 y el 2023. A la fecha de vencimiento del plazo establecido, el 1 de mayo del 2017, solo se había recibido una postulación, presentada por el Gobierno de Dominica para que la Directora actual, la doctora Carissa F. Etienne, ocupara ese cargo por un segundo mandato.

36. La doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) leyó en voz alta las normas que regían el proceso de elección, y la señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) explicó el procedimiento de votación. El Presidente anunció que las delegadas de Cuba y Estados Unidos de América actuarían como escrutadoras.

37. Solo se realizó una ronda de votación secreta, en la cual se emitieron 36 votos y no hubo ningún voto en blanco o inválido. La Directora en ejercicio, la doctora Carissa F. Etienne, recibió los 36 votos.

38. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R10, por la cual se declaró a la doctora Etienne elegida y se presentó su nombre al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para su nombramiento como Directora Regional para las Américas.

39. La doctora Etienne agradeció a los Estados Miembros la confianza que habían depositado en ella al elegirla para dirigir la Oficina en un segundo mandato. Rindió homenaje a la incansable labor del personal de la Organización, a los profesionales

e la salud que trabajaban en el frente de la acción en los países de la Región y al compromiso político de los Estados Miembros de la OPS. Como resultado de esos esfuerzos colectivos, la Región había logrado considerables avances en materia de salud pública, aunque persistían muchas disparidades y retos que debían abordarse. Se comprometió a hacer todo lo que estuviera a su alcance para que todas las personas en la Región de las Américas pudieran tener una vida saludable y productiva. El texto del discurso pronunciado por la doctora Etienne puede encontrarse en el sitio web de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.³

40. El doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director General, OMS) felicitó a la doctora Etienne y señaló que su reelección por unanimidad constituía un reconocimiento del respeto que todos le tenían. Agregó que esperaba con agrado colaborar con ella en el objetivo doble de mejorar la atención primaria de salud y avanzar hacia el logro de la cobertura universal de salud.

41. Muchos delegados felicitaron a la doctora Etienne y le manifestaron que podía contar con el apoyo de sus países. La Delegada de Dominica transmitió las felicitaciones del Primer Ministro de su país por la reelección de la doctora Etienne.

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de los Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago (documento CSP29/4)

42. La Conferencia eligió a Belice, Canadá y Perú para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, y agradeció a los Estados Unidos de América, Guatemala, Trinidad y Tabago y por los servicios prestados (resolución CSP29.R8).

Asuntos relativos a la política de los programas

Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado 2017) (Documento Oficial 345 y Add. I)

43. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la propuesta de modificar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el consiguiente aumento de la consonancia programática con la OMS. Se había encomiado en particular la armonización de la OPS con el Programa Emergencias Sanitarias de la OMS. Las modificaciones se habían considerado necesarias para reflejar las prioridades nuevas y emergentes, como la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. El Comité también había considerado que el programa modificado reflejaba con exactitud las prioridades regionales específicas determinadas mediante el uso de la metodología de Hanlon adaptada por la OPS. Los delegados habían apoyado las propuestas de agregar la resistencia a los antimicrobianos como una nueva área programática en la

³ Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42562&Itemid=270&lang=es

categoría 1 y pasar la inocuidad de los alimentos a esa misma categoría; además, les había complacido que el alcance de la categoría 5 se hubiera ampliado para reflejar la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial en los preparativos y la respuesta a las situaciones de emergencia. El Comité había aprobado la resolución CE160.R6, en la que se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara las modificaciones propuestas al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

44. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros expresaron su apoyo a las modificaciones propuestas, y celebraron en particular la estrecha consonancia de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Las modificaciones a la categoría 1 y el mayor énfasis dado a la resistencia a los antimicrobianos, la inocuidad de los alimentos y las hepatitis virales también fueron objeto de elogios, al igual que la importancia dada en el Plan Estratégico a la labor intersectorial, la reducción de las desigualdades y los enfoques basados en los derechos. Se consideró que las modificaciones propuestas eran oportunas y respondían a prioridades nuevas y emergentes, como el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la obtención de la cobertura universal de salud. Asimismo, se señaló que las modificaciones reflejaban las prioridades regionales definidas mediante la metodología de Hanlon adaptada por la OPS de asignación de prioridades.

45. Numerosos delegados indicaron que la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles tenían alta prioridad. También lo señalaron los representantes de dos organizaciones no gubernamentales (ONG), que instaron a la Organización a seguir trabajando para reducir los factores de riesgo y promover modos de vida saludables. El representante de una ONG hizo hincapié en la importancia de dirigir las medidas preventivas a la población joven, ya que los hábitos poco saludables que podían causar alguna ENT a menudo comenzaban temprano en la vida. Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, se subrayó la necesidad de formular y ejecutar planes de acción a nivel de país que estuvieran en consonancia con el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos*, de la OMS.

46. En general, se expresó apoyo a los indicadores de la categoría 5 y al énfasis dado al fortalecimiento de la capacidad de los países en cuanto a los preparativos y la respuesta en situaciones de emergencia. Sin embargo, un delegado señaló que en reiteradas oportunidades su Gobierno había manifestado su inquietud acerca del indicador 5.5, que medía el financiamiento más que las mejoras de la capacidad de los países para asegurar servicios básicos en caso de emergencias. Pidió que se hiciera una revisión del indicador, sin la cual su delegación no podría apoyar la aprobación del Plan Estratégico modificado.

47. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) aseguró al delegado que se había tomado nota de sus inquietudes y que la unidad técnica pertinente de la OPS y los colegas de la OMS habían examinado el indicador 5.5. Este indicador no tenía como objetivo medir la capacidad del Estado Miembro *per se* sino evaluar la capacidad de la Oficina para brindar apoyo a los Estados Miembros en el logro de los otros indicadores de la categoría 5, para lo cual se requería un financiamiento adecuado. Por otro lado, este indicador estaba en consonancia con uno de la OMS, lo que facilitaría la presentación de informes a nivel mundial.

48. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) añadió que el indicador 5.5 estaba relacionado con la capacidad del Programa de Emergencias de Salud de la OPS. El indicador correspondiente del presupuesto por programas de la OMS medía si el Programa de Emergencias Sanitarias de esa organización disponía de suficiente financiamiento como para brindar apoyo a los Estados Miembros. También señaló que el indicador se había ajustado en respuesta a las inquietudes que había expresado la delegación.

49. La Directora señaló que el Programa de Emergencias de Salud de la OPS se había establecido sobre la base de 40 años de experiencia en preparativos y respuesta a situaciones de emergencia. La Organización siempre había asignado en su presupuesto suficiente financiamiento para brindar apoyo a la colaboración prestada a los Estados Miembros en las actividades de preparación y mitigación de emergencias, y permitir que la Oficina respondiese de manera apropiada a las emergencias y los brotes de enfermedades.

50. Tras algunas consultas oficiosas entre la Oficina y la delegación que había expresado inquietud por el indicador 5.5, se acordó agregar una nota al Plan Estratégico modificado para aclarar que el indicador estaba en consonancia con el resultado E.5 del presupuesto por programas de la OMS (documento A70/7) y se refería a la capacidad de la Oficina para ejecutar el Programa de Emergencias de Salud de la OPS en apoyo de los Estados Miembros.

51. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R5, mediante la cual se adoptó la versión modificada del Plan Estratégico.

Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (Documento Oficial 354 y Add. I y II)

52. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, después de examinar una versión anterior del programa y presupuesto propuesto para el bienio 2018-2019, el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la armonización del Programa y Presupuesto de la OPS con el presupuesto por programas de la OMS, el Plan Estratégico de la OPS y las prioridades definidas en las actividades de estratificación de prioridades efectuadas a nivel de país. El Comité había elogiado los esfuerzos de la Oficina para controlar los costos y mejorar la eficiencia, a fin de evitar aumento alguno de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Asimismo, se había instado a la Oficina a que siguiera con sus iniciativas de reducir los gastos administrativos, operativos y por viajes. También se había instado a la Oficina a seguir esforzándose para ampliar la base de donantes de la Organización y movilizar fondos voluntarios flexibles que pudieran usarse para las actividades de las áreas programáticas prioritarias. Los delegados habían señalado con inquietud que las asignaciones correspondientes a varias áreas que los Estados Miembros habían clasificado como de alta prioridad seguían siendo relativamente bajas o se habían reducido con respecto al bienio 2016-2017. Entre estas áreas se encontraban las enfermedades no transmisibles, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la preparación de los países para hacer frente a las emergencias de salud y el Reglamento Sanitario Internacional, así como la salud materna, del recién nacido y del niño.

53. El Comité había aprobado dos resoluciones: una en la que se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el proyecto de programa y presupuesto y otra en la que recomendaba a la Conferencia establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS de conformidad con la escala de cuotas de transición aprobada por la Organización de los Estados Americanos para el 2018 (véanse los párrafos 63 a 67 del presente informe).

54. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el *Documento Oficial 354* y señaló que el programa y presupuesto era el principal instrumento que garantizaba que la Oficina rindiera cuentas a los Estados Miembros. También señaló que el programa y el presupuesto propuesto para el bienio 2018-2019, el último del Plan Estratégico actual, se había elaborado sobre la base de los resultados de un ejercicio de determinación de los costos de abajo arriba en el cual habían participado 47 países y territorios, y que abordaba los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros mandatos regionales y mundiales. El contenido programático reflejaba además las prioridades definidas por los Estados Miembros mediante el proceso de estratificación de prioridades, las modificaciones del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (véanse los párrafos 43 a 51 anteriores) y los recientes cambios programáticos en la OMS, en particular en el área de las emergencias de salud.

55. El presupuesto total del bienio ascendía a \$27,8 millones de dólares de Estados Unidos,⁴ suma que reflejaba los aumentos propuestos de \$6,8 millones para los programas básicos y \$20 millones para programas específicos y la respuesta a crisis y brotes de enfermedades. No se proponía aumento alguno de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. El aumento de los programas básicos se financiaría por completo con la asignación de la OMS a la Región, que había aumentado de \$178,1 millones en el bienio 2016-2017 a \$190,1 millones en el bienio 2018-2019. Al igual que en el pasado, la Oficina esperaba recibir cerca de 80% de la asignación total de la OMS correspondiente al bienio. El presupuesto de la categoría 6 (liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras) se había reducido en \$12,4 millones en comparación con el Programa y Presupuesto 2016-2017, en parte en respuesta a las inquietudes expresadas por los Estados Miembros en las reuniones anteriores de los Cuerpos Directivos durante el año. Esa reducción se había logrado gracias a mejoras en la administración y en la eficiencia operacional, así como a la decisión de la Oficina de adoptar la práctica de la OMS de hacer el presupuesto de los gastos de inversión de capital y los gastos de infraestructura en tecnología de la información fuera del presupuesto por programas.

56. El señor Chambliss recordó que el Comité Ejecutivo había expresado inquietud por las reducciones en algunas áreas programáticas consideradas de alta prioridad, pero subrayó que la Oficina estaba segura de que el presupuesto era realista y reflejaba el proceso de abajo arriba de cálculo de los costos que se había realizado. También señaló que, a pesar de la reducción del presupuesto en el área programática de enfermedades prevenibles mediante vacunación, por ejemplo, esta seguía siendo la mayor área

⁴ A menos que se indique otra cosa, todas las cantidades monetarias en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

programática de la categoría 1. De manera análoga, el área programática de la salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y la salud sexual y reproductiva seguía siendo la mayor dentro de la categoría 3. En algunos casos, lo que aparentemente era una reducción en realidad era una redistribución en el financiamiento dentro de la misma categoría, resultante de los cambios programáticos adoptados recientemente por la OMS, como había sucedido en el área programática 5.2 (preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional).

57. El señor Chambliss concluyó su presentación mostrando las características de un nuevo portal de la OPS dedicado al programa y presupuesto (<https://open.paho.org/>).

58. Los Estados Miembros expresaron su apoyo al proyecto de programa y presupuesto, y elogiaron los procesos de asignación de prioridades y cálculo de costos usando el enfoque de abajo arriba. Encomiaron además las iniciativas de la Oficina para incrementar la eficiencia y reducir los costos, así como su compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas. Se indicó que para mejorar aún más la transparencia, debían establecerse los países que constituirían la línea de base de los diversos indicadores de resultados inmediatos y los que se habían comprometido a alcanzar las metas de los resultados inmediatos para el año 2019.

59. Los delegados se mostraron complacidos porque no se había propuesto un aumento de las contribuciones señaladas, aunque se reconoció que el nivel actual de estas contribuciones era insuficiente para afrontar los retos de salud de toda la Región. Se instó a los Estados Miembros a pagar sus contribuciones señaladas con prontitud y se alentó a la Oficina a seguir esforzándose para ampliar su base de donantes a fin de aumentar las contribuciones voluntarias, en particular para las áreas programáticas prioritarias de las categorías 2 y 3 cuyo financiamiento en el pasado a menudo había sido insuficiente. Una delegada hizo un llamamiento al Director General de la OMS para que se asegurase de que la Región recibiese su asignación completa.

60. El señor Chambliss indicó que, a medida que la Oficina avanzara en los ciclos de planificación para los bienios 2018-2019 y 2020-2021, se tendría en cuenta la recomendación sobre las líneas de base y las metas de los indicadores. Agregó que para la Oficina era prioritario ampliar la base de donantes.

61. La Directora agradeció a los Estados Miembros su participación en los procesos de asignación de prioridades y planificación del programa y presupuesto. Aseguró a las delegaciones que la Oficina se había esforzado al máximo en reflejar las prioridades definidas por los Estados Miembros, respetando su deseo de mantener en cero el crecimiento nominal de las contribuciones señaladas. Al mismo tiempo, la Oficina había tenido presente el hecho de que en algunas áreas programáticas por mucho tiempo no se habían conseguido fondos suficientes, por lo que las asignaciones propuestas para esas áreas se habían reducido a niveles más realistas. Sin embargo, era importante recordar que el presupuesto era algo que debía financiarse. Cuando se materializara el financiamiento flexible, la Oficina se aseguraría de que se asignara a las áreas definidas como prioritarias por los Estados Miembros.

62. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R6, mediante la cual se adoptó el programa y presupuesto como figuraba en el *Documento Oficial 354*, así como la resolución CSP29.R14, en la que se fijaron las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados para el 2018.

Nueva escala de contribuciones señaladas (documentos CSP29/5 y Add. I)

63. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que en marzo del 2017 se había presentado al Comité sobre Asuntos Administrativos y Presupuestarios de la Organización de los Estados Americanos (OEA) una nueva escala propuesta de contribuciones señaladas para el período 2018-2020, pero que no había sido aprobada. En cambio, se había pedido a dicho comité que redujera la tasa máxima de contribución y presentara diversos escenarios de ejecución, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los Estados Miembros. Se había establecido un grupo de trabajo para evaluar varias opciones, tanto para la escala de contribuciones como para los escenarios de ejecución. Las recomendaciones del grupo de trabajo se presentarían en una reunión extraordinaria de la Asamblea General de la OEA que se celebraría en octubre del 2017. Entretanto, la OEA había decidido adoptar una escala provisional que se aplicaría solamente en el 2018. Por consiguiente, se propuso que la Conferencia Sanitaria Panamericana también adoptase la escala provisional para el 2018.

64. En el debate subsiguiente, una delegada señaló que su Gobierno estaba comprometido con el cumplimiento de sus obligaciones financieras con las organizaciones internacionales y reconocía la valiosa contribución que prestan a sus Estados Miembros, pero que su país enfrentaba una situación económica difícil y se vería en apuros si tuviera que pagar una contribución señalada mayor a la propuesta en la escala provisional de cuotas. Indicó que la OPS debía esperar que la Asamblea General de la OEA tomara una decisión definitiva sobre la escala nueva y, entretanto, debía mantener las mismas contribuciones señaladas del bienio 2016-2017. Otros delegados expresaron opiniones similares.

65. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que inicialmente había entendido que la escala provisional propuesta para el 2018 seguiría siendo igual que la escala del bienio 2016-2017. Sin embargo, después de hacer un examen más detallado, se había dado cuenta de que aunque las contribuciones señaladas de algunos los Estados Miembros seguirían siendo las mismas, las de otros aumentarían o disminuirían. Las diferencias se mostraban en el documento CSP29/5, Add. I. Era imperioso adoptar una escala de cuotas para el 2018, el primer año del nuevo período presupuestario bienal (véanse los párrafos 50 a 60 anteriores), por lo que la Oficina recomendaba que la Conferencia adoptara la escala provisional que había adoptado la Asamblea General de la OEA. La Oficina luego presentaría una escala revisada, basada en la escala que en definitiva adoptara la OEA, para someterla a consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2018.

66. La Directora agregó que la OPS tenía el mandato constitucional de aplicar la escala de la OEA. Como la escala de esa organización para el bienio 2018-2020 solo se finalizaría después de celebrada la última sesión de los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2017, no sería posible aplazar la decisión sobre este asunto hasta que la Asamblea General de la OEA hubiera adoptado la escala nueva.

67. La Conferencia decidió aprobar la escala provisional de cuotas para el 2018 (resolución CSP29.R13). Se solicitó a la Oficina que informara a los Estados Miembros con prontitud acerca de las implicaciones de la escala que adoptase la Asamblea General de la OEA en octubre. Además, se instó a la Oficina a seguir avanzando en sus esfuerzos para aumentar la eficiencia, controlar los gastos y reducir la dependencia de las contribuciones señaladas. Con ese fin, se instó a la Oficina a hacer uso de la tecnología de la información —por ejemplo, mediante la realización de más reuniones virtuales— y a continuar con los esfuerzos para ampliar la base de donantes y recaudar más contribuciones voluntarias.

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documentos CSP29/6, Rev. 3 y Add. I)

68. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 estaba siendo elaborada por un grupo de trabajo presidido por Ecuador e integrado por representantes de 16 países. El Comité había elogiado la labor del grupo de trabajo y recibido con beneplácito el proceso participativo de elaboración de la agenda. El Comité también había acogido con satisfacción la armonización de la agenda con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Plan Estratégico de la OPS, y había aplaudido su énfasis en la coordinación intersectorial. Se había indicado que la inclusión de metas específicas podría disminuir la eficacia de la agenda como llamamiento político para que se adoptasen medidas, ya que cabía la posibilidad de que las metas tuvieran que modificarse con el transcurso del tiempo. Al mismo tiempo, se había señalado que había resultado extremadamente difícil realizar la evaluación de mitad de período de la actual Agenda de Salud para las Américas precisamente porque carecía de metas específicas para medir el progreso. El Comité había aprobado la resolución CE160.R15, en la cual se recomendaba que la Conferencia aprobara la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas.

69. La doctora María Verónica Espinosa Serrano (Ecuador, Presidenta del Grupo de Trabajo de los Países) hizo un repaso del proceso que había seguido el Grupo de Trabajo de los Países al elaborar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas propuesta, y señaló que había sido sumamente participativo y democrático. Luego describió las diferentes secciones de la Agenda, que representaba la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros según lo previsto en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Indicó además que proporcionaría un marco para la formulación de políticas y la planificación estratégica al más alto nivel en la Región de las Américas para el período 2018-2030. La Agenda reafirmaba los principios de solidaridad panamericana, equidad en la salud, universalidad, inclusión social y derecho al goce del

grado máximo de salud que se pudiera lograr; presentaba un análisis de la situación de salud y su contexto en la Región, y planteaba 11 objetivos y 60 metas que debían alcanzarse para el año 2030. La Agenda se ejecutaría mediante los planes estratégicos de la OPS y las diversas estrategias y planes de acción que adoptaran sus Cuerpos Directivos, así como los planes de salud adoptados a nivel nacional y subregional.

70. Luego de expresar su agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo de los Países así como a todos los países que habían hecho aportes a la labor de este grupo, la doctora Espinosa Serrano instó a la Conferencia a adoptar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, que describió como ambiciosa y visionaria, e hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que siguieran trabajando a fin de asegurar que todos los hombres, mujeres, niños y niñas del continente gozaran de una vida sana.

71. Los delegados manifestaron su rotundo apoyo a la Agenda de Salud Sostenible para las Américas propuesta en la Conferencia. Elogiaron la labor del Grupo de Trabajo de los Países y expresaron su agradecimiento a Ecuador por su labor en la presidencia y a Barbados y Panamá por su labor en las vicepresidencias. También dieron las gracias a la Oficina por el apoyo brindado a la labor del Grupo. Las delegaciones aplaudieron que se hubiera seguido un proceso participativo para la elaboración de la Agenda, lo que había generado un verdadero sentido de pertenencia a nivel de país. Estuvieron de acuerdo en que la Agenda serviría para proporcionar un plan detallado para la acción en el campo de la salud pública dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como una guía para los esfuerzos que se emprendieran, por separado o de manera conjunta, con el fin de mejorar la salud en todo el continente. Numerosos delegados afirmaron que sus países tenían previsto utilizar la Agenda como el principal documento de referencia para la planificación y la formulación de políticas a nivel de país, y varios informaron que ya habían empezado a hacer converger sus planes de nacionales salud con los objetivos y las metas de la Agenda. Subrayaron que el próximo plan estratégico de la OPS también debía estar en estrecha consonancia con la Agenda y debía establecer medidas e indicadores para alcanzar sus objetivos y metas.

72. Muchos delegados expresaron que la Agenda contribuiría a aumentar la solidaridad y la equidad en la Región. A ese fin, se instó a los Estados Miembros a aprovechar la oportunidad de establecer una cooperación Sur-Sur y Norte-Sur más estrecha, intercambiar experiencias y colaborar para fortalecer los sistemas de salud y lograr la cobertura universal de salud. También se expresó la opinión de que la Agenda ayudaría a promover el trabajo intersectorial necesario para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar los ODS. Se subrayó la importancia de hacer un seguimiento del progreso hacia la obtención de resultados concretos, y se solicitó a la Oficina colaborar con los Estados Miembros en la elaboración de indicadores con esa finalidad.

73. Varios delegados hicieron hincapié en el objetivo 5 de la Agenda y destacaron la importancia de garantizar el acceso a medicamentos asequibles de buena calidad; también subrayaron la importancia de aprovechar la flexibilidad que se ofrecía en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para facilitar el acceso a los medicamentos. Una delegada señaló que una nota a

pie de página en el objetivo 1 relacionada con los servicios de salud sexual y reproductiva dejaba en claro que nunca debería promoverse el aborto como método de planificación familiar.

74. Los representantes de tres ONG elogiaron la Agenda. Uno de ellos señaló que la Agenda sentaba las bases para un cambio radical y allanaba el camino hacia el logro de la equidad en la Región de las Américas. Otro indicó que la Agenda brindaba una oportunidad única para lograr un mayor apoyo para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el más alto nivel político. A este respecto, la Delegada de Perú señaló que su Gobierno patrocinaría la VIII Cumbre de las Américas en el 2018 y que se proponía promover la Agenda entre los jefes de Estado y de Gobierno que asistieran a ese evento.

75. La doctora Espinosa Serrano agradeció a los Estados Miembros por sus expresiones de apoyo y su participación en el proceso de consulta sobre la Agenda.

76. La Directora expresó su agradecimiento a Ecuador, Barbados y Panamá por su liderazgo en el Grupo de Trabajo de los Países y a todos los Estados Miembros que habían participado en su labor. Manifestó el compromiso de la Oficina de colaborar con los Estados Miembros a fin de aplicar la Agenda y alcanzar sus objetivos.

77. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R2, mediante la cual se adoptó la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

Política sobre etnicidad y salud (documento CSP29/7, Rev. 1)

78. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del documento de política sobre la etnicidad y la salud, y había reconocido la importancia de examinar la relación entre la etnicidad y las desigualdades en la salud, habida cuenta especialmente de que en muchos países de la Región había grupos de población sumamente diversos. Había habido un amplio consenso con respecto a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud y de reorientar los servicios de salud mediante un enfoque intercultural, haciendo hincapié en el respeto de los derechos individuales y colectivos. Varios delegados habían pedido que se incluyeran en el documento de política más experiencias nacionales, para dar un mayor énfasis a la importancia de la medicina tradicional y para armonizar la política con la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Se había formado un grupo de trabajo para revisar la redacción del documento y del proyecto de resolución. El Comité posteriormente había aprobado la resolución CE160.R11, en la cual se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara la política sobre etnicidad y salud.

79. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros recibieron con beneplácito el documento de política y la Oficina expresó su agradecimiento por el compromiso con un enfoque intercultural; un delegado recomendó sustituir “eticidad” por “interculturalidad” en el título de la política. Los delegados reconocieron que la raza y la etnicidad eran importantes determinantes sociales de la salud y que la equidad y la inclusión eran

derechos humanos universales. Al señalar que la política se había formulado en el contexto de importantes acuerdos e iniciativas mundiales que reconocían la necesidad de asegurar el respeto por los derechos individuales y colectivos y reconocer que existen desigualdades en el ámbito de la salud basadas en la etnicidad, diversos delegados describieron las medidas que sus países habían adoptado para eliminar los obstáculos al acceso y proporcionar atención de salud de buena calidad a toda la población sin que haya discriminación. Entre las medidas tomadas se encontraban esfuerzos para promover una participación comunitaria significativa por parte de los afrodescendientes, los indígenas, los romaníes y otros grupos étnicos, así como la integración de su medicina tradicional y visión del mundo en la atención primaria de salud a objeto de obtener mejores resultados de salud. Varios delegados mencionaron la necesidad de incorporar la perspectiva étnica en todas las políticas.

80. Hubo consenso sobre la necesidad de reorientar los sistemas de salud por medio de la adopción de un enfoque intercultural, especialmente en la capacitación del personal de salud, y sobre la importancia de adoptar medidas interdisciplinarias y establecer asociaciones estratégicas. Un delegado subrayó que, para aplicar la política, era necesario que hubiera suficiente apoyo político y financiero, y que las entidades nacionales, regionales y mundiales emprendieran acciones sinérgicas. Uno de los mayores retos encontrados estribaba en la necesidad de mejorar la gestión de la información, pues la falta de datos comparables, de buena calidad, desglosados por etnicidad y género, representaba un verdadero obstáculo que impedía el progreso en esta área. Por consiguiente, los delegados instaban a la Oficina a prestar cooperación técnica a fin de generar datos científicos que permitieran obtener una imagen exacta de la situación en la Región de las Américas y facilitar la aplicación de políticas públicas basadas en la evidencia.

81. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) agradeció a los Estados Miembros por participar en las consultas nacionales, subregionales y regionales sobre la etnicidad y la salud. Recibió con satisfacción el deseo de los países de avanzar en esta área, destacó la necesidad de disponer de información más detallada y específica sobre las desigualdades sociales, y afirmó que la ejecución de la política y el plan de acción que se elaboraría posteriormente aportaría los datos científicos necesarios para asegurar que nadie se quedase atrás. Subrayó que capacitar al personal de salud acerca de las prácticas ancestrales y la visión de mundo del público al que le prestaban servicio y cambiar sus actitudes en ese sentido también era esencial para garantizar el acceso a los servicios de salud, una atención apropiada y justicia social. Con respecto a la recomendación de sustituir “etnicidad” por “interculturalidad” en el nombre de la política, señaló que “etnicidad” había sido el término acordado en los debates en las Naciones Unidas.

82. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) dio las gracias a los Estados Miembros por sus contribuciones a la política, y destacó la importancia de vincularla con la labor relacionada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para que ningún grupo vulnerable se quedase atrás. También mencionó la vinculación de esta política con la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas (véanse los párrafos

68 a 77 del presente informe) y señaló que sería muy difícil lograr avances para abordar las disparidades de salud entre los diferentes grupos étnicos si no se tenían datos desglosados.

83. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R3, por medio de la cual adoptó la *Política sobre etnicidad y salud*.

Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023 (documento CSP29/8)

84. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el plan de acción propuesto y había coincidido en la urgencia de tomar medidas para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola y contrarrestar la amenaza de casos importados. Se expresó apoyo a las cuatro líneas estratégicas de acción propuestas en el plan. Los delegados habían hecho hincapié particularmente en la necesidad de una vigilancia epidemiológica sostenida y una alta cobertura de vacunación. Varios habían expresado inquietud por la influencia del movimiento contrario a la vacunación y habían instado a que se realizaran campañas de comunicación y educación para combatir la renuencia a la vacunación. El Comité había aprobado la resolución CE160.R2, en la cual se recomendaba que la Conferencia adoptara el plan de acción.

85. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros elogiaron el plan de acción y su hoja de ruta, y acogieron con satisfacción que estaba en consonancia con los planes de alcance mundial y proporcionaba claras líneas de acción, metas e indicadores. Los delegados describieron los logros de sus países en la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como las medidas tomadas para mantener una alta cobertura de vacunación y reducir la acumulación de personas susceptibles. Varios delegados señalaron la necesidad de capacitar al personal de salud para diferenciar el sarampión y la rubéola de otras enfermedades caracterizadas por exantema y fiebre, como el zika y la varicela. Hubo consenso sobre la necesidad de luchar contra la reticencia a la vacunación mediante campañas educativas y de comunicación; varios delegados subrayaron que para mantener alta la cobertura de la vacunación se necesitaba la participación de la comunidad. Sin embargo, una delegada expresó dudas acerca de la factibilidad técnica de mantener una cobertura de 95% en todos los municipios e indicó que posiblemente en algunos casos era más apropiado disponer de indicadores integrados sobre la cobertura de la vacunación, la vigilancia y otras medidas.

86. Se instó a la Oficina a brindar apoyo a los países en la elaboración, la puesta en marcha y el mantenimiento de sistemas de información sólidos que dispusieran de tecnologías apropiadas para mejorar la calidad del monitoreo de la cobertura de vacunación y la vigilancia epidemiológica. Los delegados señalaron de manera unánime la inquietud por el riesgo de que ocurriesen casos importados debido a los viajes y la migración a escala mundial; varios informaron sobre la aparición de brotes en sus países y describieron la respuesta rápida que se dio para prevenir el restablecimiento de la transmisión endémica. Se consideró esencial contar con apoyo político y técnico, alianzas mundiales en pro de la eliminación, recursos financieros y vigilancia activa para proteger los logros alcanzados en

la Región de manera que el continente siguiera estando libre de brotes. Sin embargo, dada la baja cobertura de vacunación en algunas partes de la Región y la presencia de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en otras regiones del mundo, varios delegados consideraron que era prematuro fijar una fecha para la eliminación mundial.

87. Una representante del Instituto de Vacunas Sabin aplaudió el liderazgo de la Oficina en la eliminación del sarampión y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, y describió la manera en que el Instituto colaboraba con la OPS para fortalecer los programas de vacunación, mejorar el acceso a tratamientos médicos básicos, impulsar el avance en el frente de las vacunas nuevas y generar la evidencia necesaria para tomar decisiones fundamentadas acerca de la introducción y la aplicación de las vacunas. Señaló que, en el último decenio, la labor del Instituto había sido impulsada por el doctor Ciro de Quadros, quien fuera Director Ejecutivo y Vicepresidente del Instituto; su legado había inspirado a todos en el Instituto Sabin a preservar el papel de la Región como líder en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

88. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) felicitó a los Estados Miembros por el éxito en la eliminación de la transmisión autóctona del sarampión y la rubéola, y les agradeció su compromiso con el mantenimiento de ese hito. Sin embargo, subrayó que los países debían seguir alertas por el riesgo de reintroducción de los virus del sarampión y la rubéola por el turismo o la migración de otras regiones, y señaló a modo de ejemplo que en Europa se habían registrado 15.000 casos de sarampión en los años 2016 y 2017. Era importante notificar los casos presuntos conforme a lo previsto en el Reglamento Sanitario Internacional, que era el mecanismo para difundir esta información y mantener a los países al día con esta situación. La Oficina estaba ayudando a los Estados Miembros mediante el despliegue de consultores, las actividades de cooperación técnica emprendidas con el fin de fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica y realizar una búsqueda activa de casos y contactos, y el apoyo del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de manera que pudieran estar seguros de que disponían de las vacunas necesarias para los programas ordinarios de vacunación y los estuches para la confirmación de casos en laboratorio.

89. El doctor De Francisco Serpa señaló que era fundamental combatir el movimiento contra la vacunación mediante campañas de comunicación para que las comunidades conocieran los beneficios de las vacunas; estas campañas cobrarían una importancia cada vez mayor a medida que disminuyera la prevalencia del sarampión y la rubéola. Agregó que sería especialmente importante aumentar la cobertura en las comunidades vulnerables. También indicó que algunas cohortes de médicos y enfermeras nunca habían visto un caso de estas dos enfermedades, por lo que requerían capacitación para reconocerlas y diferenciarlas de otras enfermedades que también cursaban con exantema y fiebre, las cuales estaban en aumento.

90. Señaló además la necesidad de fortalecer los sistemas de información. En ese sentido, señaló que la razón de establecer el indicador para la cobertura de vacunación en 95%, en vez del 90% usado en otras regiones, guardaba relación con los esfuerzos realizados para estandarizar los datos de vacunación y la adopción de registros individuales

de vacunación en muchos países de la Región, que facilitarían la estimación de la cobertura.

91. La Directora expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por el apoyo brindado al plan de acción y remarcó la importancia de mantener los logros que se habían alcanzado. Era extremadamente importante mantener alta la cobertura de vacunación en todos los municipios, contar con sólidos sistemas de vigilancia, fortalecer la capacidad y realizar actividades de promoción de la causa para abordar la reticencia a la vacunación, que se estaba extendiendo desde América del Norte hacia el resto de la Región. Rindió homenaje a la labor del doctor Ciro de Quadros, que durante muchos años también había dirigido el programa de vacunación de la OPS.

92. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R11, por medio de la cual se adoptó el *Plan de Acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*.

Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 (documento CSP29/9)

93. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado una versión anterior del plan de acción y había reconocido la importancia de las estadísticas vitales en la adopción de decisiones, la planificación y la ejecución de programas de salud pública, así como la mejora de los resultados en materia de salud. Algunos delegados habían respaldado el plan de acción propuesto como un medio para reforzar los sistemas de estadísticas vitales y mantenerlos en un lugar prominente en la agenda de los gobiernos. Sin embargo, otros delegados habían considerado que el alcance del plan era demasiado estrecho y que también debía apuntar a mejorar otros aspectos de los sistemas de información de salud. Había habido consenso en cuanto a la necesidad de una mayor interoperabilidad entre las estadísticas vitales y los sistemas de información de salud, la normalización de los datos, los sistemas electrónicos de información y el uso de tecnologías como los números de identificación personal únicos. También se había mencionado la importancia de establecer un mayor intercambio de experiencias y mejores prácticas, así como una mejor capacitación para los recursos humanos en la codificación de las defunciones.

94. En respuesta a las observaciones del Comité, la Directora había indicado que la Oficina podría revisar el plan de acción para aclarar el nexo entre el plan propuesto y el tema más amplio de los sistemas de información de salud, y que podría empezar el proceso de elaboración de un plan general más amplio sobre los sistemas de información para la salud, a fin de someterlo a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018. El Comité posteriormente había respaldado una propuesta de la Oficina de realizar consultas con los Estados Miembros sobre el proyecto de plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales con miras a presentarlo a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana para que fuese adoptado. El Comité también había respaldado una hoja de ruta para las consultas sobre la elaboración de una estrategia y plan de acción sobre

los sistemas de información para la salud, que se presentaría a consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018.

95. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó a la Conferencia información actualizada desde la sesión del Comité Ejecutivo en junio. Señaló que la Región había logrado grandes avances hacia el logro de los objetivos del *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud* para el período 2008-2013. Sin embargo, cientos de miles de nacimientos y defunciones en la Región de las Américas aún se quedaban sin notificar ni registrar, por lo que en el 2016 se había recomendado que se elaborara un nuevo plan de acción sobre estadísticas vitales para continuar con la labor del plan anterior. El nuevo plan de acción propuesto era producto de intensas consultas con los Estados Miembros.

96. Habida cuenta de las inquietudes expresadas por el Comité Ejecutivo, se había formado un grupo de trabajo para fortalecer el plan mediante consultas virtuales en julio y agosto. Se había presentado tres versiones a los Estados Miembros, más de 70% de los cuales habían ofrecido sugerencias valiosas que se habían incorporado en el nuevo plan que figuraba en el documento CSP29/9. El nuevo plan de acción contenía cuatro líneas estratégicas, que complementaban las iniciativas mundiales como el plan mundial de inversiones de la OMS y el Banco Mundial para ampliar las capacidades de registro civil y estadísticas vitales en el período 2015-2024 y la hoja de ruta para la medición de salud y la iniciativa de rendición de cuentas de la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El nuevo plan de acción representaba un primer paso para abordar el tema de los sistemas de información de salud, sobre los cuales se presentaría un plan más amplio en el 2018.

97. La Conferencia recibió con beneplácito el nuevo *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* revisado. Los Estados Miembros expresaron su agradecimiento a la Oficina por organizar consultas en los meses de julio y agosto, y coincidieron en que estas consultas habían permitido mejorar considerablemente el documento original, gracias a lo cual se había logrado un plan completo y actualizado que satisfacía las necesidades de los Estados Miembros con respecto al mejoramiento de sus estadísticas vitales. Hubo consenso en que los sistemas de estadísticas vitales eran un componente esencial de los sistemas de información de salud y que brindaban apoyo a la salud pública al fundamentar las políticas, definir las prioridades y facilitar el avance hacia el logro de las metas de salud nacionales y mundiales. Muchos delegados señalaron que el registro de las personas inmediatamente después del nacimiento definía su identidad legal, y les daba acceso a beneficios básicos del gobierno como la educación y los servicios de salud, mientras que un registro exacto de defunciones aseguraba, entre otras cosas, el derecho a recibir herencias, la actualización del padrón electoral y la creación de perfiles epidemiológicos de la población. Los delegados también señalaron que un sistema de estadísticas vitales que funcionase correctamente y que recopilara datos de manera oportuna era esencial para asignar recursos, formular políticas, realizar las actividades vinculadas a la vigilancia de salud, dar seguimiento a los programas, presentar informes y medir el progreso hacia el logro de los ODS.

98. Los delegados describieron el progreso de sus países en la elaboración o la mejora de sus sistemas de estadísticas vitales, y varios mencionaron la utilidad de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSYS) para difundir información sobre prácticas eficaces. Entre los retos comunes se encontraban la falta de interoperabilidad interinstitucional, las limitaciones en la interconectividad con los sistemas de información de salud internacionales, la falta de datos estratificados y datos desglosados comparables, así como la insuficiente capacitación del personal de salud en cuanto al registro de defunciones. Se instó a la Oficina a elaborar indicadores adicionales para mejorar la integración de las estadísticas vitales en los sistemas de información de salud y se le solicitó que continúe brindando orientación a los países que procuraban mejorar sus sistemas de estadísticas vitales.

99. El doctor Espinal dio las gracias a los Estados Miembros por las excelentes recomendaciones que habían formulado en las consultas virtuales, y agregó que estas consultas habían sido un ejemplo notable de organización y trabajo en equipo. La Oficina estaba comprometida a brindar la cooperación técnica y la orientación que solicitaban los países y elaborar un plan de acción sobre los sistemas de información de salud para presentarlo a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018. El grupo de trabajo que había colaborado con la Oficina en el fortalecimiento del plan de acción sobre estadísticas vitales seguiría prestando apoyo no solo en la ejecución del plan sino también en la elaboración del plan de acción sobre sistemas de información de salud, que incluiría los indicadores adicionales solicitados por uno de los delegados.

100. La Directora señaló que el registro de nacimientos era importante para que las personas pudieran tener acceso no solo a servicios de salud sino también a otros servicios como la educación, que eran determinantes sociales de la salud. La falta del registro de nacimiento era un problema que afectaba particularmente a los pobres, las comunidades de difícil acceso y las personas que vivían en condiciones de vulnerabilidad. Agradeció a los Estados Miembros por colaborar con la Oficina en el documento y la resolución, y agregó que esperaba con interés trabajar con ellos en el plan de acción sobre sistemas de información de salud.

101. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R4, mediante la cual se adoptó el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022*, fue aprobada por la Conferencia.

Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CSP29/10)

102. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su firme apoyo a la estrategia propuesta sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y había considerado que la estrategia brindaría apoyo a la formulación de políticas y planes a nivel nacional y contribuiría a subsanar las inequidades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y la calidad de los recursos humanos. Se había acogido con satisfacción el énfasis de la estrategia en la colaboración intersectorial, en particular entre los sectores de

la salud y la educación, y se había subrayado la necesidad de incorporar la enseñanza de las nuevas tecnologías sanitarias en la capacitación de los profesionales de la salud. Los delegados habían elogiado que en la estrategia se reconociera la repercusión de la migración del personal de salud así como la necesidad de dar incentivos para atraer y retener al personal de salud en las zonas rurales y subatendidas. Los delegados también habían respaldado el énfasis de la estrategia en establecer equipos interprofesionales en el primer nivel de la atención y crear sistemas de información para detectar las deficiencias de recursos humanos. El Comité había aprobado la resolución CE160.R4, en la cual se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara la estrategia.

103. La Conferencia respaldó la estrategia de manera unánime, y varios delegados comentaron que se habían definido, de manera oportuna y exacta, los principales retos que debían abordarse en la Región respecto de los recursos humanos para la salud. Los delegados recibieron con beneplácito el enfoque participativo adoptado en la elaboración de la estrategia y señalaron que sus tres líneas de acción proporcionarían una orientación apropiada para la formulación y el perfeccionamiento de las políticas, los planes, las normas y los programas de capacitación de los recursos humanos a nivel de país. Varios delegados informaron que sus países ya estaban ejecutando algunas de las intervenciones recomendadas en la estrategia.

104. Hubo consenso en que sería imposible lograr la cobertura universal de salud y garantizar el derecho de todos al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr si no se disponía de suficientes recursos humanos de buena calidad. Para garantizar que los grupos vulnerables y subatendidos tuvieran acceso a los servicios de salud, se consideraba fundamental asegurar que hubiera suficiente disponibilidad de personal de salud capacitado de la manera apropiada al nivel de la atención primaria. También se destacó la importancia de tener la combinación y la distribución correctas de profesionales de la salud. A este respecto, varios delegados destacaron la necesidad de que hubiera coordinación entre el sector de la salud y el de educación para mejorar la planificación de personal en el área de la salud y lograr que la capacitación de los profesionales de la salud fuese adecuada para las necesidades de la población que atendían. También se destacó la importancia de la educación continua para el personal de salud, y se recomendó vincular la renovación de las licencias de los profesionales de la salud a un requisito de educación continua.

105. Muchos delegados destacaron la necesidad de adoptar estrategias y planes de incentivo eficaces para promover la retención del personal de salud, especialmente en las zonas remotas y subatendidas. Algunos de los delegados también lamentaron la fuga de cerebros —que una delegada describió como “robo de cerebros”— causada por la contratación de personal de salud para trabajar en el extranjero, que había privado a sus países de origen de recursos humanos que ellos mismos necesitaban, paralizado la prestación de algunos servicios de atención de salud y disminuido la calidad de la atención. Se indicó que era necesario modificar el proyecto de resolución de este punto para instar a los Estados Miembros a proseguir con el diálogo y las alianzas para abordar los enormes desafíos que enfrentaban los países de origen, por ejemplo, mediante convenios bilaterales que proporcionasen un marco para la movilización ordenada de personal de salud

capacitado a fin de atender las necesidades de los países de destino sin minar la seguridad sanitaria de los países de origen. Se subrayó la importancia de cumplir con el *Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*.

106. Un representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina señaló que la escasez de profesionales de la salud no podía remediarse con solo aumentar el número de graduados; también era esencial velar por la calidad de su educación por medio de mecanismos de garantía de la calidad y acreditación obligatoria. Una representante de la Fundación Interamericana del Corazón recibió con beneplácito el énfasis de la estrategia en la mejora de la distribución del personal en el sector de la salud para llegar a los grupos vulnerables y subatendidos. Hizo hincapié en el problema de la cardiopatía reumática y señaló que esta enfermedad afectaba principalmente a niños y adolescentes y jóvenes que vivían en condiciones de pobreza, y recomendó que las intervenciones relacionadas con esta enfermedad debían incluirse en los paquetes universales de atención básica de salud a nivel primario.

107. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) recordó que la Oficina había empezado el proceso de elaboración de la estrategia en el 2015, en respuesta a un llamamiento de los Estados Miembros a adoptar un enfoque más estratégico para abordar las necesidades de los recursos humanos. Estaba claro que el logro de la cobertura universal de salud dependía de la disponibilidad, la distribución y la calidad de los recursos humanos para la salud. La Región debía incrementar el número de médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes del nivel actual de 24 a 45, lo que requeriría un aumento importante en la producción de recursos humanos capacitados para la salud.

108. En las consultas sobre la estrategia, los Estados Miembros habían subrayado que se necesitaba una rectoría eficaz para guiar los sistemas de salud hacia el logro de sus objetivos. Una faceta de la rectoría consistía en definir qué recursos humanos se necesitaban, lo que requería un diálogo intersectorial entre los sectores de la salud, la educación, el trabajo y las finanzas, entre otros. Los resultados de tal diálogo luego tenían que traducirse en políticas y reglamentos nacionales sobre los servicios de salud y las competencias y el desempeño de los profesionales de la salud.

109. La migración del personal de salud era un fenómeno que afectaba a todos los países; algunos sufrían pérdidas significativas de recursos humanos para la salud. En la estrategia se hacía un llamamiento a adoptar medidas que promovieran la retención, pero también se destacaba la importancia de planificar la fuerza laboral, no solo desde la perspectiva del sector de la salud sino también desde las perspectivas de la educación y el trabajo. La experiencia había indicado que aunque la migración del personal de salud no podía detenerse por completo, sin duda podría reducirse mediante la aplicación de estrategias integrales que incluyeran incentivos económicos, iniciativas de desarrollo profesional y esfuerzos para garantizar condiciones de trabajo estables y dignas. En el plan de acción que se elaboraría en el siguiente año se determinarían objetivos, metas y plazos específicos para tomar medidas en el campo de la migración. La acreditación, que podría ser una herramienta importante para velar por la calidad y la capacidad de respuesta tanto

de los servicios de salud como del personal en el área de salud, también figurarían de forma prominente en el plan de acción.

110. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) señaló que el tema de los recursos humanos para la salud era complejo. Mientras algunos países necesitaban más médicos y no podían encontrarlos, otros producían demasiados médicos y sus sistemas de salud no podían absorberlos. Lo mismo ocurría con otros profesionales de la salud. Sin embargo, la atención posiblemente se concentraba demasiado en los profesionales médicos. Era importante reconocer la contribución que el personal de salud técnico podría brindar en el fortalecimiento de la atención primaria de salud. También era importante que las instituciones de enseñanza colaboraran con el sector de la salud para que los programas de capacitación pudieran producir personal de salud con las aptitudes correctas.

111. El proyecto de resolución presentado en el documento CSP29/10 se modificó para reflejar las observaciones y recomendaciones formuladas en el curso del debate y se aprobó como la resolución CSP29.R15, mediante la cual la Conferencia adoptó la estrategia.

Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022 (documento CSP29/11)

112. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había manifestado su apoyo general a la estrategia y el plan de acción, y había respaldado las cuatro líneas estratégicas propuestas en el plan. Los delegados habían reconocido el fuerte vínculo entre el consumo de tabaco y la muerte y discapacidad por enfermedades no transmisibles, así como las consecuencias económicas derivadas del mayor gasto en salud pública, gastos directos de bolsillo y pérdida de productividad de la fuerza laboral resultantes del consumo de tabaco. Se expresó preocupación por las continuas dificultades para reducir el consumo de tabaco, en especial debido a la interferencia de la industria tabacalera en los esfuerzos por controlar el tabaco. Varios delegados hicieron hincapié en que era necesario priorizar la salud sobre los intereses comerciales, en particular los de la industria tabacalera, y habían instado a la Oficina a ayudar a los Estados Miembros a fortalecer su capacidad en ese sentido, lo que incluiría cooperación técnica para preparar instrumentos jurídicos y comprender mejor los acuerdos comerciales internacionales. Asimismo, se había subrayado que las intervenciones para el control del tabaco debían tener en cuenta el contexto nacional y local, y debían estar en consonancia con las obligaciones internacionales de los Estados en materia de comercio. El Comité había aprobado la resolución CE160.R10, en la cual se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara la estrategia y plan de acción.

113. La Conferencia recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción, y observó con satisfacción que guardaban consonancia con las recomendaciones de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Los delegados indicaron que el tabaquismo era el principal factor de riesgo de las enfermedades no transmisibles, las cuales eran la principal causa de morbilidad y muerte prematura en la Región. Tras señalar las consecuencias devastadoras de las ENT, que afectaban de manera

desproporcionada a los grupos vulnerables, los delegados coincidieron en que la epidemia del tabaquismo estaba obstaculizando el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se consideró que la estrategia y el plan eran una buena hoja de ruta para que los países aceleraran la aplicación del CMCT y contribuyeran en la reducción de las enfermedades no transmisibles y la mejora de la salud en todo el continente.

114. Muchos delegados informaron sobre las iniciativas emprendidas por sus países en cuanto al control del tabaco y los logros alcanzados respecto de las cuatro intervenciones prioritarias del CMCT para fortalecer el control del tabaco (las “mejores inversiones”): el aumento de los impuestos a los productos de tabaco; los ambientes libres de humo de tabaco; las advertencias sanitarias gráficas y grandes en el empaquetado de productos de tabaco; y la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco. Varios delegados observaron que en sus países se había registrado una reducción considerable de las ENT gracias a los esfuerzos a favor del control del tabaco, pero agregaron que el tabaquismo en los adolescentes y los adultos jóvenes seguía siendo un grave problema de salud pública. Se subrayó la importancia de evitar el inicio del tabaquismo. Con ese fin, los delegados instaron a adoptar medidas como el empaquetado neutro para reducir el atractivo del tabaco, el control de los cigarrillos electrónicos y la realización de campañas educativas y de comunicación para concientizar acerca de los peligros del tabaquismo. Un delegado hizo un llamamiento para que se buscaran opciones económicamente viables al cultivo de tabaco para reducir la oferta de productos de tabaco.

115. Varios delegados mencionaron la necesidad de hacer un seguimiento eficaz al cumplimiento de las leyes nacionales. En particular, el comercio ilícito de productos de tabaco era particularmente preocupante, pues en un país representaba 20% del mercado de cigarrillos. Para combatir este problema, un delegado recomendó fortalecer los sistemas aduaneros y realizar más inspecciones. Varios informaron que sus países habían ratificado el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*.

116. La mayor inquietud mencionada por los delegados fue la interferencia de la industria tabacalera, que en algunos países estaba obstaculizando los esfuerzos por aplicar el CMCT. Los delegados solicitaron a la Oficina que los asistiera en la redacción de leyes nacionales y la coordinación de esfuerzos para combatir la interferencia de esta industria. Varios Estados Miembros ofrecieron informar sobre sus experiencias en cuanto al control del tabaco.

117. Los representantes de tres organizaciones no gubernamentales felicitaron a la Organización por la estrategia y el plan de acción, y subrayaron que el tabaquismo era la principal causa prevenible de morbilidad y muerte prematura en la Región de las Américas y el único factor de riesgo común de las cuatro enfermedades no transmisibles principales. Pidieron que se aplicaran medidas básicas de salud pública para desalentar el consumo de tabaco y señalaron que, entre estas medidas, las más eficaces eran el uso de imágenes gráficas en las advertencias sanitarias impresas en el empaquetado del tabaco y el aumento de los impuestos aplicados a los productos de tabaco. Hicieron un llamamiento a favor de la unidad en los esfuerzos para combatir la influencia de la industria tabacalera y los que defendían sus intereses. La representante de la Fundación Interamericana del Corazón instó

a ratificar el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* a fin de debilitar el argumento de la industria tabacalera de que el aumento de los impuestos a los productos de tabaco aumentaría el comercio ilícito.

