



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 24 al 28 de junio del 2019

CE164/FR
27 de agosto del 2019*
Original: inglés

INFORME FINAL

* (Esta versión incluye el Informe de la reunión virtual del Comité Ejecutivo celebrada el 27 de agosto del 2019)

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
 Asuntos relativos al Reglamento	
Elección de la Mesa Directiva	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	7
Proyecto de orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	8
 Asuntos relativos al Comité	
Informe de la 13.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración	8
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019	8
Colaboración con agentes no estatales.....	9
Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	10
Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2018	11
Informe anual de la Oficina de Investigaciones correspondiente al 2018	14
Informe del Comité de Auditoría de la OPS.....	16
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS	19
 Asuntos relativos a la política de los programas	
Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025	20
Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021	24
Política del presupuesto de la OPS	27
Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021	29
Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas	30
Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025	32
Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023	34
Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030	36
Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030	38

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos relativos a la política de los programas (cont.)	
Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.....	40
Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025	42
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)	45
 Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	48
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2018	48
Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital	53
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2018.....	53
 Asuntos de personal	
Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	55
Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana	56
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	59
 Asuntos de información general	
Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS	60
Seguimiento de las resoluciones y los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud.....	63
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).....	64
La atención primaria de salud hacia la salud universal.....	66
Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes: Informe final	69
Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final.....	71
Informes de progreso sobre asuntos técnicos:	
A. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022: Examen de mitad de período	73
B. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023: Informe de progreso	73

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos técnicos: (cont.)	
C. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso	74
D. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso	75
E. Plan de acción sobre inmunización: Informe de progreso	75
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:	
A. 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud	76
B. Organizaciones de integración subregional	76
Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos	77
Clausura de la sesión	80

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

CE164.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas	80
CE164.R2: Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas.....	81
CE164.R3: Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025	84
CE164.R4: Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023.....	86
CE164.R5: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).....	87
CE164.R6: Política del presupuesto de la OPS.....	88
CE164.R7: Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021	90
CE164.R8: Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 ...	93
CE164.R9: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2020-2021	96
CE164.R10: Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030	99

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)

Resoluciones (cont.)

CE164.R11:	Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	100
CE164.R12:	Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025	102
CE164.R13:	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	104
CE164.R14:	Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025	106
CE164.R15:	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS.....	108
CE164.R16:	Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019.....	109
CE164.R17:	Orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud, 71.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de Salud para las Américas	110
CE164.R18:	Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025.....	110
CE164.R19:	Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030.....	113

Decisiones

CE164(D1):	Adopción del orden del día	114
CE164(D2):	Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo, 71.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas	114

Anexos

Anexo A.	Programa
Anexo B.	Lista de documentos
Anexo C.	Lista de participantes
Anexo D.	Informe de la reunión virtual del Comité Ejecutivo celebrada el 27 de agosto del 2019

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El Comité Ejecutivo celebró su 164.^a sesión en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., del 24 al 28 de junio del 2019.
2. En esta sesión se contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. Asistieron en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Costa Rica, El Salvador, España, Francia, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y República Dominicana. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones no gubernamentales.
3. El señor Michael Pearson (Canadá, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes.
4. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes y señaló que la OPS celebraría su 117.^o aniversario en diciembre del 2019. Aunque antigua, la Organización no era obsoleta en absoluto. Había adoptado muchas innovaciones con el transcurso de los años a fin de preservar su pertinencia y mantener su posición como líder regional y mundial en el ámbito de la salud pública. Había sobrevivido gracias a la acertada orientación de los Estados Miembros y su continuo apoyo financiero. No cabía duda de que la longevidad de la Organización se sustentaba en la solidaridad que los Estados Miembros habían demostrado y seguían demostrando al trabajar juntos en la eliminación de enfermedades, el establecimiento de sistemas de salud resilientes, la mejora de la respuesta ante las emergencias y los desastres, la reducción de las inequidades en la salud, y el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En efecto, la OPS y la Región de las Américas eran ejemplos de lo que podría lograrse mediante la solidaridad.
5. Era fundamental mantener esa solidaridad considerando las tendencias emergentes en todo el mundo, las cuales estaban repercutiendo en la calidad de vida y amenazando el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Entre dichas tendencias se encontraban un repunte de la polarización, un aumento de las tensiones geopolíticas y geoeconómicas, y un incremento de los riesgos ambientales relacionados con el cambio climático, así como un enfoque cada vez mayor en la política centrada en el Estado y el nacionalismo. Si bien los países debían velar sin lugar a duda por sus propios intereses, era importante no perder de vista que existía la posibilidad real de que el énfasis en el Estado–nación debilitara o erosionara los acuerdos internacionales y los compromisos multilaterales, por lo que sería más difícil llegar a las respuestas colectivas básicas que se requerían para afrontar los retos emergentes a nivel mundial, regional y transfronterizo como la migración, el cambio climático y los ciberataques. Con estos retos como telón de fondo, la Organización debía

encontrar la fortaleza necesaria para seguir cumpliendo su misión y liderando los esfuerzos colaborativos estratégicos para promover la equidad en la salud, combatir las enfermedades y lograr que las personas en la Región de las Américas tuvieran una vida más larga y de mejor calidad.

6. En esta sesión, el Comité ayudaría a fijar el rumbo y a definir la hoja de ruta que se seguiría en la labor en torno al nuevo Plan Estratégico de la Organización para el período 2020-2025. La Directora señaló que esperaba una sesión productiva y agregó que estaba segura de que el Comité examinaría los temas en el orden del día de una manera minuciosa y con la vista puesta en el futuro.

Asuntos relativos al Reglamento

Elección de la Mesa Directiva

7. Los siguientes Miembros, elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 163.^a sesión del Comité Ejecutivo, siguieron desempeñando sus respectivos cargos durante la 164.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Canadá	(Sr. Michael Pearson)
<i>Vicepresidencia:</i>	Belice	(Dr. Marvin Manzanero)
<i>Relatoría:</i>	Perú	(Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde)

8. La Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP) actuó como Secretaria *ex officio* y la doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) fue la Secretaria Técnica.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE164/1, Rev. 2 y CE164/WP/1, Rev. 1)

9. El Comité adoptó el orden del día provisional propuesto por la Directora sin modificaciones (documento CE164/1, Rev. 2); el Comité también adoptó el programa de reuniones (CE164/WP/1, Rev. 1) (decisión CE