118. El doctor Anselm Hennis (Director, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) observó que estaba claro que los Estados Miembros reconocían que la estrategia y el plan de acción eran oportunos y tenían como objetivo acelerar la ejecución del CMCT y fortalecer las líneas de acción, basadas en la evidencia, que habían dado resultado en la reducción del consumo de tabaco en la Región. Era alentador ver datos concretos sobre la repercusión de la aplicación plena del CMCT en algunos países. Varios países de la Región habían aplicado con éxito el Convenio, lo que demostraba que era factible y políticamente viable. No obstante, 17 Estados Partes de la Región todavía no habían creado ambientes libres de humo de tabaco en los lugares públicos y de trabajo, lo que era la única medida eficaz de proteger a las personas de la exposición al humo del tabaco. Además, aunque había muchos datos científicos que indicaban que la incorporación de advertencias sanitarias en el empaquetado era una medida eficaz para que los fumadores cobraran conciencia sobre los peligros del consumo de tabaco, estas advertencias aún no eran obligatorias en 19 países de la Región.

119. Se había logrado cierto avance con respecto al comercio ilícito de tabaco, pues algunos países habían empezado a marcar, dar seguimiento y localizar los productos de tabaco, lo que se consideraba la única manera de frenar ese comercio. Esto era importante, pues la industria tabacalera sostenía que el aumento de los impuestos incrementarían el comercio ilícito. Valía la pena mencionar que, aunque se necesitaba que 40 Estados Partes ratificaran el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* para que entrara en vigor y ya 30 países lo habían suscrito, solo había 5 Estados Partes de la Región de las Américas.

120. En respuesta a algunas cuestiones concretas planteadas en las deliberaciones, el doctor Hennis felicitó a Guyana por ser el primer país de la Región en aplicar plenamente una ley sobre el tabaco, y señaló que otros seis países habían puesto en práctica tres de las cuatro “mejores inversiones”. Con respecto a la manera en que la Oficina enfrentaría el problema de la interferencia de la industria, indicó que la Oficina establecería los criterios para medir el indicador 4.1 del plan de acción sobre la manera de fortalecer la aplicación del artículo 5.3 del CMCT. La Oficina también recopilaría y daría a conocer ejemplos de la aplicación de ese artículo que se presentaran en los informes de progreso bienales de los Estados Partes en el Convenio. Serían particularmente pertinentes los informes de los Estados Partes de la Región que hubieran documentado sus actividades en cuanto a la elaboración y la adopción de directrices para mejorar la transparencia y la integridad, y evitar conflictos de intereses.

121. El doctor Francisco Becerra-Posada (Subdirector, OSP) reconoció la labor de los Estados Miembros en cuanto al control del tabaco, y comentó que tenían un difícil camino por delante, considerando la oposición de la industria tabacalera y el sector de restaurantes y bares. Para alcanzar las metas relativas al control del tabaco era esencial realizar un esfuerzo conjunto de la sociedad, como lo demostraban los países que habían alcanzado los

logros más importantes. El éxito de Uruguay al defender sus restricciones al tabaco en una demanda presentada por la industria tabacalera constituía un ejemplo para el resto de la Región. Otro hecho positivo había sido el surgimiento de una cohorte de adolescentes y jóvenes que con mucha pasión expresaban su deseo de mejorar la salud pública, como lo demostraba la representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina. Manifestó la esperanza de que ella y sus compañeros estudiantes de medicina usarían esa misma pasión para apoyar la labor de los ministerios de salud y que los ministerios aprovecharían el entusiasmo de los estudiantes de medicina de sus países para transmitir a la población mensajes sobre la salud.

122. La Conferencia aprobó la resolución CSP.R12, mediante la cual adoptó la estrategia y el plan de acción.

Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas (documento CSP29/16)

123. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Jefe, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OSP) presentó este tema y ofreció una actualización sobre las dificultades que estaba enfrentado la Región en la compra de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Recordó que, como parte de la estrategia mundial para la eliminación de la poliomielitis, todos los países del mundo habían empezado a hacer el cambio de la vacuna trivalente a la bivalente, retirando el componente que protegía contra el poliovirus del tipo 2. Por consiguiente, se había decidido que cada país debía introducir al menos una dosis de la IPV en su esquema de vacunación para proteger contra la posible circulación de algún poliovirus de tipo 2 derivado de la vacuna, como había ocurrido en algunas regiones del mundo. Los productores de vacunas se habían comprometido a cubrir la demanda mundial actual de la IVP, pero posteriormente habían informado que solo podrían satisfacer 50% o 60% de esa demanda, principalmente debido a problemas relativos al control de calidad y la liberación por lotes. En consecuencia, muchos países no habían introducido la IPV o habían enfrentado un desabastecimiento de la vacuna. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se había satisfecho menos de 50% de la demanda mundial de la vacuna.

124. Afortunadamente, la situación en la Región de las Américas no había llegado a tales extremos. Más de 50% de la demanda de la IPV se había cubierto con una monodosis de la vacuna en jeringas precargadas. Se había calculado que en el 2017 la demanda total sería de alrededor de 8 millones de dosis, y que el suministro se ubicaría en unos 5,1 millones de dosis. Hasta la fecha, la Región había recibido 2,4 millones de dosis; los proveedores no habían suministrado un cronograma de entrega para los restantes 2,7 millones de dosis, por lo que 31 países estaban en riesgo de registrar una escasez de la vacuna.

125. En el 2014, el Grupo Técnico Asesor (GTA) para la Región de las Américas había recomendado administrar a los niños al menos dos dosis de la IPV. Sin embargo, luego que se supiera que había una escasez mundial de la vacuna, el GTA había decidido recomendar

que se administrara solo una dosis. En el 2016, cuando los fabricantes de vacunas anunciaron limitaciones adicionales en el suministro de la vacuna, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de Inmunización había recomendado que todos los países debían pasar a usar una fracción de la dosis de la IPV. En la Región de las Américas, el GTA había recomendado hacer ese cambio en marzo del 2017. De acuerdo con diversas investigaciones realizadas por numerosos países, entre los cuales se encontraba Cuba en la Región de las Américas, dos fracciones de la dosis de la IVP brindaban suficiente protección contra cualquier tipo de poliovirus. El principal reto asociado con el uso de fracciones de la dosis consistía en la necesidad de capacitar nuevamente al personal de salud para administrar las inyecciones intradérmicas. Ocho países se encontraban en este momento en el proceso de capacitar nuevamente a su personal de salud.

126. Como parte de su mandato, la Oficina y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas habían estado en contacto permanente con proveedores de todo el mundo, y había posibilidades de que se pudiera obtener un suministro mayor de la IPV en el 2017 y posiblemente en el período 2018-2020. De ser suficiente el suministro en el resto del año en curso, los países podrían aplazar el uso de fracciones de la dosis de la IPV y ganar tiempo para la capacitación del personal de salud. Sin embargo, podría ser necesario celebrar negociaciones extraordinarias con los proveedores sobre la disponibilidad de dosis adicionales. Por consiguiente, se solicitaba a la Conferencia que considerara el proyecto de resolución presentado como anexo del documento CSP29/16, que autorizaría a la Directora a proseguir con las negociaciones.

127. En el debate subsiguiente, los delegados coincidieron en que la inminente amenaza de desabastecimiento ponía en riesgo el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en la Región y podría debilitar la confianza de las personas en los programas de vacunación. Los delegados señalaron que los países de la Región debían tomar decisiones difíciles, por ejemplo, sobre el uso de fracciones de la dosis de la IVP mientras se esperaba un mayor suministro de la vacuna. Hubo diversas reacciones a la propuesta de usar fracciones de la dosis, pues algunas delegaciones consideraban que esta era una solución viable y otras manifestaban dudas al respecto.

128. Muchas delegaciones indicaron que apoyaban el proyecto de resolución que permitiría a la Directora negociar precios fuera de los parámetros del Fondo Rotatorio, subrayando al mismo tiempo la necesidad de obtener los mejores precios posibles. Sin embargo, unas cuantas delegaciones expresaron su preocupación por la posibilidad de que esta resolución, de aprobarse, abriera las puertas un aumento de los precios de todas las vacunas. Una delegada solicitó una propuesta detallada de las negociaciones de precios. Se hizo hincapié en que no debía permitirse que prevalecieran los intereses comerciales y financieros de la industria farmacéutica sobre los intereses de la salud pública.

129. Se señaló que la situación era especialmente crítica en el Caribe, donde los huracanes recientes habían destruido la red eléctrica y afectado la cadena de frío, con la consiguiente pérdida de vacunas y otros suministros médicos refrigerados. Varios delegados instaron a la Oficina a abordar las vulnerabilidades particulares del

Caribe, y una delegada solicitó que se elaborara un plan maestro para compartir vacunas entre los países a fin de optimizar la vacunación de los niños en la subregión.

130. El doctor Ruiz Matus aplaudió la labor que realizaban los Estados Miembros para mantener una cobertura alta de vacunación de manera que la Región siguiera estando libre de poliomielitis. Señaló que las observaciones de los delegados habían demostrado el amplio apoyo brindado al Fondo Rotatorio y agregó que el proyecto de resolución que permitiría a la Directora entablar negociaciones sobre el precio de la IPV guardaba consonancia con los principios de solidaridad y panamericanismo del Fondo Rotatorio.

131. El doctor John Fitzsimmons (Jefe, Programa Especial para el Fondo Rotatorio para Compra de Vacunas, OSP) indicó que la Oficina colaboraría con los países del Caribe para atenuar los efectos de los huracanes recientes y la pérdida de las vacunas e insumos. Con respecto a las inquietudes relativas al incremento de los precios de las vacunas en general si se seguía adelante con las negociaciones solicitadas, subrayó que la situación de la IPV era excepcional. La Oficina estaba explorando todas las alternativas para asegurar que el suministro de la vacuna fuese suficiente, pero no lo había logrado por completo. Por ello, la Directora había considerado importante que los Estados Miembros conocieran la situación y dieran su aprobación para realizar negociaciones extraordinarias, de ser necesario.

132. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) comentó que el trabajo del Fondo Rotatorio abarcaba no solo el apoyo técnico a los Estados Miembros por medio de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, sino también el control de calidad que prestaba la Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y la logística en cuanto a las compras, que se realizaba por medio del Programa Especial para el Fondo Rotatorio para Compra de Vacunas. Agregó que él y el equipo legal de la Oficina habían dedicado muchas horas a realizar negociaciones en nombre de los países con el fin de obtener los mejores precios posibles para el Fondo Rotatorio y mantener esos precios. Expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su apoyo y sus esfuerzos para que la cobertura de vacunación siguiera siendo alta y que la Región continuase a la vanguardia de los esfuerzos para la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

133. El proyecto de resolución fue modificado para abordar las diversas inquietudes expresadas en el debate. En particular, se agregó texto para dejar claro que la autorización para ajustar los términos y las condiciones del Fondo Rotatorio estaba concediéndose de manera excepcional y solo se aplicaba a las negociaciones relativas a la IPV. Se solicitó a la Oficina que en el 2018 informase al Comité Ejecutivo, por medio del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, sobre los resultados de cualquier negociación extraordinaria que se hubiera realizado. Asimismo, se le solicitó seguir coordinando las actividades con la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

134. La resolución modificada se aprobó como la resolución CSP29.R16.

Asuntos administrativos y financieros***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CSP29/12 y Add. I)***

135. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que, para junio del 2017, la Organización había recibido \$26,8 millones en concepto de contribuciones señaladas de años anteriores, que representaban el 66% del total pendiente y arrojaba un saldo pendiente de \$13,7 millones de años anteriores. También se había informado al Comité que, para esa misma fecha, ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones al voto previstas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Con respecto al año en curso, hasta el mes de junio, se habían recibido \$30,9 millones, que equivalían a 30,2% de las contribuciones señaladas totales correspondientes al 2017. Doce Estados Miembros habían pagado las contribuciones señaladas correspondientes al 2017 en su totalidad y uno había pagado además una parte de su contribución señalada correspondiente al 2018.

136. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) informó que, al 22 de septiembre del 2017, se habían recaudado \$51,7 millones, lo que representaba el 50,5% de las contribuciones señaladas correspondientes al año. Esa cifra era aproximadamente \$600.000 más de lo que se indicaba en el documento CSP29/12, Add. I, en el cual se mostraba el total al 18 de septiembre, pues desde esa fecha se había recibido el pago completo de Cuba, Panamá, Paraguay y Uruguay. Esto implicaba que 23 Estados Miembros habían pagado sus contribuciones señaladas por completo, y que se les debía dar las gracias por haberlo hecho. Además, tres países habían efectuado pagos anticipados correspondientes al año 2018.

137. Aunque lo recaudado hasta la fecha sumaba solo 50,5% de lo adeudado, había sido la tasa de recaudación más alta recibida en ese punto del año desde el 2012. En cuanto a las contribuciones señaladas correspondientes a años anteriores, se habían recibido \$40,1 millones, un resultado excelente para la Organización porque representaba 99% de las contribuciones señaladas de años anteriores e implicaba un saldo pendiente de solo \$0,4 millones. Ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones al voto previstas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

138. La Directora agradeció a los Estados Miembros que habían pagado sus contribuciones señaladas y manifestó que tenía la esperanza de que en el futuro los pagos se recibiesen más temprano en el año.

139. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R1, en la que expresó su agradecimiento a los Estados Miembros que ya habían efectuado los pagos correspondientes al 2017 e instó a todos los Estados Miembros a cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización de manera expedita.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016 (Documento Oficial 353)

140. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que en el 2016 los ingresos totales consolidados, incluidas las contribuciones voluntarias y los fondos recibidos para las compras en nombre de los Estados Miembros, habían sumado \$1.400 millones, cifra levemente inferior a la del 2015. La reducción se había debido principalmente a una disminución de los ingresos por contribuciones voluntarias nacionales, que a su vez había sido resultado de la depreciación de los tipos de cambio. También se había informado al Comité que el gasto total en el 2016 había ascendido a \$1.426 millones y que el año había concluido con un excedente de \$21,8 millones. Se había señalado que el monto de este excedente era similar al que se había registrado al finalizar el año 2014, que también había sido el primer año de un bienio, cuando los gastos solían ser inferiores que en el segundo año.

141. El Comité había recibido con beneplácito que el Auditor Externo hubiera dado una opinión de auditoría sin modificaciones sobre los estados financieros de la Organización y había felicitado a la Oficina por su gestión eficaz y transparente de los recursos. Los delegados también habían recibido con beneplácito el excedente, al señalar que se había logrado a pesar de la disminución en ingresos registrada en el 2016. Al mismo tiempo, se había señalado que la ejecución del presupuesto también parecía haber descendido y que algunas contribuciones voluntarias se habían devuelto a los donantes. Se había instado a la Oficina a que adoptara medidas para ejecutar plenamente los fondos de los donantes. Se había tomado nota de que había aumentado la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas, pero se había señalado que aún era baja. Los delegados habían instado a la Oficina a continuar con los esfuerzos por aumentar la tasa de recaudación y a los Estados Miembros a pagar oportunamente sus contribuciones señaladas.

142. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con satisfacción el informe financiero y el informe del Auditor Externo, y consideraron que en conjunto contribuían de manera significativa con la rendición de cuentas y permitían que los Estados Miembros supieran en qué medida la Organización estaba alcanzando sus objetivos. En aras de la transparencia, se indicó que los informes futuros debían mostrar no solo los importes de las contribuciones voluntarias sino también la categoría y el área programática a la cual se asignarían los recursos.

143. Se instó a la Oficina a poner en práctica todas las recomendaciones del Auditor Externo. Se señaló que las recomendaciones relacionadas con el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) parecían indicar que era necesario examinar cómo estaba usándose el sistema, y se subrayó que el uso del sistema no debía impedir el trabajo de la Organización. Una delegada, al apuntar que su delegación había reiterado en varias oportunidades su preocupación por el gran número de miembros del personal superior que estaban próximos a jubilarse, señaló que el Auditor Externo había planteado dos temas que en su opinión requerían una respuesta no solo de la Oficina sino también de los Estados Miembros. Uno era el déficit de \$192,1 millones del seguro de enfermedad tras la separación del servicio; el otro era la necesidad de establecer mecanismos para captar el

conocimiento y la experiencia de los funcionarios que llevaban mucho tiempo trabajando para la Organización. Consideró que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su próxima sesión debía examinar ambos temas con más detalle y solicitó a la Oficina suministrar, antes de la sesión, más información sobre la magnitud de estos problemas y las medidas que la Oficina estaba adoptando para resolverlos.

144. Otro delegado señaló que era bien conocido que las contribuciones señaladas no bastaban para financiar las actividades planificadas de la Organización y que las contribuciones voluntarias habían disminuido y eran impredecibles; además, en muchos casos ya venían destinadas para fines específicos. También observó que, aunque la asignación de la OMS a la Región había registrado un leve aumento, el monto no bastaba para resolver el problema de la insuficiencia de fondos procedentes de las contribuciones señaladas. Pidió que se aclarara por qué las contribuciones voluntarias nacionales no se contaban como parte de los ingresos de la Organización.

145. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) respondió a las observaciones acerca del PMIS y subrayó que el 2016 había sido el primer año en que la Organización había trabajado con el sistema íntegro. Su implementación había sido un reto que la Oficina había superado con éxito y el cierre del año se había hecho con el sistema. Agregó que ya se informaba a qué áreas se asignaban las contribuciones voluntarias, pero que la Oficina trabajaría para mostrar la información con mayor claridad. Como se había informado varias veces con anterioridad, la OPS y la OMS estaban colaborando para eliminar progresivamente el déficit en el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio, y el proceso estaba avanzando de manera satisfactoria.

146. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que las contribuciones voluntarias nacionales no estaban incluidas en el programa y presupuesto de la Organización porque se negociaban y donaban a nivel nacional, los términos sobre cómo debían gastarse se fijaban a nivel nacional y la rendición de cuentas sobre el uso de los fondos se mantenía a nivel nacional. Además, las contribuciones voluntarias nacionales eran muy grandes, e incorporarlas en el presupuesto de la OPS significaría un aumento considerable en el Programa y Presupuesto. Sin embargo, un grupo consultivo de Estados Miembros estaría examinando el próximo Plan Estratégico y el próximo ciclo presupuestario, que comenzaría en el 2018, y podría aprovecharse la oportunidad para examinar cómo tratar las contribuciones voluntarias nacionales en el futuro.

147. La Directora agregó que las contribuciones voluntarias nacionales procedían de unos cuantos países y se destinaban a proyectos concretos a nivel de país. En los últimos años, la amplia mayoría había provenido de Brasil para el programa Mais Médicos. Coincidió en que las contribuciones señaladas representaban una fuente importante de financiamiento flexible, en particular en el contexto del proceso de asignación de prioridades de abajo arriba de la Organización, mientras que muchas de las contribuciones voluntarias venían destinadas para fines específicos. La Oficina estaba haciendo todo lo posible para movilizar más contribuciones voluntarias flexibles. Con respecto a la

transferencia de conocimientos de los funcionarios próximos a jubilarse, la Oficina había elaborado un programa en el cual se esbozaban los tipos de conocimientos y experiencias que debían transferirse y había ayudado a reorientar los perfiles profesionales, puesto que era posible que ya no se necesitase el mismo tipo de experiencia que hace 30 años.

148. La Conferencia tomó nota del informe.

Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2018-2021 (documento CSP29/13)

149. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que en agosto del 2016 la Oficina había enviado una nota verbal a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados para que presentaran candidaturas para el cargo de Auditor Externo. Considerando que antes del plazo previsto inicialmente (31 de enero del 2017) no se había recibido ninguna candidatura, la fecha límite para la presentación de candidaturas se había prorrogado hasta el 19 de junio. A mediados de junio, la Oficina había recibido una comunicación del Gobierno de Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en la cual se proponía la candidatura de la Oficina Nacional de Auditoría de ese país. El Comité de Auditoría de la OPS había examinado la documentación presentada con la candidatura y había recomendado firmemente seleccionar la Oficina Nacional de Auditoría como Auditor Externo de la OPS.

150. Sir Amyas C. E. Morse (Contralor y Auditor General del Reino Unido) presentó una síntesis de los servicios que podría prestar la Oficina Nacional de Auditoría; en el anexo B del documento CSP29/13 se encontraba una descripción más completa. Hizo hincapié en los conocimientos especializados y la experiencia de la Oficina Nacional de Auditoría y subrayó que es una entidad independiente del Gobierno del Reino Unido. Asimismo, elogió el método de auditoría actualizado que usa la OPS.

151. Varios delegados expresaron su agradecimiento por la forma detallada y minuciosa con que la Oficina Nacional de Auditoría abordaba las tareas de auditoría, como se había descrito en la presentación. Uno comentó que sería útil si pudiera completar su informe de auditoría a más tardar en marzo, cuando se realizaba la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

152. La Conferencia aprobó la resolución CSP29.R7, en la cual se nombró a la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido como Auditor Externo para el período 2018-2021.

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CSP29/14)

153. La Conferencia eligió a Barbados y El Salvador como miembros del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (resolución CSP29.R9).

Premios

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) **(documento CSP29/15)**

154. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud, integrado por los delegados de Argentina, Brasil, Estados Unidos de América, Panamá, y Trinidad y Tabago, se había reunido en ocasión de la 160.^a sesión del Comité Ejecutivo. Tras examinar la documentación sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) se otorgara a la doctora Stella Bolaños Varela, de Costa Rica, por su destacada trayectoria profesional y su compromiso de larga data con la calidad y la gestión de los servicios de salud a nivel nacional, así como por sus aportes sobresalientes en el campo de la educación de salud, la gestión de los servicios de salud para la población de adultos mayores y la implementación de modelos de atención centrados en la persona.

155. El Presidente de la Conferencia y la Directora presentaron el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) a la doctora Stella Bolaños Varela, cuyo discurso de aceptación puede encontrarse en la página web de la Conferencia.⁵

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CSP29/INF/1)

156. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que se habían alcanzado la mayoría de los resultados de la reforma de la OMS y que la OMS no había incluido en el presupuesto por programas que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado en mayo del 2017 ningún resultado específicamente relacionado con la reforma. También se informó al Comité que tanto la OPS como la OMS habían seguido aplicando un enfoque de abajo arriba en la planificación para la formulación de sus presupuestos por programas. Entre otras reformas se encontraban la aplicación del *Marco de la colaboración con agentes no estatales* (FENSA, por su sigla en inglés), el establecimiento del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS a nivel mundial y regional, y la introducción de una nueva herramienta para la contratación de personal.

157. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito los esfuerzos emprendidos a nivel mundial y regional para poner en práctica la reforma de la OMS y había reconocido que en algunas áreas las reformas en la OPS habían precedido las emprendidas por la OMS. Los delegados habían considerado que debía continuarse con las medidas en pro de la reforma, pues eran un medio para mejorar el desempeño, la transparencia y la rendición de cuentas. Además, se había acogido con satisfacción la convergencia de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, y se había alentado a la Oficina a seguir

⁵ Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=es

brindando ayuda a los Estados Miembros en el fortalecimiento de su capacidad de respuesta ante las situaciones de emergencia y en la construcción de sistemas de salud resilientes. Se había recomendado que los informes sobre la reforma de la OMS que se presentasen en un futuro podrían adoptar la forma de informes sobre asuntos de la OPS y la OMS de importancia estratégica para los Estados Miembros e incluir información sobre nuevas iniciativas y sobre el progreso alcanzado con respecto a actividades en curso, como el nuevo portal del Programa y Presupuesto de la OPS, el Programa de Emergencias Sanitarias y los debates de los órganos deliberantes de la OMS que guardasen relación con la OPS.

158. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros se refirieron al progreso alcanzado, aplaudieron las mejoras con respecto a la transparencia y la rendición de cuentas y reconocieron el liderazgo de la Región de las Américas en el avance en cuanto a la aplicación de la reforma. En aras de una transparencia aún mayor, se recomendó solicitar a todo el personal superior de la OPS, incluidos los representantes de la OPS/OMS, que firmasen declaraciones sobre conflictos de intereses. Se recibieron con beneplácito las reformas sobre la gestión de las situaciones de emergencia, pero se señaló que aún persistían numerosos retos y se instó a la Oficina a seguir colaborando con los Estados Miembros para mejorar su preparación frente a las situaciones de emergencia y su capacidad de respuesta. También se señaló que aún faltaba trabajo por hacer en el área de reforma de la gobernanza. Los delegados consideraron que, para ser sostenible, la reforma debía ser un proceso constante. Se reiteró la recomendación en cuanto a los informes que se elaborasen en el futuro sobre la reforma de la OMS, y se sugirió que estos informes futuros podrían incluir otros temas como la actualización sobre la aplicación del FENSA e información sobre eventos significativos que fueran de interés para los Estados Miembros, como la Conferencia Mundial de la OMS sobre las ENT, que se celebraría en Montevideo (Uruguay) en octubre del 2017.

159. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) indicó que la Oficina elaboraría un documento en el cual se propondría un enfoque para la elaboración de los informes sobre la reforma de la OMS que se presentasen en el futuro. Este documento se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018.

160. La Conferencia tomó nota del informe.

Centros colaboradores de la OPS/OMS (documento CSP29/INF/2)

161. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que actualmente había 182 centros colaboradores en la Región, distribuidos en 15 países, que habían contribuido con la cooperación técnica que prestaba la Organización y le habían facilitado el acceso a experiencia en una amplia variedad de áreas en las cuales la OPS carecía de suficiente capacidad técnica o recursos humanos para satisfacer las necesidades de los Estados Miembros. El Comité había reafirmado la importancia de los centros colaboradores para fortalecer la cooperación técnica que presta la OPS y la OMS a los Estados Miembros y facilitar el intercambio de

experiencias y enseñanzas extraídas. No obstante, varios delegados habían señalado la necesidad de que hubiera una mayor transparencia y una mejor coordinación y comunicación entre los centros colaboradores y los gobiernos de los países donde estaban ubicados, y requirieron una mayor firmeza en el apoyo y la supervisión que presta la Oficina Sanitaria Panamericana para que el trabajo de los centros colaboradores tuviera una mayor repercusión en el país sede.

162. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con beneplácito el informe y señalaron que los centros eran un mecanismo de cooperación importante y costoeficaz, y reconocieron que permitían a la OPS sacar provecho a la experiencia y la capacidad de instituciones prominentes para brindar apoyo a las actividades de la Organización. Se señaló que los centros eran un ejemplo exitoso de panamericanismo. Sin embargo, se indicó que en el documento no se mencionaban todos los centros colaboradores en la Región ni todos los tipos de trabajo que realizaban, y se indicó que los Estados Miembros aprovecharían mejor sus servicios si tuvieran una descripción más completa de los centros. La Delegada de Argentina expresó su agradecimiento por la reciente designación del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) como centro colaborador, y reiteró el compromiso de su país de seguir colaborando con la OPS, la OMS y otros Estados Miembros en el área de la donación y el trasplante de órganos.

163. El doctor Francisco Becerra-Posada (Subdirector, OSP) indicó que los centros colaboradores eran una herramienta útil para satisfacer las necesidades altamente especializadas que la Oficina podía no estar en capacidad de satisfacer. Agregó que los delegados habían recibido un folleto en el cual había un hipervínculo a una página web con una lista de todos los centros colaboradores de la Región, desglosada por categorías de trabajo de la OPS. Subrayó que la Oficina constantemente examinaba su colaboración con los centros y siempre buscaba la aprobación del gobierno del país pertinente para la designación oficial como centro colaborador. La Oficina también estaba trabajando para mejorar la plataforma en Internet que suministraba información sobre los centros de manera que los Estados Miembros encontraran con mayor facilidad los campos en los cuales trabajaba cada uno de ellos. Agradeció a los Estados Miembros que estaban brindando apoyo a los centros colaboradores e instó a los países donde tenían su sede instituciones con el potencial de convertirse en centros colaboradores transmitir a la Oficina la información pertinente.

164. La Conferencia tomó nota del informe.

Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final (documento CSP29/INF/3)

165. La doctora Karen Sealey (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había celebrado el progreso logrado al abordar la violencia como problema de salud pública, pero había señalado que la Región de las Américas seguía siendo la más violenta de las seis regiones de la OMS, por lo que aún quedaba mucho trabajo por hacer. Se había estado de acuerdo en que había una urgente necesidad de incrementar las medidas de prevención y respuesta, y se había alentado a la OPS a buscar

maneras de potenciar al máximo la repercusión de las inversiones en prevención, programas, prácticas y políticas al esforzarse más por abordar la interconexión entre las diversas formas de violencia.

166. En el debate sobre el informe, los delegados aplaudieron el apoyo de la Oficina a los países en sus esfuerzos por enfrentar el problema de la violencia. Describieron la situación en sus países y los esfuerzos de sus gobiernos y de la sociedad civil para prevenir la violencia. Reconocieron la interconexión entre las diferentes formas de violencia y recomendaron aplicar de manera continua las medidas establecidas en los planes de acción regionales y mundiales. Se señaló que era necesario dar una respuesta coordinada por parte de los servicios clínicos y comunitarios, capacitar al personal de salud en cuanto al trauma psicológico y el apoyo a los sobrevivientes. Los delegados expresaron inquietud acerca del aumento observado en la violencia de género y de pandillas, e hicieron hincapié en que la violencia era un problema de la sociedad y que se necesitaría un cambio cultural para alcanzar las metas de los ODS relacionadas con la prevención de la violencia.

167. Hubo consenso en que la violencia y los traumatismos constituían un problema de salud pública grave que empeoraba los indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad y representaba una carga cada vez mayor para los sistemas de salud; no obstante, el tema había recibido poco reconocimiento, en parte debido a la falta de datos científicos que fundamentaran la formulación de políticas. Los delegados hicieron un llamamiento para que se mejorase la recopilación de datos para que incluyera la determinación de los factores de riesgo, el desglosamiento de los datos, mejores mecanismos de notificación, mayor intercambio de información y un enfoque integral multisectorial e institucional, con el sector de la salud desempeñando un papel clave en la identificación y el tratamiento de las víctimas, la presentación de informes y la prevención.

168. Hubo un amplio debate sobre la violencia interpersonal, en particular la violencia contra las mujeres, los niños y otros grupos vulnerables de la población, como los ancianos y la comunidad de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT, por su sigla en inglés), y el homicidio en los hombres. Al señalar que este tipo de violencia a menudo era provocada por el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, varios delegados destacaron la importancia de los servicios comunitarios de salud mental y rehabilitación por el consumo de drogas. Los delegados también subrayaron que era necesario adoptar un enfoque de género y fortalecer las estrategias de equidad de género, así como capacitar al personal de los hospitales para que reconocieran a las víctimas de la violencia doméstica, brindasen la atención apropiada y notificasen los casos a las autoridades. Se recomendó usar el paquete de estrategias INSPIRE de la OMS para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.

169. Se consideró que los traumatismos causados por el tránsito eran otro problema importante que requería la intervención del gobierno y la sociedad civil, especialmente en las zonas urbanas. Se señaló que muchos de estos traumatismos también estaban vinculados con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y que representaban una carga cada vez mayor para los sistemas de salud. Hubo consenso en que no se había prestado suficiente atención a este fenómeno.

170. Varios delegados destacaron la necesidad de restringir la disponibilidad y el uso de las armas de fuego. Uno señaló que el flujo de armas de fuego ilegales en su país estaba obstaculizando los esfuerzos de prevención de la violencia. Pidió ayuda a la OPS y la OMS y solidaridad a otros países para evitar el contrabando de armas de fuego a través de las fronteras. El Delegado de Colombia agregó que su país estaba desplegando una estrategia para combatir la violencia resultante del conflicto armado interno que había azotado al país por más de 60 años, y señaló que este conflicto había sido consecuencia de inequidades, problemas estructurales y normas sociales que permitían la violencia. Otros delegados informaron sobre las experiencias de sus países en la prevención de la violencia, y la delegación canadiense invitó a los Estados Miembros a asistir a la octava reunión sobre los hitos de la campaña mundial de prevención de la violencia, que se realizaría más adelante en Ottawa. Un representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina felicitó a la OPS por promover la causa para que se reconociera la violencia como problema de salud pública.

171. La doctora Kira Fortune (Directora interina, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OPS) agradeció a los Estados Miembros por la labor realizada al abordar la violencia y la prevención de la violencia. Señaló que todos habían informado sobre progresos en este campo, pero que persistían los retos. Se trataba de un problema complejo que requería soluciones complejas para las cuales se necesitaba el apoyo de otros sectores, como la justicia y la educación. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el primer acuerdo mundial con metas e indicadores en los que se abordaba la prevención de la violencia, representaba un cambio de paradigmas al no ser una agenda específica para un sector, lo que planteaba la oportunidad de trabajar con otros sectores para abordar el problema.

172. Era indispensable reconocer que la violencia era un problema de salud pública. Los sistemas de salud debían no solo identificar a las víctimas sino también recopilar datos y evidencia que pudieran usarse para colaborar con otros sectores a fin de conseguir que se aprobasen políticas y leyes sobre la violencia. De hecho, uno de los mayores retos que enfrentaba la Región era la falta de datos sobre la violencia. Los países estaban avanzando en la elaboración de planes de prevención de la violencia, pero la falta de datos de buena calidad estaba frenando dicho progreso. La Oficina colaboraría con otros sectores y con otros organismos de las Naciones Unidas para ayudar a mejorar la recopilación de datos.

173. La doctora Fortune explicó que era importante reconocer que los servicios de salud trataban de manera muy diferente a los hombres y las mujeres que habían sido objeto de violencia. Por ejemplo, los hombres que entraban al sistema de salud por haber sufrido una herida por arma de fuego se trataban como víctimas de violencia y se registraban en las estadísticas; en cambio, en el caso de las mujeres y los niños que experimentaban violencia doméstica y otros tipos de violencia no necesariamente ocurría lo mismo. La violencia contra la mujer constituía un reto enorme para la Región, por lo que la Oficina había dedicado mucho tiempo y recursos a la formulación de directrices e instrumentos que permitieran apoyar a las autoridades nacionales de salud para abordar este problema. También había trabajado mano a mano con los prestadores de atención de salud a fin de

ofrecer programas de capacitación para que el sector de la salud estuviese preparado para brindar atención a las víctimas que llegasen por intermedio del sistema de salud.

174. La violencia contra las personas mayores era un problema mucho mayor de lo que se creía. Los datos científicos más recientes indicaban que una de cada seis personas de edad había experimentado algún tipo de violencia. En mayo del 2017, la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado una resolución sobre el envejecimiento y la salud en la cual había una línea de acción específica sobre la violencia contra las personas mayores. La Oficina examinaría el problema y seguiría recopilando datos y formulando directrices basadas en el enfoque de la totalidad del curso de la vida.

175. Como lo había indicado el Delegado de Colombia, era importante abordar la violencia como un problema relacionado con la inequidad. La Oficina recientemente había creado una comisión de equidad, formada por personas con experiencia en género, derechos humanos y etnicidad. Una de las tareas de esta comisión era considerar la violencia de género en el marco de los determinantes sociales de la salud para entender mejor la raíz de este problema. El objetivo de la comisión era elaborar recomendaciones prácticas sobre cómo abordar los asuntos en cuestión.

176. La Directora señaló que, por las observaciones de los Estados Miembros, era evidente que en la Región la violencia era un problema importante que enfrentaba la sociedad. La violencia no solo tenía un efecto en la morbilidad y la mortalidad, sino también amplias implicaciones sociales y económicas. Era un problema polifacético, profundamente arraigado en otros como la inequidad, la pobreza y la privación de derechos en los jóvenes y los hombres en la Región. Por lo tanto, requería liderazgo y compromiso al más alto nivel en todos los Estados Miembros, de manera que la prevención de la violencia fuese de máxima prioridad. La Oficina seguiría trabajando con miras a alcanzar esa meta y fortalecería su programa de prevención de la violencia y los traumatismos, esforzándose para crear conciencia a todos los niveles de la sociedad y abogar firmemente por una acción conjunta, trabajando de cerca con los Estados Miembros, la comunidad académica, la sociedad civil y el sector privado para formular una respuesta de salud pública mucho más fuerte como parte de un esfuerzo multisectorial más amplio.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final (documento CSP29/INF/4)

177. La doctora Karen Sealey (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito los avances en cuanto a la prevención y el control del cáncer cervicouterino, al tiempo que había reconocido que quedaba mucho por hacer, especialmente para aumentar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las mujeres de los grupos vulnerables de la población. Hubo consenso sobre la importancia de intercambiar información, enseñanzas extraídas y mejores prácticas. Varios delegados habían mencionado la importancia de educar al público y contar con la participación de los trabajadores de atención de la salud y la sociedad civil en los esfuerzos para promover la introducción de la vacuna contra el VPH. Otros habían hablado sobre la necesidad de mejorar los sistemas de información de salud y los registros de casos de

cáncer cervicouterino, así como de aprovechar el Fondo Rotatorio para adquirir la vacuna contra el VPH a precios asequibles.

178. La Conferencia también recibió con satisfacción el progreso alcanzado, y subrayó el valor de la estrategia y plan de acción en las iniciativas emprendidas con el fin de brindar apoyo a la prevención del cáncer cervicouterino. Los delegados señalaron que, aunque este tipo de cáncer podía prevenirse y controlarse mediante un programa integral que abarcara educación de salud, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, seguía causando muertes prematuras y afectaba desproporcionadamente a las mujeres de los estratos económicos más bajos, lo que era una prueba de las desigualdades que existían en la Región en el ámbito de la salud. Los delegados instaron a la Oficina a prestar cooperación técnica de manera continua para fortalecer la respuesta de salud pública al problema.

179. Varios delegados describieron los programas de sus países para combatir el cáncer cervicouterino, que en la mayor parte de los casos formaban parte de los programas nacionales de enfermedades no transmisibles. Subrayaron la importancia de la prevención mediante la administración de la vacuna contra el VPH y la detección y el tratamiento tempranos de las lesiones precancerosas y el cáncer en sus fases iniciales. Se señaló que el costo de tratar el cáncer avanzado con cirugía, quimioterapia o radioterapia era muy elevado, especialmente en el Caribe, donde los pacientes de los países que no tenían servicios de radioterapia a menudo debían recibir tratamiento en el extranjero por cuenta del gobierno. Una delegada instó a dar un mayor uso a las herramientas de planificación, seguimiento y evaluación a objeto de hacer un seguimiento del tamizaje, aumentar la cobertura de las actividades de detección y mejorar la vinculación con los servicios de tratamiento.

180. Hubo consenso sobre la necesidad de que hubiera un mayor intercambio de información interinstitucional, más alianzas y una mejora en la recopilación de datos para fortalecer los sistemas de información sobre el cáncer, evaluar el desempeño de los programas y brindar apoyo en la toma de decisiones. Se instó a la Oficina a brindar más oportunidades para difundir información sobre las experiencias y las enseñanzas extraídas. Los delegados tomaron nota de que la Oficina había divulgado directrices basadas en la evidencia entre los directores de los programas nacionales contra el cáncer cervicouterino, que los ayudaría a actualizar las prácticas de tamizaje y aprovechar los últimos avances en este campo.

181. Con respecto a la prevención, muchas delegaciones informaron que sus países habían introducido en el calendario oficial de vacunación la vacuna contra el VPH para preadolescentes y adolescentes del sexo femenino y, en algunos casos, niños y adultos jóvenes del sexo masculino. No obstante, se observó que era necesario realizar campañas para vacunar a las personas mayores de 25 años. Varios delegados informaron sobre la resistencia a la vacunación debido a barreras culturales y religiosas, los esfuerzos de los grupos antivacunación y la publicidad negativa, y solicitaron que se realizaran campañas para que el público en general conociera mejor los beneficios de la vacuna contra el VPH. Los delegados subrayaron la importancia del Fondo Rotatorio para reducir el costo de la

vacuna y permitir a los Estados Miembros seguir con las actividades de vacunación en entornos con recursos limitados. Un delegado informó que su país estaba estableciendo una alianza con una empresa farmacéutica para producir la vacuna en el país y así poder aumentar su disponibilidad.

182. Los delegados también describieron los programas de tamizaje de sus países, la mayor parte de los cuales dependía de los frotis de Papanicolaou realizados de manera periódica o una inspección visual con ácido acético, aunque la prueba de VPH estaba introduciéndose gradualmente. Señalaron que, a pesar de la disponibilidad del tamizaje gratuito, persistían brechas en la cobertura, particularmente en las mujeres que vivían en zonas remotas, y mencionaron que la cobertura también se veía limitada por la renuencia de las mujeres a aprovechar los servicios de tamizaje. Una delegada instó a realizar esfuerzos para reducir la estigmatización y la desinformación acerca del tamizaje de cáncer cervicouterino para alentar a las mujeres a examinarse. Se destacó la importancia de las campañas de información y educación, así como de los eventos promocionales como el mes de concientización sobre el cáncer cervicouterino.

183. Una representante de la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos indicó que su organización estaba comprometida a colaborar con la OPS para promover e impulsar la prevención y el control del cáncer cervicouterino en la Región de las Américas. Señaló que la Alianza estaba trabajando conjuntamente con organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en Brasil y Perú para apoyar los esfuerzos para aumentar la concientización acerca de la prevención de la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino, y que estaría ampliando estas alianzas a otros países latinoamericanos.

184. El doctor Anselm Hennis (Director, Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) felicitó a los Estados Miembros por el considerable progreso logrado al mejorar su respuesta de salud pública respecto del cáncer cervicouterino. A ese momento, todos los países tenían programas de tamizaje por mandato público y nueve habían adoptado estrategias novedosas para mejorar el tamizaje. Entre ellas se encontraba en particular el uso de la prueba del VPH como estrategia de tamizaje primario, aunque la tradicional prueba de Papanicolaou seguía siendo la principal estrategia de tamizaje. Aunque el seguimiento del tamizaje tendía a ser el principal indicador del éxito de un programa, no había información alguna sobre la proporción de mujeres con resultados anormales en la prueba que hubieran recibido diagnóstico y tratamiento. Esto era un indicio de la necesidad de incorporar en los sistemas de salud indicadores sobre el desempeño de los programas de cáncer cervicouterino.

185. A diciembre del 2016, 23 países y territorios de la Región habían introducido la vacuna contra el VPH, en muchos casos con la facilitación ofrecida por el Fondo Rotatorio de la OPS, y todos los países de la Región, a excepción de algunos del Caribe, tenían servicios de radioterapia. No obstante, el alto costo del tratamiento contra el cáncer y las limitaciones en la capacidad de los sistemas de salud para abordar la radioterapia, la quimioterapia y las intervenciones quirúrgicas del cáncer seguían siendo obstáculos reales en los esfuerzos por mejorar la atención del cáncer. Los cuidados paliativos representaban otro reto, pues solo nueve países tenían este tipo de servicios.

186. Al comentar que se había observado un consenso entre los países en torno a la idea de que el cáncer cervicouterino afectaba desproporcionadamente a las mujeres que vivían en condiciones de vulnerabilidad, el doctor Hennis señaló la necesidad de hacer un llamamiento a la acción, ya que el cáncer cervicouterino era en gran medida eliminable. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros en el logro de esta meta.

187. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) se unió al doctor Hennis y felicitó a los Estados Miembros por el progreso logrado en la detección, la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Hizo hincapié en el importante papel que la vacuna contra el VPH había tenido en esos éxitos y agregó que el precio de la vacuna se había reducido considerablemente gracias a los esfuerzos del Fondo Rotatorio. Algunos datos científicos recientes indicaban que los países que habían introducido la vacuna contra el VPH justo después de que comenzara su comercialización habían registrado un drástico retroceso en la incidencia del cáncer cervicouterino en las cohortes que habían recibido la vacuna. Sin embargo, había inequidad en cuanto al acceso a la vacuna, porque los programas de prevención del cáncer cervicouterino se concentraban en los centros urbanos, aún faltaba llegar a las mujeres y las niñas de las zonas rurales, y los planes de vacunación debían poner el acento en la cobertura de esos grupos. Invitó a los países que todavía no lo hubieran hecho a introducir la vacuna contra el VPH en sus calendarios de vacunación, pues era la intervención más costoeficaz para controlar el cáncer cervicouterino.

188. La Conferencia tomó nota del informe.

Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final (documento CSP29/INF/5)

189. La doctora Karen Sealey (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había celebrado el progreso logrado según lo previsto en el plan regional decenal sobre salud bucodental. Hubo consenso sobre la importancia de la salud bucodental para la salud general y la prevención de las enfermedades sistémicas a lo largo del curso de la vida. Diversos delegados habían descrito los programas de salud bucodental de sus países y los logros alcanzados en este campo, y habían destacado la necesidad de realizar actividades integradas e intersectoriales que incluyeran programas educativos, alianzas con universidades, programas de salud bucodental en establecimientos de atención primaria de salud, fluoruración del agua y la sal, y programas nutricionales, entre otras medidas. Se había destacado la importancia de la intervención temprana mediante la realización de programas escolares.

190. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros agradecieron a la Oficina los esfuerzos realizados para mejorar la salud bucodental en la Región y subrayaron la importancia de la salud bucodental para la salud general de la población. Los delegados pidieron que se hiciera mayor hincapié en la salud bucodental y la integración sostenible de los programas de salud bucodental en la atención primaria de salud. Se señaló que estos programas no debían estar centrados únicamente en la caries dental, sino que también debían abordar las periodontopatías y el cáncer de la cavidad bucal. Varios delegados subrayaron la necesidad de elaborar registros de pacientes para fortalecer los sistemas de

información de salud mediante la incorporación de datos de salud bucodental. También señalaron que todas esas acciones requerirían más recursos materiales, financieros y humanos.

191. Hubo acuerdo en torno a la necesidad de que los equipos de atención primaria de salud estuvieran capacitados en salud bucodental y los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales. Se recomendó establecer alianzas con otras iniciativas regionales y mundiales para combatir las enfermedades no transmisibles crónicas, ya que esas enfermedades constituían los principales problemas de salud bucodental. Considerando el papel clave de la salud bucodental en el envejecimiento saludable y la calidad de vida, los delegados subrayaron la importancia de adoptar un enfoque de la totalidad del curso de la vida, e hicieron un llamamiento para que se establecieran alianzas con programas de salud escolar a fin de fomentar una buena salud bucodental a una edad temprana y a lo largo de la vida.

192. Los delegados expresaron su satisfacción por los grandes avances registrados en la reducción de los problemas de salud bucodental en la Región, y reconocieron el papel que habían desempeñado las universidades al capacitar a odontólogos y otros miembros del personal de salud bucodental y hacer investigaciones. Varios delegados describieron los programas de sus países y señalaron que estos programas hacían hincapié en la prevención de la caries y la gingivitis mediante una buena higiene bucodental, modos de vida y hábitos alimentarios saludables, y la fluoruración del agua y la sal. También observaron la necesidad de aumentar el acceso a servicios de calidad por parte de los grupos vulnerables y destacaron la importancia de dirigir las intervenciones preventivas y restaurativas a destinatarios específicos, como las embarazadas, los menores de 5 años, las personas mayores y las personas discapacitadas. También se señaló la necesidad de superar las barreras culturales para buscar atención dental.

193. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Familia, Género y Curso de Vida, OSP) afirmó que en los últimos 10 años se habían logrado avances considerables en la salud bucodental gracias a la fluoruración del agua y la sal y a las mejoras en los servicios de salud bucodental. Señaló que había una conexión clara entre la calidad de vida y una buena salud bucodental, y que era fundamental que se adoptara un enfoque preventivo que abarcara la totalidad del curso de la vida, partiendo de la gestación misma. También indicó que los datos y la vigilancia epidemiológica eran esenciales y agregó que la necesidad de que hubiera bases de datos integradas con información sobre la salud bucodental de niños y adultos jóvenes. En particular, se necesitaban datos sobre los grupos vulnerables, que tenían los mayores problemas de salud bucodental pero recibían la menor atención. Era muy importante adoptar un enfoque intersectorial y establecer una alianza con el sector educativo, ya que la escuela brindaba la oportunidad de promover intervenciones sobre prevención y suministrar información sobre los problemas de salud bucodental.

194. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) felicitó a los Estados Miembros por su progreso en el campo de la salud bucodental, que demostraba la prioridad que le habían dado. Subrayó que era esencial adoptar un método que abordase la salud

bucodental a lo largo del curso de la vida para proteger los dientes en los primeros años de vida y mejorar la calidad de vida en la vejez. Luego de mencionar la persistencia de las caries y las infecciones bucales, así como el aumento del cáncer de la cavidad bucal, recomendó a los Estados Miembros considerar la posibilidad de asignar a la salud bucodental una alta prioridad en el ejercicio de asignación de prioridades para el próximo Plan Estratégico de la OPS y afirmó que la Oficina seguiría trabajando con los países para integrar la salud bucodental en el enfoque de la totalidad del curso de la vida como un asunto relacionado con la calidad de vida.

195. La Conferencia tomó nota del informe.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (documento CSP29/INF/6)

196. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) presentó el informe (documento CSP29/INF/6) y explicó que estaba dividido en dos partes. En la primera parte, en la cual se resumía la información enviada por los países de la Región de las Américas sobre su progreso en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, se indicaba que la Región estaba avanzando de manera lenta pero constante en el establecimiento de las capacidades básicas del RSI, aunque persistían algunos puntos débiles, especialmente en relación con la capacidad para enfrentar las emergencias químicas y radiológicas. En la segunda parte se presentaban las consultas hechas con los Estados Miembros sobre la elaboración de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, y se resumían las conclusiones de la consulta regional que se había realizado en São Paulo (Brasil) en julio del 2017. Las principales recomendaciones de esa consulta habían sido que el plan estratégico mundial quinquenal debía estar separado del marco de monitoreo y evaluación del RSI, que el plan quinquenal debía ser más estratégico y que las evaluaciones externas conjuntas realizadas conforme al marco de monitoreo y evaluación debían seguir siendo voluntarias.

197. La Conferencia recibió con beneplácito el progreso logrado en la aplicación del Reglamento, pero reconoció que aún quedaba trabajo por hacer. Los delegados describieron las medidas que sus países habían adoptado para establecer y fortalecer las capacidades básicas del RSI y subrayaron los retos habían enfrentado. Se recibió con satisfacción que se desistiera de poner una fecha definitiva para la aplicación plena del Reglamento; una delegada expresó alivio al señalar que lograr el cumplimiento del RSI ahora se consideraba un proceso continuo y no una carrera para cumplir un plazo. Se señaló que algunas capacidades, como la capacidad avanzada en materia de laboratorios y la respuesta a eventos químicos y radiológicos y eventos nucleares, podrían abordarse mejor a nivel regional o subregional, en particular en el caso de los pequeños estados insulares en desarrollo. Se solicitó a la Oficina elaborar un procedimiento especial para brindar apoyo a los países que hubieran encontrado más dificultades para establecer sus capacidades básicas.

198. Varios delegados destacaron los efectos positivos que había tenido la aplicación del RSI en sus países, como el fortalecimiento de los sistemas de salud, el fortalecimiento de la

capacidad de alerta y respuesta, y el establecimiento de vínculos y alianzas más fuertes con otros sectores, lo que a su vez había facilitado la movilización de apoyo a los esfuerzos por mejorar la capacidad de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia. Diversos delegados señalaron que se entendía cada vez más que el RSI era una herramienta para aumentar la capacidad de ejecutar las funciones esenciales de salud pública y para institucionalizar los mecanismos de colaboración intersectoriales. Se hizo hincapié en la necesidad de evitar distracciones y desacuerdos, y permanecer centrados en la meta de aplicar plenamente el RSI.

199. Con respecto al proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública y el marco de monitoreo y evaluación del RSI, los Estados Miembros respaldaron las conclusiones de la consulta regional del 2017. Los delegados expresaron su apoyo a los nueve principios orientadores del plan quinquenal, pero señalaron que el plan se consideraba un trabajo en curso y solicitaron que se revisara para que tuviera la visión estratégica deseada. Los delegados subrayaron que el pilar estratégico 1 debía establecer un vínculo entre las capacidades básicas del RSI y las funciones esenciales de salud pública; asimismo, debía reflejar la variación entre los Estados Partes con respecto a la madurez de los sistemas de salud y el estado de aplicación del Reglamento. No se consideró necesario formular un plan operativo regional quinquenal separado de los planes de trabajo bienales de la OPS.

200. Hubo amplio acuerdo en que el marco de monitoreo y evaluación del RSI debía presentarse como un documento independiente, separado del proyecto de plan estratégico mundial, para su consideración y adopción por parte de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018. Sin embargo, un delegado expresó que, como ya estaba en uso un documento técnico voluntario, no era necesario que el marco de monitoreo y evaluación fuese objeto de más debates en los órganos deliberantes. Los delegados hicieron hincapié en que los componentes voluntarios del marco de monitoreo y evaluación debían seguir siendo voluntarios. También subrayaron que los puntos de vista expresados en las consultas regionales celebradas en los años 2015, 2016 y 2017 debían tenerse en cuenta en el proceso consultivo en curso, y pidieron que el informe de la consulta de São Paulo⁶ se presentara al Consejo Ejecutivo de la OMS.

201. El doctor Peter Salama (Director Adjunto, Programa de Emergencias Sanitarias, OMS) elogió a la Región por haber hecho realmente suyo el RSI y por haber estado a la vanguardia en el establecimiento de las funciones esenciales de salud pública. Aseguró a los Estados Miembros que la Secretaría de la OMS no estaba buscando adoptar un enfoque universal para el marco de monitoreo y evaluación ni para el plan estratégico mundial quinquenal. La Secretaría estaba comprometida con que el proceso de consulta fuera transparente e inclusivo y seguiría realizando consultas por Internet para que los Estados pudieran dar nuevos aportes. El 2 de noviembre del 2017 se realizaría una reunión de un día completo en Ginebra, lo que brindaría otra oportunidad de analizar las revisiones al proyecto de plan quinquenal.

⁶ Disponible en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2524&Itemid=1179&lang=es.

202. Afirmó que los componentes voluntarios del marco de monitoreo y evaluación seguirían siendo voluntarios. Aunque la Secretaría no necesariamente creía que fuera necesario otro documento sobre monitoreo y evaluación, estaba dispuesta a analizar una posible resolución para aprobar el plan estratégico quinquenal y el marco de monitoreo y evaluación como dos componentes importantes del trabajo sobre el RSI.

203. Señaló que, aunque persistían brechas en cuanto a la aplicación del Reglamento, se habían logrado avances extraordinarios. En su opinión, era importante hacer una pausa y reconocer ese progreso y no permitir que los desacuerdos impidiesen que el RSI se aplicase firmemente a escala mundial.

204. El doctor Ugarte indicó que en algunos casos posiblemente era mejor adoptar un enfoque subregional o regional para el desarrollo de las capacidades básicas. Señaló que la Región de las Américas era la única región de la OMS que había realizado una consulta como la de São Paulo, con la participación de todos los países y territorios, y observó que tal participación era esencial para que el proceso de ejecución del RSI fuera colectivo y transparente.

205. La Directora expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su activa participación en el proceso de consulta y por las mejoras de las capacidades básicas del RSI registradas en los dos últimos años. Subrayó la importancia de la notificación temprana de eventos de salud pública de posible importancia internacional, y explicó que dicha notificación era fundamental para que la Oficina estuviese en capacidad de colaborar con el país afectado y con los países vecinos para contener la amenaza.

206. La Conferencia tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CSP29/INF/7, A-M)

207. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, en relación con el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, los Estados Miembros habían reconocido que los determinantes sociales de la salud y las decisiones tomadas por sectores diferentes del sector de la salud podían afectar la salud de la población, positiva o negativamente, y habían subrayado la necesidad de usar enfoques intersectoriales para abordar los problemas de salud pública. Con respecto al informe sobre la *Enfermedad renal crónica en las comunidades agrícolas de Centroamérica*, se había destacado la necesidad de adoptar medidas educativas y preventivas dirigidas a la población joven en edad de trabajar, las familias y las comunidades, así como la necesidad de realizar vigilancia epidemiológica en los entornos ocupacionales.

208. En cuanto al informe sobre *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, los delegados habían afirmado que todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, tenían derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pudiera lograr, y habían destacado la necesidad impartir capacitación para que los prestadores de atención de salud

comprendieran la manera en que los estereotipos y la discriminación relacionados con el género podían afectar la salud. Con respecto al informe sobre *Salud y los derechos humanos*, los delegados habían señalado que el marco conceptual tenía en cuenta muchos determinantes importantes que repercutían en la salud y el bienestar, pero no reconocía expresamente la igualdad de género como un determinante de la salud. Se alentó a la Oficina a integrar la igualdad de género como un aspecto clave en toda la cooperación técnica que prestase en el campo de la salud y los derechos humanos.

209. Se había señalado el escaso progreso alcanzado en el avance hacia las metas establecidas en el *Plan de acción sobre la inmunización* y se había subrayado la necesidad de que los Estados Miembros confirmaran su compromiso con el mantenimiento de una cobertura alta de la vacunación. Se había hecho hincapié en que era necesario mantener las metas alcanzadas con respecto al sarampión y la rubéola, en particular si se consideraba que la migración y otros factores entrañaban el riesgo de que se introdujeran casos. En lo que respecta a la *Estrategia y plan de acción sobre epilepsia*, los delegados habían expresado su apoyo a los ajustes propuestos a varios indicadores y habían subrayado la importancia de combatir el estigma asociado con esta enfermedad.

210. En relación con el *Plan de acción sobre la salud mental*, se había expresado un fuerte apoyo a los modelos comunitarios de atención a las personas con problemas de salud mental, y se había subrayado la importancia de incorporar los servicios de salud mental a la atención primaria de salud. También se había expresado apoyo a las medidas que se recomendaban en el informe de progreso, en particular las relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia y la mejora de la exactitud de la información sobre el suicidio en la Región. Con respecto al *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación*, se había recomendado incluir en los informes que se presentasen en el futuro información sobre la inversión a nivel de país para capacitar y contratar a profesionales de la salud capacitados para atender a personas con discapacidad, así como ejemplos de mejores prácticas sobre intervenciones relacionadas con los sistemas de salud que tuvieran como objetivo mejorar la vida y el bienestar de las personas con discapacidad.

211. En el debate que se entabló en el Comité acerca del examen a mitad de período del *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria*, la Delegada de Ecuador había descrito el trabajo que había emprendido su país a partir de las enseñanzas extraídas del terremoto que recientemente había azotado a Ecuador. Con respecto al informe de progreso sobre *La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas*, los delegados habían subrayado el valor de intercambiar experiencias exitosas y enseñanzas extraídas, y habían recomendado que en los informes futuros se incluyeran ejemplos concretos de cooperación para el desarrollo sanitario así como información sobre los resultados logrados.

A. *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso*

212. Se señaló que un enfoque de salud en todas las políticas podría fomentar una mayor equidad en el ámbito de la salud, y se subrayó la función del Estado al abordar los

determinantes sociales de la salud y defender el derecho de la población a participar en la promoción de su propia salud.

213. La doctora Kira Fortune (Directora interina, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) afirmó que la equidad era el eje central del *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*. Luego de señalar que se consideraba que la Región estaba en una posición líder en cuanto a la manera de poner en práctica el enfoque de la salud en todas las políticas, dijo que la Oficina estaba trabajando de la mano con los Estados Miembros para documentar el progreso logrado y definir las mejores prácticas en ese sentido. Además, la Oficina había establecido un grupo de estudio sobre los ODS y la salud en todas las políticas, que había emprendido un análisis meticuloso de los ODS y elaborado un plan de trabajo concreto.

214. La Conferencia tomó nota del informe.

B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso

215. Los delegados afirmaron que la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales era un grave problema de salud pública, especialmente en los países de Centroamérica, e hicieron hincapié en la necesidad de emprender una acción multisectorial para abordar esta enfermedad. Se consideró especialmente importante colaborar con el sector agropecuario para establecer normas sobre el uso de plaguicidas y reducir los riesgos asociados. Los delegados también subrayaron la necesidad de adoptar un enfoque preventivo y apuntar al diagnóstico y el tratamiento tempranos, e instaron a la Oficina a brindar un mayor apoyo a las actividades de prevención en los países. Se destacó la importancia de mejorar la vigilancia epidemiológica para determinar la verdadera magnitud del problema. Los representantes de dos ONG que trabajaban en el área de nefrología hicieron hincapié en la necesidad de que se realizasen investigaciones para comprender mejor las enfermedades renales de causas no tradicionales. Uno señaló además que la enfermedad estaba presentándose también en otras regiones.

216. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) indicó que la prevención y la detección temprana eran fundamentales para evitar las complicaciones características de las etapas avanzadas de la enfermedad renal y reducir al mínimo la necesidad de trasplantes renales. Aunque la capacidad de detección y diagnóstico estaba mejorando, todavía faltaba mucho camino por recorrer para poder diferenciar la enfermedad renal crónica debida a la diabetes mellitus, la hipertensión y otras causas tradicionales de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales o desconocidas. También señaló la importancia de la vigilancia epidemiológica y la necesidad de coordinación intersectorial para abordar el problema, y afirmó que la Oficina fortalecería sus actividades de cooperación técnica con los Estados Miembros en esas áreas.

217. La Conferencia tomó nota del informe.

C. *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período*

218. Los Estados Miembros recibieron con beneplácito el progreso logrado conforme a lo previsto en el plan de acción y subrayaron la importancia de la donación voluntaria no remunerada. Se solicitó a la Oficina seguir brindando apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros para promover este tipo de donación, lograr la autosuficiencia de sangre y hemocomponentes, y garantizar la seguridad del suministro de sangre. Los delegados solicitaron apoyo para mejorar sus sistemas de gestión de la información a fin de poder evaluar la suficiencia y la seguridad del suministro de sangre. También se solicitó a la Oficina que facilitara el intercambio de experiencias exitosas y mejores prácticas.

219. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) hizo hincapié en la conexión entre las actividades emprendidas con el fin de reorganizar y consolidar los servicios de sangre para mejorar la eficiencia, reducir al mínimo los desechos y mejorar la donación y la transfusión, por una parte, y las actividades que tenían como objetivo aumentar el acceso a servicios de salud comunitarios e integrales que estuvieran centrados en la persona. Esta conexión formaba parte de los esfuerzos por lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. También se refirió a la necesidad de fortalecer la gobernanza, la rectoría y la capacidad de regulación para velar por la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos, en particular la sangre y sus derivados. Señaló que las limitaciones en cuanto a la capacidad de fraccionamiento eran un problema en la Región, como también lo era el desperdicio de sangre, y agregó que la Oficina prestaría más atención a estas cuestiones. También transmitiría los resultados de estudios actualmente en marcha sobre los obstáculos culturales, socioeconómicos y de otro tipo que impedían el acceso a los servicios de sangre en la Región.

220. La Directora señaló que en la Región se necesitaban mejoras considerables con respecto al acceso a sangre segura. Solo quince países disponían de un plan estratégico nacional a este fin y solo diez países de América Latina y el Caribe tenían donación ciento por ciento voluntaria y no remunerada. El aumento de los niveles de violencia y del número de traumatismos aumentaría la demanda de sangre, por lo que los Estados Miembros y la Oficina debían intensificar sus esfuerzos para garantizar que hubiera suficiente oferta de sangre y hemoderivados seguros y de buena calidad.

221. La Conferencia tomó nota del informe.

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

222. Los delegados informaron sobre los esfuerzos que habían realizado sus países para mejorar el acceso a los servicios de salud y afrontar la discriminación contra las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT por su sigla en inglés), y destacaron la importancia de los enfoques basados en los derechos. Se instó a los gobiernos a

despenalizar la conducta homosexual, apoyar la labor de las organizaciones LGBT locales y luchar contra la violencia y la discriminación a causa de la orientación sexual o la identidad de género de una persona. Se dirigió la atención al problema de la discriminación interseccional contra las personas LGBT, que también podían enfrentar discriminación por cuestiones de raza, etnicidad u otros factores. Se destacó la importancia de los servicios de salud mental para las personas LGBT, y se subrayó necesidad de capacitación para combatir los estereotipos y la estigmatización de las personas LGBT por parte de profesionales de la salud, así como la importancia de incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y programas de salud. También se consideró importante mejorar la recopilación de datos para fundamentar la formulación de políticas y la toma de decisiones, aunque se puso el acento en la necesidad de proteger la privacidad de las personas LGBT. Se recomendó incluir a las personas intersexo en el grupo al que estaba dirigida la resolución CD52.R6. Se pidió a la Oficina que facilitara la búsqueda y difusión de experiencias exitosas, y que considerara la posibilidad de elaborar directrices para abordar los temas planteados en el próximo informe de la Directora sobre la situación de salud y el acceso a la atención por parte de las personas LGBT.

223. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) describió algunas de las medidas que la Oficina había adoptado para poner en práctica la resolución CD52.R6, y señaló que la Región de las Américas era la primera región de la OMS que aprobaba una resolución específica sobre los derechos de las personas LGBT y las disparidades que enfrentaban en el acceso a los servicios de la salud. Para realizar el informe que se solicitaba en esa resolución, la Directora había establecido un grupo de trabajo interprogramático a fin de recopilar información no solo de los Estados Miembros sino también de organizaciones no gubernamentales y otros interesados directos. La Oficina estaba convencida de que la información que había recopilado le permitiría formular recomendaciones prácticas con respecto a las medidas legislativas y de otro tipo que los Estados Miembros podrían aplicar a nivel de país para reducir la discriminación y mejorar el acceso a la atención para las personas LGBT.

224. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) señaló que en el informe de progreso se indicaba claramente que se habían logrado considerables avances en la prestación de servicios a la población LGBT. Sin embargo, el progreso había sido desigual y aún había grandes brechas que debían subsanarse. Un reto clave era superar la discriminación y la estigmatización, así como lograr la protección financiera y el acceso a la cobertura del seguro para las personas LGBT. También era evidente que se necesitaban programas de capacitación y fortalecimiento de la capacidad para que los profesionales de la salud pudieran brindar una atención apropiada desde un punto de vista cultural.

225. La Conferencia tomó nota del informe.

E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso

226. Se subrayó la necesidad de incorporar la perspectiva de los derechos en todas las políticas de salud y en la labor relacionada con los ODS, así como la necesidad de trabajar

con las ramas legislativa y judicial del gobierno y con la sociedad civil para proteger el derecho a la salud.

227. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) hizo hincapié en que los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, eran un tema transversal en la labor de la Oficina y aseguró a las delegaciones que la Oficina estaba dispuesta a ayudar a cualquier Estado Miembro que solicitara cooperación técnica con respecto a la salud y los derechos humanos.

228. La Conferencia tomó nota del informe.

F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período

229. Los delegados pusieron de relieve la necesidad de intensificar los esfuerzos para lograr las metas establecidas en el plan de acción, y señalaron que la falta de avances que se observaba hasta la fecha, aunada a la movilidad cada vez mayor de la población, aumentaba el riesgo de que reemergieran enfermedades que se habían eliminado en la Región. Se destacó la importancia de la vacunación para el logro de los ODS. Además se subrayó la necesidad de mantener el compromiso de los países con los programas de vacunación, así como la necesidad de que hubiera campañas de información para contrarrestar la reticencia a la vacunación. Los delegados expresaron su agradecimiento por la contribución prestada por la OPS al fortalecimiento de sus programas de vacunación, en particular mediante el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, y afirmaron que la vacunación seguía siendo una de las intervenciones de salud pública más costoeficaces.

230. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su fuerte compromiso con la vacunación, y agregó que la Región había logrado avances extraordinarios en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Para proteger los logros alcanzados, era necesario mantener una vigilancia epidemiológica eficaz y garantizar suficientes recursos financieros y humanos para los programas de vacunación. Aseguró a los Estados Miembros que la Oficina seguiría apoyando sus esfuerzos en esas áreas.

231. La Directora señaló que había evidencia de que se había reducido la cobertura de algunas de las vacunas más antiguas y subrayó que para prevenir la reintroducción de enfermedades que habían sido eliminadas era necesario mantener alta la cobertura de todas las vacunas en todos los municipios de todos los países. Alentó a los Estados Miembros a actuar de manera solidaria y comprar las vacunas por medio del Fondo Rotatorio, para que así todos los países pudieran seguir teniendo acceso a las vacunas a bajo costo. Indicó que la reticencia a la vacunación era un problema grave y agregó que la Oficina colaboraría con los Estados Miembros a fin de formular una estrategia para abordarlo.

232. La Conferencia tomó nota del informe.

G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período

233. Los delegados señalaron que la epilepsia era una causa importante de años de vida saludable perdidos, a pesar de que el costo de prevenir y tratar esta enfermedad era relativamente bajo. Para mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia era fundamental luchar contra la estigmatización asociada con la enfermedad. Además, para poner en práctica programas eficaces de prevención y tratamiento se requerían los esfuerzos continuos del gobierno, el sector privado y el sector social. Se brindó apoyo a la propuesta de ajustar los indicadores 1.1.1, 1.2.1 y 1.2.3. Asimismo, se indicó que los Estados Miembros debían considerar la posibilidad de establecer uno o varios indicadores para el objetivo 3.2, los cuales podrían usarse para dar seguimiento a la ejecución de programas educativos estandarizados sobre la epilepsia y campañas informativas dirigidas al público en general.

H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período

234. Los delegados subrayaron que la salud mental era tan importante como la salud física y que ambas estaban interrelacionadas. Elogiaron los esfuerzos constantes de la OPS para prevenir las enfermedades mentales y promover el bienestar mental, e hicieron hincapié en los costos económicos y sociales de una mala salud mental. Además, expresaron que apoyan firmemente los modelos comunitarios de atención para personas con problemas de salud mental y destacaron la importancia de incorporar los servicios de salud mental a la atención primaria de salud. También pusieron de relieve la importancia de brindar apoyo a las familias de las personas con trastornos mentales. Los delegados expresaron preocupación por el problema del suicidio, cada vez mayor, y mencionaron la vinculación entre una mala salud mental y el aumento del riesgo de padecer traumatismos intencionales y no intencionales. Asimismo, hicieron hincapié en la importancia de adoptar un enfoque del curso de la vida al abordar la salud mental. Una delegada subrayó la necesidad de prestar más atención a las necesidades de salud mental específicas de los jóvenes, mientras otro hizo hincapié en la necesidad de que los servicios de salud abordasen la carga cada vez mayor que representaban los problemas de salud mental asociados con el envejecimiento de la población. Una delegada señaló que podía haber un aumento de los problemas de salud mental después de huracanes y otros desastres naturales.

I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período

235. Los delegados ratificaron su apoyo al plan de acción y describieron las medidas que sus países habían adoptado para fortalecer los servicios de atención de salud y rehabilitación para las personas con discapacidad y promover su inclusión, proteger sus derechos y evitar la discriminación. El Delegado de Brasil hizo hincapié en la necesidad de prepararse para tratar las discapacidades asociadas con la microcefalia en los niños nacidos de mujeres que habían sido infectadas por el virus del Zika durante el embarazo. Varios delegados se refirieron a la necesidad de disponer de más y mejores datos sobre discapacidad, y pidieron a la Oficina que apoyara a los países en el fortalecimiento de sus sistemas de información. También se solicitó apoyo para la capacitación de los recursos

humanos. Asimismo, se solicitó a la Oficina que en los informes de progreso que presentase en el futuro especificase los países que forman la línea de base de los diferentes indicadores y los que habían alcanzado las metas respectivas.

236. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP), luego de responder a las observaciones sobre los exámenes de mitad de período de los planes de acción sobre la epilepsia, la salud mental y las discapacidades y la rehabilitación, felicitó a los Estados Miembros por el progreso logrado en estas tres áreas. Con respecto a la epilepsia, coincidió con los delegados en que era fundamental luchar contra la estigmatización, así como mejorar la atención a lo largo del curso de la vida. También coincidió en la necesidad de fortalecer los servicios a nivel de la atención primaria de salud, y tomó nota de las recomendaciones formuladas con respecto a las mejoras de los indicadores y los objetivos. Recibió con satisfacción que hubiera una mayor integración entre la salud mental y los servicios de atención primaria de salud. Además, reconoció los llamamientos a empoderar a las familias de las personas con enfermedades mentales y señaló que la Oficina ya había empezado a trabajar en ese sentido. También reconoció los retos que los Estados Miembros enfrentaban con respecto a los datos y la información, y agregó que estas áreas requerirían cooperación técnica e inversiones significativas. Señaló además el progreso alcanzado en cuanto a las discapacidades y la rehabilitación, así como el éxito de los sistemas usados para emitir certificaciones de discapacidad. Alentó a todos los Estados Miembros a incluir la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en sus sistemas de certificación.

237. La Conferencia tomó nota de los informes.

J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período

238. Los delegados recibieron con satisfacción el progreso logrado conforme a lo previsto en este plan de acción. Una delegada señaló que coordinar de manera eficaz la ayuda humanitaria era más importante que nunca en una época en que el cambio climático era evidente, los fenómenos meteorológicos graves eran cada vez peores y se presentaban epidemias, lo que repercutía en la salud y causaba daños en el ecosistema y grandes pérdidas económicas. Subrayó la necesidad de buscar la eficiencia y evitar la duplicación de esfuerzos al ejecutar los planes para coordinar la ayuda humanitaria. Se puso de relieve la importancia de que hubiera coordinación entre los programas de emergencias de salud de la OMS y la OPS, y se solicitó información sobre la manera en que la OPS usaría el sistema de gestión de incidentes de la OMS. Los delegados describieron las medidas que habían adoptado sus países en lo referente a procedimientos administrativos e infraestructura física con el fin de coordinar la ayuda humanitaria. Se informó que los Estados Miembros de UNASUR habían adoptado recientemente una declaración sobre los requisitos mínimos de los equipos de personal médico de emergencia y que varios países latinoamericanos estaban colaborando para establecer una red logística.

239. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) señaló que el plan de acción se había formulado teniendo en cuenta las capacidades ya establecidas en la Región. Indicó que la mayor parte de las metas establecidas en el plan ya se habían alcanzado o excedido porque la Región tenía desde hace muchos años una importante capacidad instalada, que se había fortalecido aún más gracias al apoyo financiero brindado por diversos países. Además, la Región había adoptado años atrás muchas de las iniciativas que la OMS estaba promoviendo en ese momento, como el sistema de gestión de incidentes y la red de equipos de personal médico de emergencia. Hizo énfasis en que resultaba evidente que las iniciativas emprendidas con el fin de tener hospitales seguros, inteligentes y resilientes habían dado frutos: en los países afectados recientemente por huracanes, algunos hospitales habían sufrido daños pero todos habían seguido funcionando, y en México ningún hospital se había derrumbado tras el terremoto reciente.

240. La Directora indicó que los Estados Miembros podían sentirse orgullosos por los programas de emergencias que se habían establecido en la Región en el curso de los años. Confirmó que la OPS estaba trabajando de cerca con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, transmitiendo experiencias y enseñanzas. Sin embargo, señaló que, como lo había dicho el doctor Ugarte, las actividades de la OPS en cuanto a las emergencias de salud en ciertos aspectos eran más avanzadas que las de la OMS y agregó que no le parecía recomendable dar marcha atrás a lo que estaba haciendo la OPS sencillamente para estar bien coordinada con la OMS.

241. La Oficina había adoptado un enfoque de “toda la Oficina” en la respuesta a los desastres y a la ayuda humanitaria. Se habían creado procedimientos para que gran parte del trabajo de respuesta fuese automático: cuando ocurría un desastre, el personal de las áreas de compras, finanzas y recursos humanos sabía cuáles eran sus funciones y entraba en acción de inmediato. La reducción del riesgo de desastres era un componente importante del Programa de Emergencias de Salud de la OPS, pues ayudaba a fortalecer la capacidad en los países y a mitigar o prevenir desastres. La Oficina seguiría evaluando la respuesta a todos los desastres y aplicando las enseñanzas extraídas para fortalecer aún más sus capacidades en cuanto a la gestión de emergencias.

242. La Conferencia tomó nota del informe.

K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso

243. Los delegados recibieron con beneplácito el progreso alcanzado en esta área. Indicaron que cualquier actividad nueva que se emprendiera en este contexto debía definirse en consulta con los Estados Miembros y debía incluir asistencia técnica diferenciada adaptada a las necesidades de cada país en particular. Varios delegados elogiaron la asistencia brindada por el Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) para fortalecer las capacidades de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud de la Región, particularmente en el área de la diplomacia en pro de la salud. Se señaló que el fortalecimiento de la capacidad de la diplomacia en pro de la salud permitiría a los Estados Miembros participar de manera

más eficaz en la agenda mundial de salud y en la gobernanza del sector de la salud a escala mundial. Se alentó a la Oficina a seguir cooperando con el centro. Asimismo, se instó a la Oficina a facilitar el intercambio y la difusión de información sobre posibles oportunidades de cooperación y sobre las experiencias de cooperación exitosas.

244. La señora Ana Solis-Ortega Treasure (Jefa, Oficina de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) felicitó a los Estados Miembros por sus esfuerzos para promover la cooperación para el desarrollo sanitario como un aspecto de la cooperación Sur-Sur. Señaló además la necesidad de reforzar y promover las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. Reconoció la necesidad de fortalecer las oficinas de relaciones internacionales, como lo habían solicitado varios Estados Miembros, y de seguir trabajando para fortalecer la cooperación entre los países. Luego de reconocer las diferentes recomendaciones planteadas sobre la manera de mejorar la labor de la OPS, indicó que la Organización había establecido un mecanismo de financiamiento de la cooperación para el desarrollo sanitario y alentó a las autoridades de salud a presentar las propuestas de proyectos pertinentes al representante de la OPS/OMS en su país.

245. La Directora señaló que la Región llevaba mucho tiempo trabajando por medio de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular. La Oficina había formalizado un programa para brindar apoyo a la cooperación para el desarrollo sanitario entre los países, pero había reconocido que para mejorar este programa también debía incorporarse una red de funcionarios de relaciones internacionales dentro de los ministerios de salud. Una de las áreas en las cuales se necesitaba trabajo adicional era la creación de un repositorio de proyectos, incluidos los que se llevaban a cabo entre los países sin la participación de la OPS. Hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que ayudaran a crear un repositorio de información sobre proyectos, que sería beneficioso para la Región en general.

L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso

246. Un delegado señaló que se habían registrado algunos problemas en la compra de productos inmunobiológicos mediante el Fondo Rotatorio debido a interrupciones de la cadena de frío y retrasos al reemplazar los productos inmunobiológicos que se habían rechazado a raíz de dichas interrupciones.

247. El señor John Fitzsimmons (Jefe, Programa Especial para el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, OSP) dijo que la Oficina sabía que había habido problemas con la cadena de frío de algunas vacunas y productos inmunobiológicos comprados mediante el Fondo Rotatorio. El tema era complejo y estaba vinculado con la relación entre los proveedores y las empresas de transporte. La Oficina estaba colaborando con los proveedores de los Estados Miembros para evitar que se repitieran los problemas en la cadena de frío y asegurar que los productos llegaran en las condiciones establecidas en el contrato de compra. En ese momento se estaba llevando a cabo una evaluación de la situación; la Oficina remitiría sus resultados a los Estados Miembros oportunamente.

M. Situación de los Centros Panamericanos

248. La Conferencia tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CSP29/INF/8, Rev. 1, A-C)

249. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud y varios organismos subregionales considerados de particular interés para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había prestado especial atención a la resolución de la Asamblea de la Salud sobre los *Recursos humanos para la salud y la aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas*, así como a la decisión sobre el *Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Con respecto a las acciones de los organismos subregionales de interés para la OPS, se había señalado que las organizaciones de integración subregional de Centroamérica, el Caribe y América del Sur habían aprobado varias resoluciones y acuerdos sobre asuntos relacionados con la salud, y que la Oficina se había comprometido a apoyar los procesos subregionales en áreas como las negociaciones conjuntas sobre el precio de los medicamentos de alto costo, la coordinación de las políticas sobre la capacitación de los recursos humanos para la salud, y la respuesta a las enfermedades transmitidas por vectores.

A. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud

250. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) felicitó a los países de la Región por su trabajo en la Asamblea Mundial de la Salud, donde habían presentado varias posiciones regionales de manera coordinada y habían desempeñado muchas funciones de facilitación.

251. La Conferencia tomó nota del informe.

B. 47.^o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

252. La Conferencia tomó nota del informe.

C. Organizaciones de integración subregional

253. Un delegado recibió con beneplácito que se incluyera en el documento información adicional sobre las organizaciones de integración de América del Sur, pero señaló que no se había presentado información sobre el trabajo del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS). El Delegado de Brasil señaló que su país recientemente se había hecho cargo de la presidencia del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y organizaría una reunión de los ministros de salud de MERCOSUR en diciembre del 2017 para analizar,

entre otros temas, las enfermedades crónicas no transmisibles y los recursos humanos para la salud. También recomendó que la OPS debía promover los intereses de la Región de las Américas en el contexto del G-20, en el cual participaban cinco países de la Región. Argentina presidiría el G-20 en el 2018.

254. La Directora explicó que en el informe solo se presentaban las entidades subregionales más grandes y se proporcionaba una visión amplia de los temas que se trataban y las decisiones que se tomaban a nivel estratégico dentro de cada subregión. Había muchas otras entidades subregionales, por lo que no sería factible incluir información sobre todas. Confirmó que tanto la Oficina como la Secretaría de la OMS ya estaban en conversaciones con Argentina para que la salud tuviera un lugar en los debates del G-20.

255. La Delegada de Argentina expresó su agradecimiento a la Oficina y la Secretaría de la OMS por su ayuda en la preparación para el arduo trabajo que se esperaba por el G-20.

256. La Conferencia tomó nota del informe.

Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA) (documento CSP/INF/9)

257. El doctor Rubén Nieto (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como el Marco o FENSA por su sigla en inglés) había reemplazado las *Normas de la Organización Panamericana de la Salud sobre la colaboración con empresas privadas* y los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*. También se había informado al Comité sobre otras medidas tomadas para aplicar el Marco en la Región, como la publicación de un boletín de información general para explicar la nueva política al personal y la realización de sesiones informativas en diversas reuniones regionales y subregionales de personal. El Comité había recibido con beneplácito el progreso alcanzado en la aplicación del FENSA a nivel regional y había afirmado que el Marco ayudaría a evitar que los agentes no estatales tuvieran una influencia indebida en la formulación y ejecución de políticas de salud pública, protegería la integridad y la independencia de la OPS y la OMS, y aumentaría la confianza del público en general en las dos organizaciones.

258. En las deliberaciones de la Conferencia sobre este informe, los Estados Miembros expresaron su agradecimiento por los esfuerzos de la Oficina para lograr la plena aplicación del Marco en un período de dos años. Señalaron que la Región había tenido un papel clave en la elaboración del Marco y ahora también estaba a la vanguardia en su aplicación. Se hizo hincapié en que el FENSA debía ser una herramienta justa, creíble y práctica para brindar apoyo a la colaboración que prestaba la OMS a los tres niveles de la Organización, y que debía aplicarse de manera coherente y sistemática, dándole la atención apropiada y con la diligencia debida.

259. Al mismo tiempo, se consideraba que la aplicación del Marco no debía convertir el proceso de colaboración en algo excesivamente engorroso. Se alentó a la OPS y la OMS a

adoptar un enfoque que permitiera abordar la gestión de riesgos sin adoptar una posición excesivamente reacia frente a los riesgos o excesivamente despreocupada. También se subrayó la importancia de impartir capacitación sobre el Marco a todo el personal en todos los niveles. Se pidió a la Oficina que informara sobre las dificultades encontradas para aplicar el FENSA; por ejemplo, si había sido necesario suspender relaciones con algún agente no estatal y cuánto tiempo requería el proceso de aprobación.

260. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) indicó que, aunque la aplicación del FENSA estaba bastante adelantada, la Oficina todavía estaba esperando que la OMS terminara de elaborar las diferentes herramientas que se necesitaban para completar el proceso de aplicación del Marco. Una de estas herramientas era la guía para el personal, que todavía estaba en fase de revisión. La Secretaría de la OMS había realizado amplias consultas con todas las regiones, y la OPS había participado activamente y había presentado observaciones escritas y verbales. Se había informado a la Oficina que el documento estaría listo para fines del 2017. El manual para los agentes no estatales, otra de las herramientas que la OMS debía elaborar por mandato, también estaba en la fase de revisión; se preveía que se terminaría a fines del 2017.

261. Con respecto al registro de agentes no estatales, el componente restante del conjunto de herramientas que se estaban elaborando en la OMS, la Oficina tenía entendido que la OMS había encontrado más dificultades de lo previsto. La OMS había comenzado con una versión piloto, pero todavía no estaba totalmente operativa. Se había informado a la Oficina que la Secretaría de la OMS esperaba poner en marcha a comienzos del 2018 la versión completa del registro. En cuanto estas herramientas estuvieran funcionando, la Oficina haría todo lo posible por implementarlas con prontitud en la Región.

262. La Oficina aún estaba examinando su colaboración con los agentes no estatales a la luz del FENSA. Estaba aplicando un enfoque equilibrado, prestando mucha atención a la diligencia debida y el análisis de riesgos, pero sin adoptar una posición demasiado reacia a los riesgos. Aunque el Marco aún era relativamente nuevo y, en consecuencia, la experiencia de la Oficina en este ámbito era limitada, la Oficina estaba dispuesta a elaborar un informe para presentar las dificultades que había encontrado, el tiempo invertido en la revisión de cada colaboración y cómo estaba aplicándose el Marco en general en la Región.

263. La Conferencia tomó nota del informe.

Proyecto de nota conceptual con miras al Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023 (documento CSP29/INF/10)

264. El doctor Peter Salama (Director Adjunto, Programa de Emergencias Sanitarias, OMS) presentó el proyecto de nota conceptual, y señaló que se había presentado a todos los comités regionales a objeto de iniciar las consultas sobre el Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (PGT13) y recibir las observaciones de los Estados Miembros, en particular con respecto a la propuesta de celebrar una reunión extraordinaria del Comité Ejecutivo de la OMS para seguir con el debate sobre el PGT13, cuya primera

versión preliminar se publicaría en noviembre del 2017. El objetivo era que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara el nuevo programa de trabajo en mayo del 2018. Entretanto, habría un proceso continuo de consulta por medio de reuniones virtuales y presenciales con los Estados Miembros.

265. En el PGT13 se establecería la manera en que la OMS apoyaría a los países para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el período 2019-2023. También se reflejaría la visión del Director General y se presentarían cinco prioridades en materia de liderazgo (emergencias sanitarias; cobertura sanitaria universal; salud de la mujer, el niño y el adolescente; efectos del cambio climático y ambiental en la salud; y transformación de la OMS en una organización transparente, que rinde cuentas mejor y es más eficaz). Además, el PGT13 incorporaría compromisos vigentes establecidos a escala mundial y regional. Según lo previsto en el PGT13, la Secretaría se centraría en los efectos y el impacto, establecería prioridades claras y las seguiría, y se esforzaría para que la OMS fuera más operativa y, al mismo tiempo, fortaleciera sus normas y funciones técnicas, situando a los países directamente en el centro de la labor de la OMS y ofreciendo un liderazgo político que prestase especial atención a la equidad.

266. El doctor Salama concluyó su presentación resumiendo algunos de los temas planteados en las consultas con otros comités regionales y examinando un cronograma de las consultas sobre el PGT13 (que figuraba en el documento CSP29/INF/10). Los temas planteados por otros comités regionales guardaban relación, entre otras cosas, con los sistemas de salud y el personal de salud, la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial para abordar algunos retos de salud como el cambio climático y las enfermedades no transmisibles, la importancia de que la OMS estableciera alianzas con los ministerios de salud para abogar por un mayor financiamiento para la salud, y la necesidad de abogar por la igualdad de género en el ámbito de la salud al ser un derecho humano.

267. Los delegados agradecieron la oportunidad de formular observaciones sobre el proyecto de nota conceptual, pero algunos lamentaron no haber tenido más tiempo para examinar el documento. Algunos apoyaron el plan de la Secretaría de la OMS de acelerar la aprobación del nuevo programa general de trabajo, lo que daría más tiempo para considerar la elaboración del presupuesto por programas para el bienio 2020-2021 y para movilizar recursos. Otros delegados expresaron su preocupación dado que no habría suficiente tiempo para realizar un exhaustivo proceso de consulta y asignación de prioridades de abajo arriba. Se subrayó la importancia de que los Estados Miembros sintieran el PGT como algo propio. Una delegada observó que la atención centrada en los países no implicaba necesariamente que los países consideraran el PGT como algo propio, y agregó que los Estados Miembros debían participar tanto en la ejecución del PGT como en el seguimiento y la evaluación de su ejecución.

268. Se señaló que participar en una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo en noviembre podría ser difícil para los Estados Miembros que no habían presupuestado recursos con esa finalidad y para aquellos que no tenían una misión permanente en Ginebra. Se instó a la Secretaría de la OMS a prever la participación de todos los Estados Miembros en el proceso de consulta. Se recomendó establecer para este fin un grupo de

trabajo de composición abierta de Estados Miembros. La Delegada de Barbados señaló que la misión de su país podría recibir y transmitir las observaciones de las delegaciones que no pudieran participar personalmente en Ginebra.

269. Con respecto al marco propuesto para el PGT13, los Estados Miembros recibieron con beneplácito que estuviera en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las cinco prioridades del Director General. Sin embargo, se solicitó que se explicara en mayor detalle la manera en que el PGT ayudaría a avanzar hacia el logro de las metas establecidas en los ODS. Se elogió en particular el énfasis en los efectos del cambio climático y ambiental en la salud, y en el fortalecimiento y la mejora de la resiliencia de los sistemas de salud.

270. También se recibió con satisfacción el énfasis en el impacto. A este respecto, se indicó que sería importante mantener una cadena de resultados como la del Duodécimo Programa General de Trabajo, puesto que había facilitado a la Secretaría y a los equipos técnicos en los países la tarea de determinar la manera de lograr un impacto. Se señaló que en el diseño de los indicadores de impacto del nuevo programa de trabajo se debía tener en cuenta la situación de los pequeños Estados insulares, a los que se les haría difícil presentar indicadores basados en 100.000 habitantes. También se destacó la necesidad de tener en cuenta las disparidades de las diferentes regiones al momento de establecer prioridades y se observó en ese sentido que la Región de las Américas ya había erradicado la poliomielitis.

271. Varias delegaciones subrayaron la necesidad de continuar con la reforma de la OMS; una delegada instó a adoptar una reforma intensiva y reiterar el compromiso con los principios medulares. Otros destacaron la necesidad de encontrar nuevas maneras de trabajar, de prever las amenazas y los riesgos y responder ante ellos, y de ejercer la influencia de la OMS a los niveles más altos de la toma de decisiones. El representante de una ONG hizo hincapié en la necesidad de abordar el elevado precio de los medicamentos y las tecnologías sanitarias, e instó a la OMS y la OPS a considerar las medidas prácticas que fueran necesarias para cambiar el modelo de gestión y desvincular los precios del financiamiento de la investigación y el desarrollo.

272. El doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director General, OMS) dijo que, en respuesta a los numerosos puntos planteados en el debate, podría ser útil aclarar algunos de los cambios propuestos en el PGT13. El primero era el énfasis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que serían la base del nuevo programa de trabajo. El segundo era un distanciamiento de las metas orientadas a los procesos o los productos y un mayor énfasis en las metas y la planificación basadas en los efectos y el impacto, un cambio importante que implicaría medir el progreso, por ejemplo, en términos de vidas salvadas y de la ampliación del acceso a la atención de salud. También implicaría determinar con exactitud la contribución de la OMS. El tercer cambio sería el método de asignación de prioridades, que requeriría la cooperación de los Estados Miembros. Tendrían que estar dispuestos a aceptar un número limitado de prioridades acordado por todos y no insistir en que sus prioridades particulares debían ser las prioridades de toda la Organización, ya que si todo era prioritario, nada en realidad lo era.

273. Otro cambio importante sería que la OMS se hiciera más operacional en los países que requerían apoyo operativo, como los países en conflicto donde los sistemas de salud habían colapsado y había enormes brechas en los servicios. En tales situaciones, la OMS podría tener un papel importante, participando directamente en las operaciones y coordinando las actividades operativas de otros actores. Al mismo tiempo, la OMS tenía que asegurarse de mantener su pertinencia para todos los Estados Miembros. Anteriormente, la Organización había tendido a ocuparse principalmente de los países de ingresos bajos o medianos, pero también tenía que poder establecer un diálogo sobre políticas y brindar asistencia técnica apropiada a los países de ingresos altos, cuyos sistemas también podrían tener brechas y fallas.

274. Sin embargo, hacerse en más operacional no significaría que la OMS descuidaría sus funciones normativas; por el contrario, se procuraría fortalecer esas funciones. Sin embargo, en su opinión era esencial que la OMS desempeñara una función más operativa en los países frágiles, ya que sin una presencia fuerte de la OMS, estos países podrían ser la incubadora de la próxima epidemia mundial. Además, fortalecer los sistemas de salud de estos países contribuiría al desarrollo general.

275. El quinto cambio consistía en situar a los países en el centro de la labor de la Organización y asegurarse de que considerasen esa labor como algo propio y se comprometiesen con ella, pues sin esto no podría lograrse ningún progreso significativo. Un aspecto importante de la cooperación centrada en los países sería garantizar que el PGT reflejase no solo un consenso mundial, sino también prioridades a nivel de región y de país. A este respecto, el doctor Tedros señaló que la elaboración del PGT13 había sido un proceso de abajo arriba, que había empezado con las consultas emprendidas durante su campaña electoral. En efecto, muchos de los cambios que él había descrito en este punto y los que había mencionado en los puntos sobre la gestión de situaciones de emergencia y cambio climático en sus comentarios anteriores sobre el informe quinquenal de la Directora (véanse los párrafos 13 a 26 al comienzo del presente informe) habían sido propuestos por los Estados Miembros y por el personal de la OMS a nivel regional y de país.

276. Otro cambio sería mejorar el trabajo político de la OMS, pues la Organización por mucho tiempo había tenido principalmente una orientación técnica. Sin embargo, la OMS tenía responsabilidades políticas en las actividades que implicaban la promoción de la causa, y no debía evitar esas responsabilidades porque temas como la manera de financiar los sistemas de salud y garantizar el acceso a los medicamentos eran temas políticos. De manera análoga, a nivel de país, los ministros de salud no deberían evitar relacionarse con los jefes de Estado y de gobierno y otros líderes políticos de alto nivel. También era importante realizar trabajo de promoción de la causa con los ciudadanos y los grupos de la sociedad civil al nivel local.

277. El doctor Tedros creía que también debía haber un cambio en cuanto a la movilización de recursos. El diálogo actual sobre el financiamiento era, en su opinión, un modelo inviable puesto que ponía a la OMS en el lado del que pide dinero y a los Estados Miembros en el lado del que dona dinero. Un modelo mejor sería el que pusiera a los

Estados Miembros y la Secretaría a colaborar en el financiamiento de la agenda mundial de salud, que pertenecía a todos. También era importante reconocer que organizaciones como el Fondo Mundial y GAVI eran aliados, no competidores, en la promoción de la agenda mundial de salud y ver el financiamiento de la agenda como un gran paquete del cual los fondos de la OMS eran solo una parte.

278. Con respecto a la reforma, la OMS se alinearía con el programa de reforma del Secretario General de Naciones Unidas y colaboraría con otros organismos de las Naciones Unidas a fin de crear sinergias y trabajar de una manera más eficaz para poder generar mejores resultados para los Estados Miembros, particularmente en el esfuerzo conjunto para alcanzar los ODS.

279. Con respecto al cronograma propuesto para la aprobación del PGT13, el doctor Tedros subrayó que la Organización no podía tomarse dos años para acordar un programa de trabajo. Era necesario tener un documento que sirviera de guía en la elaboración del próximo presupuesto por programas y de base para la movilización de recursos. Invitó a los Estados Miembros a seguir dando sus aportes sobre el PGT y señaló que la Secretaría se aseguraría de que todos los países, incluidos los que no tenían representación en Ginebra, pudieran participar plenamente en el proceso de consulta.

280. La Conferencia tomó nota del informe.

Otros asuntos

281. Se solicitó una actualización sobre las medidas que la Oficina estaba adoptando para ayudar a los países y los territorios del Caribe cuya reserva de vacunas había sido destruida por los huracanes recientes. La Directora respondió que la Oficina primero trabajaría con las islas afectadas para evaluar los daños en la cadena de frío y la reserva de vacunas. Luego elaboraría un plan para reemplazar las vacunas y el equipo necesario para mantener la cadena de frío y se movería con rapidez para buscar el financiamiento necesario para el plan. Entretanto, se había puesto en marcha un mecanismo para garantizar la disponibilidad de vacunas procedentes de países vecinos y así poder hacer frente a las necesidades agudas.

Clausura de la sesión

282. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

Resoluciones y decisiones

283. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

Resoluciones

CSP29.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CSP29/12 y Add. I), y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 160.^a sesión con respecto al estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;

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

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CSP29/12 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2017 e instar a los demás Estados Miembros que presentan atrasos en los pagos a que cumplan sus obligaciones financieras con respecto a la Organización cuanto antes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido a cabalidad con sus obligaciones financieras respecto de sus contribuciones señaladas hasta el 2017.
4. Felicitar a los Estados Miembros que han se han esforzado por reducir el atraso en el pago de sus contribuciones señaladas pendientes de pago de años anteriores.
5. Solicitar a la Directora que:
 - a) siga estudiando mecanismos que aumenten la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas;
 - b) informe al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de su compromiso de pago de las contribuciones señaladas;
 - c) informe al 56.^o Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas para el 2018 y años anteriores.

(Segunda reunión, 25 de septiembre del 2017)

CSP29.R2 *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* (documentos CSP29/6, Rev. 3 y Add. I);

Observando que la Agenda de Salud Sostenible constituye el marco de política y planificación estratégica en materia de salud en la Región de las Américas, que servirá de orientación para los planes estratégicos de la OPS y los planes nacionales de los Estados Miembros, fomentando a la vez la cohesión entre ellos;

Tomando nota de la decisión de las autoridades de salud de la Región de que esta Agenda sea un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en el nuevo contexto regional y mundial, y que representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como a los desafíos regionales emergentes en torno a la salud pública;

Reconociendo que el Grupo de Trabajo de los Países, conformado por delegados de los ministerios y las secretarías de salud de 16 Estados Miembros en representación de cada subregión del continente americano y con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana en la función de secretaría técnica, ha llevado a cabo un intenso proceso de trabajo y ha realizado consultas a los Estados Miembros sobre la materia para elaborar de manera participativa e inclusiva una propuesta para la nueva Agenda,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* (documento CSP29/6, Rev. 3).
2. Agradecer al Grupo de Trabajo de los Países, por conducto de su Presidenta, la Ministra de Salud Pública de Ecuador, y de sus Vicepresidentes, los Ministros de Salud de Barbados y Panamá, por su liderazgo y los aportes realizados en la elaboración de la Agenda, y agradecer a la Directora por el importante apoyo prestado por la Oficina en su función de secretaría técnica de este grupo.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) utilicen esta Agenda como un importante insumo estratégico para la formulación de las políticas de salud en sus países, según lo consideren apropiado;

- b) determinen las medidas y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de esta Agenda y para implementarla plenamente, tomando en cuenta el contexto particular de cada país, las prioridades establecidas y las obligaciones internacionales;
 - c) intercambien experiencias y buenas prácticas, y promuevan alianzas orientadas al logro de las metas y los objetivos, en consonancia con el principio de la solidaridad panamericana;
 - d) desplieguen esfuerzos a fin de promover la coordinación gubernamental intersectorial y la participación de las organizaciones de la sociedad civil para asegurar avances en torno a la Agenda, a la vez que se promueve la rendición de cuentas;
 - e) apoyen y participen en el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes, mediante los mecanismos establecidos, sobre los avances en sus países para el logro de los objetivos y metas de la Agenda.
4. Solicitar a la Directora que:
- a) utilice la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 como el marco de política y planificación estratégica de más alto nivel en la Región a fin de orientar la formulación de los próximos planes estratégicos de la OPS;
 - b) establezca que los planes estratégicos de la OPS serán los instrumentos para llevar adelante la nueva Agenda en el contexto regional y que, por intermedio de estos planes estratégicos, se orientarán los esfuerzos y las estrategias de cooperación de la Organización con los Estados Miembros;
 - c) establezca, junto con los Estados Miembros, los procesos de definición de indicadores para la ejecución, el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes sobre la nueva Agenda, sobre la base de los sistemas actualmente existentes dentro de la Organización;
 - d) coordine con las instancias pertinentes de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) el fortalecimiento de los mecanismos de cooperación regional en la ejecución de esta Agenda y la Agenda 2030;
 - e) promueva la difusión de la nueva Agenda entre los organismos de cooperación internacional y los foros de integración regional y subregional en el ámbito de la salud, con el propósito de lograr armonización y sinergias que favorezcan los aportes al logro de los objetivos de la Agenda;
 - f) informe a los Estados Miembros sobre la ejecución de la Agenda, incluido el avance hacia el logro de las metas, por medio de informes periódicos a los Cuerpos Directivos de la OPS.

(Segunda reunión, 25 de septiembre del 2017)

CSP29.R3 Política sobre etnicidad y salud

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CSP29/7, Rev. 1);

Teniendo en cuenta la necesidad que existe de promover un abordaje intercultural en el ámbito de la salud para eliminar las inequidades en la salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según sea aplicable al contexto nacional;

Reconociendo las diferencias que existen entre los distintos grupos étnicos dentro de los países y entre ellos, y reconociendo además las diferencias en sus retos, necesidades y respectivos contextos históricos;

Recordando los principios reconocidos en la Declaración y el Programa de Acción de Durban (2001), la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), la Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011), la Cumbre Mundial de Afrodescendientes (2011), el Decenio de los Afrodescendientes 2015-2024 (2013), la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (2014) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), así como los principios contenidos en otros instrumentos internacionales relacionados con la etnicidad y la salud;

Refiriéndose al marco de los mandatos de la OPS relacionados con la salud de los pueblos indígenas, la inclusión de la etnicidad como un eje transversal en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y las enseñanzas extraídas;

Reconociendo la importancia de que la OPS en su conjunto (la Oficina y los Estados Miembros) enfatice los esfuerzos encaminados a fortalecer el enfoque intercultural en la salud para alcanzar el goce del grado máximo posible de salud por parte de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, de conformidad con su contexto nacional;

Teniendo en cuenta la necesidad de adoptar las medidas necesarias para garantizar el enfoque intercultural en la salud y la paridad de trato entre los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, considerando el valor de sus prácticas culturales, entre las que se incluyen los modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y las cosmovisiones,

RESUELVE:

1. Adoptar la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CSP29/7, Rev. 1).

2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto nacional, sus marcos normativos, sus prioridades y sus posibilidades financieras y presupuestarias, a que:

- a) promuevan políticas públicas que aborden la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos;
- b) promuevan mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros, impulsando modelos de salud interculturales que incluyan, a través del diálogo, las perspectivas de los saberes y prácticas ancestrales y espirituales de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda a su realidad nacional;
- c) fortalezcan la capacidad institucional y comunitaria en los Estados Miembros para disponer de datos suficientes y de calidad, y generar evidencia sobre las desigualdades e inequidades en la salud que experimentan los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos para la toma de decisiones políticas intersectoriales en la salud;
- d) refuercen las capacidades institucionales y comunitarias a todos los niveles para la implementación del abordaje intercultural en los sistemas y servicios de salud que contribuye, entre otras cosas, a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad;
- e) amplíen, promuevan y aseguren la participación social de todos los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, considerando el enfoque de género y la perspectiva del curso de vida, en la elaboración de las políticas de salud y su implementación;
- f) promuevan la generación de conocimientos y espacios propios de la medicina y los saberes ancestrales en el marco del fortalecimiento del enfoque intercultural en la salud;
- g) integren el enfoque étnico y la visión de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos en la aplicación del *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento CD53/10, Rev. 1 [2014]), de acuerdo con las realidades nacionales;
- h) promuevan la cooperación intersectorial para el desarrollo sostenible de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos.

3. Solicitar a la Directora, dentro de las posibilidades financieras de la Organización, que:

- a) abogue por la inclusión de los componentes estratégicos sobre etnicidad y salud en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y en el plan estratégico de la OPS para el período 2020-2025;

- b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la incorporación de la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en armonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos aplicables;
- c) continúe priorizando la etnicidad como un eje transversal, en armonización con el género, la equidad y los derechos humanos, en la cooperación técnica de la OPS;
- d) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica dentro del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, así como con otras entidades interesadas en el trabajo en relación con la etnicidad y la salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

(Tercera reunión, 26 de septiembre del 2017)

CSP29.R4 Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* (documento CSP29/9);

Reconociendo la importancia de mejorar la cobertura y la calidad de las estadísticas vitales para disponer de información más confiable y válida para el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas de salud en los países, siguiendo las recomendaciones internacionales;

Reconociendo la necesidad de contar con datos válidos, oportunos y al mayor nivel de desglose posible a nivel subnacional, nacional, subregional y regional para el diagnóstico y la formulación de políticas de salud y el seguimiento de indicadores como los establecidos para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Consciente de los esfuerzos realizados y los logros obtenidos hasta el presente mediante el anterior plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (2008-2012), y de las recomendaciones de los Estados Miembros para continuarlo y ampliarlo, haciendo énfasis en el nivel subnacional y la capacidad de análisis de las estadísticas;

Considerando la importancia de un nuevo plan de acción que oriente de manera continua y permanente la mejora de la cobertura y la calidad de las estadísticas vitales de los países de la Región de las Américas,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* (documento CSP29/9) dentro del contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) promuevan la participación y la coordinación de las oficinas nacionales y sectoriales de estadística y del registro civil, las áreas de información de salud y de epidemiología, los programas prioritarios y las unidades de finanzas de los ministerios de salud, los centros colaboradores de la OPS/OMS y otros actores públicos y privados en el análisis de la situación y en la elaboración o el fortalecimiento de los planes nacionales de acción;
 - b) consideren la movilización de recursos humanos, tecnológicos y financieros para la ejecución de este nuevo plan de acción para fortalecer las estadísticas vitales;
 - c) coordinen con otros países de la Región la realización de las actividades propias de sus planes de acción y la difusión y el uso de herramientas que favorezcan el fortalecimiento de los procesos de producción de estadísticas vitales, así como las tecnologías de la información y la comunicación;
 - d) aumenten el compromiso y la participación en las redes creadas para fortalecer los sistemas de información de salud, como la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACIS) y la red de los centros colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, con el objeto de aprovechar los recursos invertidos y sacar el máximo provecho de los aportes brindados en el marco de la cooperación Sur-Sur.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) trabaje con los Estados Miembros para evaluar y actualizar sus planes nacionales de acción, y para la difusión de herramientas que favorezcan la producción y el fortalecimiento de estadísticas vitales en el marco de una visión renovada de los sistemas de información de salud;
 - b) fortalezca la coordinación del plan de acción con iniciativas de la misma naturaleza desarrolladas por otros organismos internacionales técnicos y de financiamiento e iniciativas mundiales en materia de fortalecimiento de las estadísticas vitales en los países;

- c) trabaje con los Estados Miembros en la elaboración de una estrategia y plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud, que pueda ser sometida a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018;
- d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y retos en la ejecución del plan de acción.

(Cuarta reunión, 26 de septiembre del 2017)

CSP29.R5 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado)

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la propuesta de modificaciones del *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019* (Documento Oficial 345 y Add. I), por medio del cual se modifica la versión del Plan Estratégico del 2014;

Recibiendo con beneplácito la consonancia programática y funcional con la reforma de la gestión de emergencias de la OMS en la Región de las Américas;

Reconociendo la importancia de la asignación de prioridades programáticas en consulta con los Estados Miembros usando una metodología sólida y sistemática,

RESUELVE:

1. Aprobar la propuesta de modificaciones del *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019* (Documento Oficial 345).
2. Agradecer a las autoridades nacionales de salud que realizaron los ejercicios de asignación de prioridades programáticas usando el método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) ponga en práctica los cambios programáticos en el bienio 2018-2019 con los ajustes correspondientes del Programa y Presupuesto 2018-2019 en respuesta a la revisión de las categorías y los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;
 - b) actualice el compendio de indicadores de los resultados intermedios y el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico para facilitar la evaluación conjunta con los Estados Miembros de los resultados intermedios del Plan Estratégico y los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto;

- c) presente un segundo informe interino sobre la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 en el 2018 y un informe final en el 2020.

(Cuarta reunión, 26 de septiembre del 2017)

CSP29.R6 Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (Documento Oficial 354 y documentos Add. I y Add. II);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo en su 160.^a sesión (documento CSP29/2);

Observando los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para proponer un Programa y Presupuesto en el que se tenga en cuenta tanto el clima financiero mundial y regional y sus implicaciones para los Estados Miembros, y el logro de los compromisos de salud pública de los Estados Miembros y la Organización;

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud con un presupuesto de US\$ 619,6 millones para los programas básicos y de \$56,0 millones para los programas específicos y la respuesta a las emergencias, como se describe en el Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019.
2. Alentar a los Estados Miembros a que sigan efectuando de manera oportuna los pagos de sus contribuciones correspondientes al 2018 y 2019 y de aquellas contribuciones atrasadas que pudieran haberse acumulado en los períodos presupuestarios anteriores.
3. Alentar a los Estados Miembros a que sigan abogando por una proporción equitativa de los recursos de la OMS y, en particular, por que la OMS financie plenamente el margen presupuestario asignado a la Región de las Américas.
4. Alentar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a hacer contribuciones voluntarias que estén en consonancia con el Programa y Presupuesto 2018-2019 y, en aquellos casos en que sea posible, considerar la posibilidad

de que dichas contribuciones sean plenamente flexibles y estén destinadas a un fondo común de recursos no destinados a un fin específico.

5. Asignar el presupuesto correspondiente al período presupuestario 2018-2019 entre las seis categorías programáticas de la siguiente manera:

Categoría	Monto (en US\$)
1. Enfermedades transmisibles	114.600.000
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	59.100.000
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	81.400.000
4. Sistemas de salud	118.400.000
5. Emergencias de salud	56.400.000
6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras	189.700.000
Programas básicos – Total (categorías 1 a 6)	619.600.000
Programas específicos y respuesta a emergencias	56.000.000
Programa y Presupuesto – Total	675.600.000

6. Financiar el presupuesto aprobado para los programas básicos de la siguiente manera y a partir de las fuentes indicadas de financiamiento:

Fuente de financiamiento	Monto (en US\$)
a) Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS	210.640.000
Menos el crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	(16.340.000)
b) Ingresos varios presupuestados	20.000.000
c) Otras fuentes	215.200.000
d) Asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas	190.100.000
TOTAL	619.600.000

7. Solicitar a la Directora que se asegure de que, al establecerse las contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, dichas contribuciones se reduzcan de acuerdo con el crédito que tengan a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos, excepto en el caso de los créditos de aquellos Estados que recaudan impuestos sobre los salarios recibidos de la Oficina por sus ciudadanos y residentes que se reducirán de acuerdo con el monto de los reembolsos tributarios correspondientes de la Oficina.

8. Autorizar a la Directora a utilizar las contribuciones señaladas, los ingresos varios, otras fuentes como las contribuciones voluntarias y la asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas para financiar el presupuesto según la asignación establecida anteriormente, sujeto a la disponibilidad de fondos.

9. Autorizar además a la Directora a hacer transferencias presupuestarias, de ser necesario, entre las seis categorías anteriormente descritas, hasta un monto que no exceda el 10% del presupuesto aprobado de la categoría que es fuente de los fondos o de la que los recibe. Los gastos resultantes de tales transferencias se informarán bajo la categoría final en los informes financieros correspondientes a los años 2018 y 2019.

10. Solicitar a la Directora que informe a los Cuerpos Directivos los montos de los gastos de cada fuente de financiamiento contra las categorías y áreas programáticas establecidas en el Programa y Presupuesto 2018-2019.

(Cuarta reunión, 26 de septiembre del 2017)

CSP29.R7 Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el período 2018-2021

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo (documento CSP29/13);

Observando las normas, reglamentos y prácticas de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Nombrar a la Oficina Nacional de Auditoría (NAO) del Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte como Auditor Externo de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2018-2021, en conformidad con los principios y requisitos estipulados en el artículo XIV del Reglamento Financiero.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que establezca los términos y condiciones contractuales entre la Organización y el Auditor Externo nombrado necesarios para abarcar las modalidades de trabajo del Auditor Externo en el cumplimiento de su mandato de acuerdo con lo expresado en el anexo B del documento CSP29/13 que presenta información adicional sobre el nombramiento del Auditor Externo;

- b) expresar su agradecimiento al Presidente del Tribunal de Cuentas de España por el excelente servicio prestado a la Organización Panamericana de la Salud en los ejercicios financieros comprendidos entre los años 2012 y 2017, especialmente con respecto al compromiso con su mandato y la calidad de las recomendaciones dadas, que han contribuido a mejorar la eficiencia y efectividad de las operaciones de la Organización.

(Quinta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R8 *Elección de Tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago*

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

Considerando que fueron elegidos Belice, Canadá y Perú para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago,

RESUELVE:

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

(Quinta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R9 *Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)*

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presente que el Artículo VI del Estatuto de BIREME establece que el Comité Asesor de BIREME estará constituido por un representante nombrado por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y otro nombrado por el Gobierno del Brasil como miembros permanentes, y que los cinco miembros no permanentes deberán ser

seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre los miembros de BIREME (que en este momento incluyen a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS), teniendo en cuenta la representación geográfica;

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

Considerando que fueron elegidos Barbados y El Salvador para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2018 por llegar a su término el mandato de Panamá y de Trinidad y Tabago,

RESUELVE:

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

(Quinta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R10 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presentes el párrafo E del Artículo 4 y el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Miembros de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo suscrito entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que establece el procedimiento para el nombramiento de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud;

Satisfecha de que la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana se ha realizado de conformidad con los procedimientos establecidos,

RESUELVE:

1. Declarar a la Dra. Carissa F. Etienne elegida Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cinco años que comenzará el 1 de febrero del 2018 y concluirá el 31 de enero del 2023.
2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la Dra. Carissa F. Etienne para su nombramiento como Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas durante el mismo período.

(Quinta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R11 Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* (documento CSP29/8);

Habiendo considerado la declaración de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas en el informe presentado por la presidenta del Comité Internacional de Expertos de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas ante la Directora y los Estados Miembros en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de septiembre del 2016;

Habiendo examinado las recomendaciones del Comité Internacional de Expertos para mantener a la Región de las Américas libre de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita;

Reconociendo el enorme trabajo que han realizado los Estados Miembros para finalizar la documentación y la verificación de la interrupción de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas de acuerdo con lo solicitado en la resolución CSP28.R14 (2012);

Observando con preocupación que la iniciativa de eliminación mundial del sarampión y la rubéola en otras regiones del mundo no ha avanzado significativamente, y que en la medida en que no se logre interrumpir la transmisión de ambos virus a escala

mundial es posible la importación de los virus y que se pongan en riesgo los logros en la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que la etapa de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola requiere del compromiso al más alto nivel político de los Estados Miembros de la OPS para hacer frente a los desafíos en sus programas de vacunación y en sus sistemas de vigilancia, para no poner en riesgo la eliminación de estas enfermedades;

Reconociendo la necesidad de elaborar un plan de acción para proteger los logros de nuestra Región, manteniendo de forma permanente la eliminación y evitando el riesgo del restablecimiento de la transmisión endémica de estos virus por importación de casos desde otras regiones del mundo,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los Estados Miembros y a su personal de salud por el logro histórico de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.
2. Aprobar y ejecutar el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* (documento CSP29/8) en el contexto de las condiciones particulares de cada país.
3. Instar a todos los Estados Miembros a que:
 - a) promuevan la implementación de los objetivos e indicadores del *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/7, Rev. 2 [2015]) de la OPS para el período 2015-2019, para lograr coberturas de vacunación nacionales y municipales de al menos el 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna del sarampión, la rubéola y las paperas, así como coberturas nacionales y municipales de al menos el 95% en las campañas de vacunación de seguimiento contra el sarampión y la rubéola;
 - b) fortalezcan la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos y confirmados de estas enfermedades, en el contexto del surgimiento de nuevas enfermedades de atención prioritaria en la salud pública, como las arbovirosis;
 - c) desarrollen la capacidad nacional y operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola, mediante el establecimiento o el mantenimiento de las comisiones nacionales para monitorear los planes de sostenibilidad de la eliminación, así como la utilización de herramientas regionales y nacionales para actualizar y entrenar a los trabajadores de la salud de los sectores público y privado;

- d) establezcan mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de estas enfermedades en los países, estableciendo o activando los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin y desplegando planes nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados.
4. Solicitar a la Directora que:
- a) continúe brindando cooperación técnica a los Estados Miembros para fortalecer las capacidades nacionales que contribuyan a ejecutar las actividades necesarias para la inmunización de la población y la vigilancia epidemiológica de alta calidad del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, según se ha descrito en este plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación de estos virus;
 - b) continúe movilizando el financiamiento adicional necesario para apoyar a los Estados Miembros en la preparación de la respuesta a los brotes de sarampión y rubéola relacionados con casos importados, así como para llevar a cabo campañas de vacunación de seguimiento y las demás actividades descritas en este plan de acción;
 - c) continúe promoviendo al más alto nivel político con las otras regiones del mundo, los asociados y los aliados los esfuerzos para avanzar de forma rápida hacia las metas establecidas por la OMS para la eliminación mundial del sarampión y la rubéola con miras a la futura erradicación de ambos virus.

(Sexta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R12 Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/11);

Reconociendo que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco siguen siendo un grave problema de salud pública y son un factor de riesgo común para las principales enfermedades no transmisibles;

Reconociendo que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en la Región, y que alrededor de un tercio de las muertes por enfermedades no transmisibles son prematuras, ocurriendo en personas de entre 30 y 70 años de edad;

Reconociendo los altos costos que las enfermedades relacionadas con el tabaco ocasionan a las familias y a los sistemas de salud de los Estados Miembros, lo cual acentúa la pobreza y las desigualdades en materia de salud y dificulta el logro del objetivo de la salud universal en la Región;

Reconociendo que, pese a que el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) lleva ya 12 años de vigencia internacional y que 30 de los Estados Miembros de la Región son Estados Partes en él, el avance en la aplicación de sus medidas ha sido desigual tanto entre los países como en el tipo de medidas aprobadas y se viene observando un enlentecimiento en el ritmo de aplicación de las mismas;

Reconociendo además que existen muchas circunstancias que han dificultado la aplicación a nivel nacional de sus medidas por parte de los Estados Partes en el CMCT, pero destacando que el desafío común y más importante que enfrentan todos los países es la interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que trabajan para defender sus intereses;

Observando que la presente estrategia y plan de acción prioriza las intervenciones del CMCT contenidas en las intervenciones para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que la OMS ha definido como altamente costo-eficaces y de aplicabilidad incluso en contextos donde los recursos son limitados, por lo cual su aplicación es de importancia para todos los Estados Miembros, con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/11) dentro del contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:
 - a) promuevan prácticas de salud pública que protejan a la población en general, y a los niños y adolescentes en particular, de los peligros del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco para, en definitiva, reducir la carga de enfermedad y muerte que entrañan;
 - b) prioricen la adopción de una normativa integral de ambientes libres de humo y de aplicación de advertencias sanitarias en el empaquetado del tabaco, así como el fortalecimiento y la eventual mejora de la normativa existente en estos temas y su cumplimiento, con el objetivo de que esas medidas protejan a toda la población de la Región de las Américas;
 - c) consideren la adopción o el fortalecimiento de la aplicación del resto de las medidas contenidas en el CMCT, con especial énfasis en la prohibición de la

publicidad, promoción y patrocinio del tabaco de acuerdo con el artículo 13 del CMCT y las medidas fiscales de disminución de la demanda de tabaco;

- d) consideren los impuestos al tabaco como una fuente de ingresos que, en concordancia con la legislación nacional, podría ser utilizada como una fuente interna de financiamiento de la salud en particular y del desarrollo en general;
- e) fortalezcan sus sistemas nacionales de vigilancia a fin de poder evaluar no solo la prevalencia del consumo de tabaco, sino también la efectividad de las medidas aplicadas, y poder obtener información desglosada por sexo, género, grupo étnico y otros factores, según sea posible, y utilizar esta información para crear intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a reducir las disparidades;
- f) se opongan a los intentos de la industria tabacalera y sus grupos asociados de interferir, demorar, obstaculizar o impedir la implementación de las medidas de control del tabaco orientadas a la protección de la salud pública de la población, y que reconozcan la necesidad de monitorear, documentar y, de acuerdo con la legislación nacional vigente, hacer públicas las actividades de la industria a fin de poner en evidencia sus estrategias y reducir su eficacia;
- g) consideren la necesidad de contar con instrumentos legales para abordar la cuestión relativa al conflicto de intereses por parte de los funcionarios y empleados públicos en lo que respecta al control del tabaco;
- h) consideren, en caso de ser Parte en el CMCT, la ratificación del *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*, a fin de asegurar su pronta entrada en vigor a nivel internacional.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) brinde apoyo a los Estados Miembros en la elaboración, revisión y ejecución de la normativa y las políticas de control del tabaco con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT;
- b) promueva la cooperación técnica con los países y entre ellos para compartir mejores prácticas y enseñanzas extraídas;
- c) fortalezca la cooperación técnica para mejorar las capacidades de los Estados Miembros para promover la coherencia entre las políticas de comercio y de salud pública en el contexto del control del tabaco, protegiendo la salud de la interferencia de la industria tabacalera;
- d) fomente las alianzas con otros organismos internacionales e instancias subregionales, así como con miembros de la sociedad civil a nivel nacional e internacional, para la ejecución de esta estrategia y plan de acción

(Sexta reunión, 27 de septiembre del 2017)

CSP29.R13 Nueva escala de contribuciones señaladas**LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo sobre la *Nueva escala de las contribuciones señaladas* para los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud (documentos CSP29/5 y Add. I);

Considerando que a los Gobiernos Miembros de la OPS se les asigna una contribución de conformidad con el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano y el párrafo A del artículo 24 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando nota de que casi 34% del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019, considerado en el *Documento Oficial 354*, se financiará por medio de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados;

Considerando que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha adoptado una escala de cuotas de transición para el ejercicio fiscal 2018 mientras el sistema de cuotas actual y su metodología está bajo revisión,

RESUELVE:

1. Aprobar la propuesta de escala de contribuciones señaladas para los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio fiscal 2018 que se muestra en el cuadro a continuación.
2. Presentar a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS una escala de contribuciones señaladas revisada para el ejercicio fiscal 2019 sobre la base de la escala de cuotas de la OEA para el año 2019, cuando esta escala sea adoptada.

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Antigua y Barbuda	0,022
Argentina	3,000
Bahamas	0,047
Barbados	0,026
Belice	0,022
Bolivia	0,070
Brasil	12,457
Canadá	9,801
Chile	1,415
Colombia	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Dominica	0,022
Ecuador	0,402
El Salvador	0,076
Estados Unidos	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,171
Guyana	0,022
Haití	0,022
Honduras	0,043
Jamaica	0,053
México	6,470
Nicaragua	0,022
Panamá	0,191
Paraguay	0,087
Perú	1,005
República Dominicana	0,268
Saint Kitts y Nevis	0,022
Santa Lucía	0,022
San Vicente y las Granadinas	0,022
Suriname	0,022
Trinidad y Tabago	0,129
Uruguay	0,298
Venezuela	1,940
Estado Participante	Tasa de contribución (%)
Francia	0,203
Países Bajos	0,022
Reino Unido	0,022
Miembro Asociado	Tasa de contribución (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Puerto Rico	0,025
San Martín	0,022
TOTAL	100,00

(Octava reunión, 28 de septiembre del 2017)

CSP29.R14 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2018

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en la resolución CSP29.R6 el *Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (Documento Oficial 354);

Considerando que en el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano se establece que “para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Unión Panamericana recogerá un fondo que no será menor de 50.000 dólares, cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Panamericana”;

Teniendo presente que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en la resolución CSP29.R13, aprobó la escala de contribuciones de los Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2018,

RESUELVE:

1. Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2018 en conformidad con la escala de contribuciones que se presenta a continuación y en las cantidades correspondientes, que representan un crecimiento nominal cero en las contribuciones brutas con respecto al ejercicio financiero 2017.
2. Instar a la Oficina Sanitaria Panamericana a que revise las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud correspondientes al ejercicio financiero 2019, conforme a la nueva escala de cuotas que adopte la Organización de los Estados Americanos (OEA) para ese mismo ejercicio, cuando esta lo haga. La escala revisada de contribuciones para los Miembros de la OPS correspondiente al 2019 debe presentarse en la primera reunión de los Cuerpos Directivos de la OPS que se efectúe tras la adopción de la nueva escala por parte de la OEA.

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2018										
Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$)		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,022		23.170		1.797					21.373
Argentina	3,000		3.159.600		245.100					2.914.500
Bahamas	0,047		49.500		3.840					45.661
Barbados	0,026		27.383		2.124					25.259
Belice	0,022		23.170		1.797					21.373
Bolivia	0,070		73.724		5.719					68.005
Brasil	12,457		13.119.712		1.017.737					12.101.976
Canadá	9,801		10.322.413		800.742		40.000			9.561.672
Chile	1,415		1.490.278		115.606					1.374.673
Colombia	1,638		1.725.142		133.825					1.591.317
Costa Rica	0,256		269.619		20.915					248.704
Cuba	0,132		139.022		10.784					128.238
Dominica	0,022		23.170		1.797					21.373
Ecuador	0,402		423.386		32.843					390.543
Estados Unidos	59,445		62.607.474		4.856.657		6.000.000			63.750.818
El Salvador	0,076		80.043		6.209					73.834
Granada	0,022		23.170		1.797					21.373
Guatemala	0,171		180.097		13.971					166.127
Guyana	0,022		23.170		1.797					21.373
Haití	0,022		23.170		1.797					21.373
Honduras	0,043		45.288		3.513					41.775
Jamaica	0,053		55.820		4.330					51.490
México	6,470		6.814.204		528.599					6.285.605

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2018										
Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$)		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Nicaragua	0,022		23.170		1.797					21.373
Panamá	0,191		201.161		15.605					185.557
Paraguay	0,087		91.628		7.108					84.521
Perú	1,005		1.058.466		82.109					976.358
Saint Kitts y Nevis	0,022		23.170		1.797					21.373
Santa Lucía	0,022		23.170		1.797					21.373
San Vicente y las Granadinas	0,022		23.170		1.797					21.373
Suriname	0,022		23.170		1.797					21.373
República Dominicana	0,268		282.258		21.896					260.362
Trinidad y Tabago	0,129		135.863		10.539					125.324
Uruguay	0,298		313.854		24.347					289.507
Venezuela	1,940		2.043.208		158.498		35.000			1.919.710
Estados Participantes										
Francia	0,203		213.800		16.585					197.215
Países Bajos	0,022		23.170		1.797					21.373
Reino Unido	0,022		23.170		1.797					21.373
Miembros Asociados										
Aruba	0,022		23,170		1,797					21,373
Curaçao	0,022		23,170		1,797					21,373

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2018										
Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$)		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Puerto Rico	0,025		26,330		2,043				24,288	
San Martín	0,022		23,170		1,797				21,373	
TOTAL	100.000		105.320.000		8.170.000		6.075.000		103.225.000	

(Octava reunión, 28 de septiembre del 2017)

CSP29.R15 Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CSP29/10) presentada por la Directora;

Tomando en cuenta que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo 3 propone “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”;

Consciente de que la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS (2014) requiere para su implementación contar con recursos humanos en cantidad suficiente, distribuidos equitativamente y con las capacidades adecuadas, de acuerdo con las necesidades de las comunidades;

Considerando que la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo del 2016, aprobó la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*; que la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por las Naciones Unidas en noviembre del 2016 estableció que la inversión en empleo en el sector de la salud puede generar crecimiento económico y contribuir al desarrollo de los países; y que la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2017, aprobó el *Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)* (documento A70/18);

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, siguen existiendo desafíos, especialmente en lo relativo a la disponibilidad y distribución del personal, la planificación, la gobernanza, la articulación entre los sectores y la formación, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CSP29/10).
2. Instar a los Estados Miembros, según sea apropiado en su contexto y de acuerdo con sus prioridades nacionales, a que:

- a) establezcan mecanismos formales para fortalecer la rectoría en el desarrollo de políticas nacionales de recursos humanos para la salud, incluyendo la colaboración y la coordinación de las altas autoridades para promover sinergias en la regulación, la planificación estratégica y la toma de decisiones basadas en las necesidades del sistema de salud;
- b) aumenten la inversión pública y la eficiencia del financiamiento, fomentando la calidad de la educación y del empleo en el sector de la salud, para incrementar la disponibilidad de recursos humanos, motivar a los equipos de salud, promover su retención, mejorar los resultados de salud y contribuir al desarrollo económico;
- c) fortalezcan los procesos de planificación estratégica, la previsión de necesidades presentes y futuras y el monitoreo de la calidad del desempeño a través del desarrollo de sistemas de información sobre recursos humanos para la salud;
- d) promuevan el desarrollo de equipos interprofesionales dentro de las redes de servicios a través de la formación interprofesional y la diversificación de los contextos de aprendizaje, adecuando los perfiles profesionales y las nuevas formas de organización del trabajo (delegación y redistribución de tareas) que permitan la incorporación de estos equipos en las redes integradas de servicios de salud;
- e) implementen estrategias de retención de recursos humanos para la salud, especialmente en las zonas subatendidas, acordes a las características interculturales de cada comunidad, que combinen incentivos tanto económicos como de desarrollo profesional, proyecto de vida y condiciones de trabajo e infraestructura;
- f) aboguen por la transformación de la educación de las profesiones de la salud, mediante el fortalecimiento de las acreditaciones, a fin de incluir los principios de la misión social, la incorporación de la perspectiva de salud pública y el abordaje de los determinantes sociales como ejes vertebradores de la formación de los recursos humanos para la salud;
- g) promuevan acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud, y para avanzar en procesos de evaluación y acreditación de los programas de formación en ciencias de la salud que incorporen la pertinencia social dentro de los estándares de la calidad educativa;
- h) desarrollen estrategias de educación permanente para los profesionales de la salud, incorporando las nuevas tecnologías de información y comunicación, la telesalud, la educación en línea y las redes de aprendizaje, para mejorar la capacidad resolutoria y la calidad del desempeño dentro de las redes integradas de servicios de salud;
- i) fortalezcan la gobernanza en la planificación y la regulación de la formación de especialistas, fijando metas incrementales para la asignación de plazas en salud familiar y comunitaria y en especialidades básicas;

- j) incorporen la perspectiva de género, así como las necesidades de las trabajadoras, en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud, considerando la creciente feminización de los recursos humanos en el sector de la salud;
 - k) busquen —usando como guía el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud— mejorar el diálogo y las alianzas, incluidos arreglos bilaterales, donde proceda, a fin de abordar los retos de la migración del personal de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud; estos arreglos podrían abordar la mejora de la capacitación del personal cualificado de los países de origen y proporcionar marcos para el movimiento ordenado del personal cualificado, entre otras medidas del Código, para abordar las necesidades de los países de destino sin socavar la seguridad sanitaria en los países de origen.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) promueva el diálogo político intersectorial que facilite la implementación de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en los Estados Miembros y, en particular, el incremento de la inversión en recursos humanos para la salud;
 - b) elabore para el 2018 un plan de acción regional con objetivos específicos e indicadores a fin de avanzar de manera más expedita en la ruta establecida en esta estrategia;
 - c) apoye a los países en el fortalecimiento de la capacidad de planificación estratégica, gestión de recursos humanos y desarrollo de los sistemas de información para respaldar el análisis de escenarios presentes y futuros relacionados con la expansión progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - d) impulse la investigación, el intercambio de experiencias y la cooperación entre países en temas como los equipos interprofesionales de salud, la calidad de la educación con pertinencia social y las estrategias de retención de recursos humanos;
 - e) promueva la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales que trabajan en temas relacionados con los recursos humanos para la salud, y establezca una comisión técnica de alto nivel que evalúe las tendencias, las capacidades y la movilidad de los profesionales de la salud en la Región de las Américas.

(Octava reunión, 28 de septiembre del 2017)

CSP29.R16 Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas

LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento *Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas* (documento CSP29/16) sobre los logros históricos obtenidos en la Región de las Américas en cuanto a la erradicación de la poliomielitis y los desafíos actuales del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV);

Reconociendo los aportes valiosos del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud (conocido como el “Fondo Rotatorio”) para garantizar el acceso oportuno y equitativo a las vacunas contra la poliomielitis para los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

Considerando la importancia de la participación activa de los Estados Miembros de la OPS en el Fondo Rotatorio;

Reafirmando los principios, los términos y condiciones, y los procedimientos del Fondo Rotatorio y su beneficio para la salud pública en la Región de las Américas (resolución CD52.R5 [2013]);

Reconociendo la importancia de mantener a la Región de las Américas libre de poliomielitis y de avanzar hacia la erradicación mundial de esta enfermedad;

Consciente de las circunstancias especiales actuales para la ejecución del *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*, y de la situación actual de la demanda mundial y el suministro limitado de la vacuna IPV, según lo informado por la Directora General de la OMS en mayo del 2017, así como de la importancia de preservar el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en la Región de las Américas;

Considerando además que si el Fondo Rotatorio lograra obtener dosis adicionales de la IPV esto permitiría a los Estados Miembros participantes en el Fondo Rotatorio planificar de forma adecuada el uso de una fracción de la dosis de la IPV (fIPV por su sigla en inglés) administrada por vía intradérmica en un esquema de dos dosis;

Reconociendo que la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) requiere de la aprobación de los Estados Miembros de la OPS para llevar adelante cualquier negociación que no cumpla con los principios, los términos y condiciones, y los procedimientos del Fondo Rotatorio,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen reconociendo al Fondo Rotatorio de la OPS como el mecanismo estratégico de cooperación más idóneo para permitir el acceso a las vacunas, como la IPV;
 - b) promuevan la solidaridad y el panamericanismo a través de su participación en el Fondo Rotatorio.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) negocie de forma extraordinaria el mejor precio posible para la compra de la IPV para la Región de las Américas y, de ser necesario, adecúe los términos y condiciones del Fondo Rotatorio por esta única ocasión para atender las circunstancias especiales que existen en la actualidad y proveer el suministro de la IPV para la Región de las Américas;
 - b) mantenga la coordinación con la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a lo largo de este proceso en consonancia con el *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*;
 - c) mantenga el dialogo con los asociados y los productores mundiales de la IPV con el objetivo de acelerar y garantizar la capacidad de producción de las dosis de la IPV necesarias para la Región de las Américas;
 - d) continúe apoyando a los Estados Miembros de la OPS en la preparación para el uso de la fIPV;
 - e) informe en el 2018 al Comité Ejecutivo, por intermedio del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, sobre la situación del suministro de la IPV en la Región de las Américas, así como de la negociación extraordinaria, en caso de darse, y los resultados alcanzados y los avances que se consigan a través del diálogo antes señalado.

(Octava reunión, 28 de septiembre del 2017)

Decisiones

Decisión CSP29(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Barbados, El Salvador y Uruguay para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 25 de septiembre del 2017)

Decisión CSP29(D2): Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno, la Conferencia eligió a Paraguay para ocupar la Presidencia, a Guyana y Panamá para las Vicepresidencias, y a Canadá para la Relatoría de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Primera reunión, 25 de septiembre del 2017)

Decisión CSP29(D3): Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a Bolivia, Cuba y Estados Unidos de América para integrar la Comisión General.

(Primera reunión, 25 de septiembre del 2017)

Decisión CSP29(D4): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 11 del Reglamento Interno, la Conferencia adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada durante la sesión (documento CSP29/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 25 de septiembre del 2017)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, Delegado de Paraguay, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veintinueve días del mes de septiembre del año dos mil diecisiete. La Secretaria depositará el documento original en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El informe final se publicará en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud cuando haya sido aprobado por el Presidente.

Antonio C. Barrios Fernández
Presidente de la
29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana,
69.^a sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas
Delegado de Paraguay

Carissa Etienne
Secretaria *ex officio* de la
29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana
69.^a sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas
Directora de la Oficina Sanitaria
Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

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

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

- 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- 3.2 Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - a) Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - b) Salud en las Américas
- 3.3 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
- 3.4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado 2017)
 - 4.2 Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019
 - 4.3 Nueva escala de contribuciones señaladas
-

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

- 4.4 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
- 4.5 Política sobre etnicidad y salud
- 4.6 Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023
- 4.7 Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022
- 4.8 Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
- 4.9 Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022
- 4.10 Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas

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 2016
- 5.3 Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2018-2021

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

- 6.1 Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 8.2 Centros Colaboradores de la OPS/OMS
- 8.3 Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final
- 8.4 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final
- 8.5 Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final
- 8.6 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- 8.7 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso
 - B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso
 - C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período
 - D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso
 - E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso
 - F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período
 - G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período
 - H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período
 - I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período
 - J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período
 - K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso
 - L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
 - M. Situación de los Centros Panamericanos

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

- 8.8 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS
 - A. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. 47.o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
 - C. Organizaciones de integración subregional
- 8.9 Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA)
- 8.10 Proyecto de nota conceptual con miras al Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS, 2019-2023

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA REUNIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

<i>OD345</i> y Add. I	Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado 2017)
<i>OD353</i>	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016
<i>OD354</i> , Add. I y Add. II	Programa y Presupuesto de la OPS 2018 2019
<i>OD355</i> y Corr.	Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
<i>PCT642</i> y Add. I	Salud en las Américas

Documentos de trabajo

CSP29/1, Rev. 2	Adopción del orden del día
CSP29/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CSP29/3	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CSP29/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Guatemala y Trinidad y Tabago
CSP29/5 y Add. I	Nueva escala de contribuciones señaladas
CSP29/6, Rev. 3 y Add. I	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
CSP29/7, Rev. 1	Política sobre etnicidad y salud

Documentos de trabajo (*cont.*)

CSP29/8	Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023
CSP29/9	Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022
CSP29/10	Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
CSP/29/11	Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022
CSP29/12 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CSP29/13	Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2018-2021
CSP29/14	Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CSP29/15	Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)

Documentos de información

CSP29/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CSP29/INF/2	Centros colaboradores de la OPS/OMS
CSP29/INF/3	Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final
CSP29/INF/4	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final
CSP29/INF/5	Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final
CSP29/INF/6	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

Documentos de información (*cont.*)

CSP29/INF/7

Informes de progreso sobre asuntos técnicos:

- A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso
- B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso
- C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período
- D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso
- E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso
- F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período
- G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período
- H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período
- I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período
- J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período
- K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso
- L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
- M. Situación de los Centros Panamericanos

CSP29/INF/8

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

- A. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. 47.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Organizaciones de integración subregional

Documentos de información *(cont.)*

CSP29/INF/9 Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA)

CSP29/INF/10 Proyecto de nota conceptual con miras al Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS, 2019-2023

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
OFFICERS/MESA DIRECTIVA**

President / Presidente:	Dr. Antonio C. Barrios Fernández (Paraguay)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. Ms. Volda Lawrence (Guyana)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Miguel Mayo Di Bello (Panamá)
Rapporteur / Relator:	Ms. Lucero Hernandez (Canada)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Daniel Lemus
Ministro de Salud
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. María del Carmen Lucioni
Asesora del Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr. Valentín Aragüés y Oroz
Asesor del Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Daniela Rocío Lemus
Asesora Privada del Sr. Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Sra. María Lorena Capra
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Duane Sands
Minister of Health
Ministry of Health of the Commonwealth of the Bahamas
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Merceline Dahl-Regis
Consultant
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Phillip Swann
Registrar
Ministry of Health
Nassau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Ms. Gabrielle Springer
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Selwin Hart
Ambassador, Permanent Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Dr. Alafia Samuels
Director, George Alleyne Chronic Disease
and Research Centre
University of West Indies
St. Michael

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Mr. Jovan Bernard Reid
Second Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

BELIZE/BELICE (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Francisco D. Gutierrez
Ambassador, Permanent Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Marvin Manzanero
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/ ESTADO PLURINACIONAL DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Álvaro Terrazas Peláez
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud
La Paz

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Dante Ergueta Jiménez
Director General de Seguros de Salud
Ministerio de Salud
La Paz

Dr. Miguel Jorge Seoane Gómez
Profesional Técnico
Ministerio de Salud
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Tania Paz González
Primera Secretaria, Representante Alternativa
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Ricardo Barros
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

Excmo. José Luiz Machado E. Costa
Embaixador, Representante Permanente do
Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Nísia Trindade Lima
Presidente, Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Sr. Paulo Buss
Director do Centro de Relações
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Conselheiro Fabio Rocha Frederico
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Alexandre Fonseca
Director de Programas da Secretaria
Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Luiz Augusto Galvão
Assessor para organismos multilaterais
Centro de Relações Internacionais
em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Bernardo Paranhos Velloso
Ministro, Representante Alternativo
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca
Conselheiro, Representante Alternativo
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Rodrigo de Carvalho Dias Papa
Segundo Secretário, Representante Alternativo
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ginette Petitpas Taylor
Minister of Health
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ms. Sarah Lawley
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Simon Kennedy
Deputy Minister of Health
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Dr. Theresa Tam
Chief Public Health Officer
Public Health of Canada
Ottawa

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Genevieve Hinse
Chief of Staff, Minister's Office
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Her Excellency Jennifer Loten
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Christine Harmston
Acting Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Lucero Hernandez
Manager, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

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

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

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

Dr. Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et
sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Ms. Geneviève Poirier
Conseillère en coopération internationale
Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

Mr. Frédéric Tremblay
Directeur
Bureau du Québec
Washington, D.C.

Ms. Nicola Toffelmire
Youth Delegate
Simon Fraser University
Ottawa

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Carmen Castillo Taucher
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Juan Aníbal Barría
Embajador, Representante Permanente de
Chile ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Dra. Raquel Child
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

CHILE (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Carolina Horta
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Luis Fernando Correa Serna
Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Carmen Inés Vásquez Camacho
Ministra Plenipotenciaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Carolina Schlesinger Faccini
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Karen Mayorga Quirós
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Linyi Baidal Sequeira
Ministra Consejera, Representante Alternativa de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Antonio Alarcón
Ministro Consejero, Representante Alternativo de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Marcia Cobas Ruiz
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. José R. Cabañas Rodríguez
Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de Cuba ante los Estados Unidos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Evelyn Martínez Cruz
Jefa del Departamento de Organismos Internacionales
Dirección de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis Javier Baro Báez
Primer Secretario
Embajada de Cuba ante la Organización de las Naciones Unidas
Ginebra, Suiza

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Alfonso Casanova Valdés
Segundo Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Her Excellency Loreen Bannis Roberts
Ambassador, Permanent Representative of the Commonwealth of Dominica to the United Nations
New York

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Ms. Judith-Anne Rolle
First Secretary, Alternative Representative of Dominica to the Organization of American States
Washington, D.C.

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Gedeón Santos
Embajador, Representante Permanente de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Licda. Dania Guzmán
Directora de Planificación Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Sr. Flavio Holguín
Ministro Consejero, Representante Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Sr. Pedro Zaiter
Encargado de Negocios, a.i., Representante Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Sra. Érika Álvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alterna de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

ECUADOR (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Marcelo Vázquez
Embajador, Representante Alterno del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mag. Cristina Luna Ribadeneira
Asesora Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Carlos Calles Castillo
Embajador, Representante Permanente de El Salvador ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. José Eliseo Orellana
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
San Salvador

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
St. George's

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

His Excellency Dr. E. Angus Friday
Ambassador, Permanent Representative
of Grenada to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. George Mitchell
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Security
St. George's

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos E. Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

Excmo. Gabriel E. Aguilera Peralta
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Sra. Libna E. Bonilla Alarcón
Ministra Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Mauricio R. Benard Estrada
Tercer Secretario, Representante Alternativo
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ms. Volda Lawrence
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

Dr. Karen Gordon-Boyle
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Public Health
Georgetown

Delegates – Delegados

Mr. Jason Fields
First Secretary, Alternate Representative
of Guyana to the Organization of
American States
Washington, D.C.

HAITI/HAÏTÍ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Marie Greta Roy Clément
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAÏTÍ (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ambassadeur Léon Charles
Représentant Permanent, a.i.
Mission Permanente de la République
d'Haïti auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr Dernst Eddy Jean Baptiste
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Dr Jean Patrick Alfred
Directeur de l'Unité de Planification
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr Johnny Calonges
Directeur de l'Unité de Contractualisation
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Dr Pavel Desrosiers
Conseiller Technique à la Direction Générale
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Madame Claudine Lebrun Veillard
Première Secrétaire
Mission Permanente de la République
d'Haïti auprès de l'OEA
Washington, D.C.

HONDURAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Delia Rivas Lobo
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Janethe Aguilar Montano
Directora de la Unidad de Planeamiento
y Evaluación de la Gestión
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

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

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Christopher Tufton
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Her Excellency Audrey Marks
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Delegates – Delegados

Mrs. Sancia Bennett Templer
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Winston De La Haye
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

Mrs. Marsha Coore-Lobban
Deputy Chief of Mission
Embassy of Jamaica
Washington, D.C.

Mr. Deon Williams
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Gudelia Rangel
Comisión de Salud Fronteriza México-
Estados Unidos
México, D.F.

Licdo. Jesús Schucry Giacoman Zapata
Consejero, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos José Sáenz Torres
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Licdo. Luis E. Alvarado Ramirez
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Jesús Sierra Victoria
Embajador, Representante Permanente de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dra. Itza Barahona de Mosca
Directora General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dra. Reina Gisela Roa
Directora Nacional de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Dr. Julio García Vallarín
Subdirector General de la Caja
del Seguro Social
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Demetrio Fong Vigil
Consejero, Representante Alterno de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

PARAGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Rocío Fernández de Britez
Directora General de Asesoría Jurídica
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dra. Águeda Cabello
Directora General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Lic. Rubén Darío Barrios Velásquez
Director Financiero
Dirección General de Administración
y Finanzas
Asunción

Sr. Ricardo Fabián Chávez Galeano
Abogado, Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Excma. Ana Rosa Valdivieso Santa María
Embajadora, Representante Permanente de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Lic. Rocío Cathia Casildo Canedo
Directora General de Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Lima

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegado

Sr. José Luis Gonzáles
Ministro, Representante Alterno
de Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Marcos Rodríguez
Consejero, Representante Alterno
de Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Senator Honourable Mary Issac
Minister for Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Dr. Merlene Fredericks
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Hazel Oreta Laws
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Basseterre

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Her Excellency Dr. Thelma Phillip-Browne
Ambassador
Embassy of St. Kitts & Nevis
Washington, D.C.

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Robert T.L.V Browne
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Patrick V. Pengel
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Edith J. Tilon
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Mrs. Ludmilla H. Williams
UN Focal Point
Ministry of Health

Mrs. Jhanjan A. Roshnie
CARICOM Focal Point
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

His Excellency Brigadier General
(Ret'd.) Anthony W. J. Phillips-Spencer
Ambassador, Permanent Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Karen Sealey
Executive Technical Advisor
Ministry of Health
Port-of-Spain

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Dr. Tom Price
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Mitchell Wolfe
Deputy 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.

Ms. Tracy Carson
Health Attaché
U.S. Mission of the United Nations and
Other International Organizations
Department of State
Geneva

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Mr. Keagan Lenihan
Senior Counselor
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Maggie Wynne
Counselor to the Secretary
Immediate Office of the Secretary
Director, Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Ann Danelski
Global Health Officer
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.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Jenifer Healy
Chief of Staff
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Ms. Allison O'Donnell
Global Health Officer
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Tammy Pomerleau
Management Analyst
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub
Senior Health System Strengthening Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Mr. John Stowell
Health Advisor
Office of Economic and Development Assistance
U.S. Department of State
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood
Global Health Officer
Multilateral Affairs Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Otto Basso Garrido
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Hugo Cayrús
Embajador, Representante Permanente del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Paula Rolando
Consejera, Representante Alterna del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Maiqui Micheli Flores Meneses
Viceministro de Salud Integral
Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Encargada de Negocios, a.i.
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Asbina Marín
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados *(cont.)*

Sra. Sara Lambertini
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Gabriela Torrealba
Personal de Apoyo
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rocío Figueroa García
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Michel Pinard
Ambassador, Permanent Representative of
France to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mr. Pierre Pedico
Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA *(cont.)*

Delegates - Delegados

Mrs. Ondine Tavernier
Policy Officer
French Mission to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mrs. Céline Jaeggy
Counselor in social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mr. Michael Garnier-Lavalley
Counselor in social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders
Counselor
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Ms. Eline Huisman
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

Delegates - Delegados

Mr. Roland A. Driece
Deputy Director
International Affairs
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Alison Raw
Lead for Overseas Territories and Devolved
Administrators
Department of Health
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Catherine Houlsby
Lead, of Global Health and International
Business
Department of Health
United Kingdom

Delegates - Delegados

Mrs. Nueteki Akuetteh
Senior Policy Adviser
Global and Economic Policy Group
British Embassy
Washington D.C.

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

CURAÇAO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Suzanne Camellia-Römer
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Aimée Fransisco-Kleinmoedig
Chief of Staff
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

CURAÇAO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Jeanine Constansia-Kook
Policy Director
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

PUERTO RICO

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

Ms. Mariana Faisca
Counselor to the Deputy Chief of Mission
Embassy of Portugal
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA

Excmo. Sr. D. Cristóbal Valdés
Embajador, Observador Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

Sr. D. Ignacio Lázaro
Colaborador
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

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

Dr. Karen Sealey
Executive Technical Advisor
Ministry of Health
Port-of-Spain

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Health Services
Management and Leadership 2017/
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en
los Servicios de Salud 2017**

Dra. Stella Bolaños Varela
Costa Rica

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings

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

Dr. James Hospedales
Dr. Virginia Asin-Oostburg

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

Sra. Inés Bustillo
Sra. Helvia Velloso

**United Nations Environment Programme/
Programa de las Naciones Unidas para el
Medio Ambiente**

Ms. Laura Fuller

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

**Amazon Cooperation Treaty
Organization/Organización del Tratado de
Cooperación Amazónica**

Dr. Luis Francisco Sanchez Otero

**Council of Health Ministers of Central
America and the Dominican Republic/
Consejo de Ministros de Salud de
Centroamérica y República Dominicana**

Dr. Alejandro Solís Martínez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Nila Heredia Miranda
Dr. Jorge Jemio
Sra. Gloria Lagos

**Inter-American Institute for Cooperation on
Agriculture/Instituto Interamericano de
Cooperación para la Agricultura**

Sr. Horrys Friaça

**Institute of Nutrition of Central America and
Panama/Instituto de Nutrición de Centro
América y Panamá**

Sra. Carolina Siu Bermúdez
Dra. Ana Victoria Román

**Japan International Cooperation
Agency/Agencia de Cooperación
Internacional del Japón**

Mr. Yosuke Kobayashi

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)**

**Organization of Eastern Caribbean States/
Organización de Estados del Caribe
Oriental**

Dr. Carlene Radix

**Proyecto de Integración y Desarrollo de
Mesoamérica/ Mesoamerica Integration and
Development Project**

Dra. Lidia Fromm Cea

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

Sr. Mauricio Rands

**South American Institute of Government in
Health/Instituto Suramericano de Gobierno
en Salud**

Dra. Carina Vance Mafla

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH
PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES
OFICIALES CON LA OPS**

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

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

Sr. Luis Villalba
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart
Mr. Herlys Gianelli
Mr. Antonio Arce
Mr. Carl Meacham
Mr. Ariosto Matus Pérez

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Ms. Vina HuLamm

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

**Latin American Society of Nephrology and
Hypertension/Sociedad Latinoamericana de
Nefrología e Hipertensión**

Dr. Alberto Alles
Dr. Alfonso Cueto-Manzano

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

Sra. Pilar Tello Espinoza

Mundo Sano

Ms. Amber Cashwell

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

Dr. Rubén Abete

REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OPS (cont.)

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

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Mr. Brian Davis
Ms. Ana Carvalho
Ms. Tara Hayward
Ms. Carly Gasca
Ms. Sarah Kester
Ms. Cathy Smith
Ms. Chidi Obasi
Ms. Dana Silver

REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS

**American Heart Association/Asociación
Americana del Corazón**

Ms. Diana Vaca McGhie

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

Mr. Frank Rodríguez Yépez
Mr. Iván Canaval Díaz
Ms. Marian Antonieta Flores Salinas
Ms. Michelle Houde
Mr. Juan Camilo Londoño
Mr. Andres Quinteros Leyra

**Bill and Melinda Gates Foundation/
Fundación Bill y Melinda Gates**

Ms. Sandra Fried

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

Mr. Laurent Huber
Ms. Patricia Sosa

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

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Kathleen Laya
Ms. Alejandra Martínez

**Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis
and Malaria/ Fondo mundial para la lucha
contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la
malaria**

Ms. Annelise Hirschmann
Ms. Lilian Pedrosa

Knowledge Ecology International

Ms. Claire Cassidy
Mr. Andrew Goldman

Union for International Cancer Control

Mr. Paul Holmes

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Sir Amyas Morse
Comptroller and Auditor General of the
United Kingdom
National Audit Office
London

Mr. Simon Irwin
Audit Manager
National Audit Office
London

Mr. Ahn H-Young
Ambassador
Embassy of the Republic of Korea

Mr. Minsoo Park
Minister-Counselor for Health & Welfare
Embassy of the Republic of Korea

Sra. Samuel Samuel
Coordinadora Nacional de Organizaciones
negras panameñas (CONEGPA)
Panamá

Sra. Dali Ángel
Coordinadora de la Unidad de Juventud
Indígena del Fondo para el Desarrollo de
los Pueblos Indígenas de América Latina y
el Caribe (FILAC)
México

Sra. Ariadyne Acunha
Asociación Internacional Mayle Sara Kali
Brasil

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

Dr. Tedros Ghebreyesus
Director-General

Dr. Senait Fisseha
Senior Advisor to the Director General

Dr. Peter Salama
Executive Director, HEO

Dr. Carmen Dolea
Technical Officer, IHR Global Functions

Mr. Nicholas Jeffreys
Comptroller and Director, FNM

Mr. Werner Obermeyer
Deputy Executive Director
United Nations Office
New York

Ms. Jessica Clark
Meetings and Events Coordinator
United Nations Office
New York

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the
Conference/Directora y Secretaria ex officio
de la Conferencia**

Dr. Carissa F. Etienne

**Advisors to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of the Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos

- - -
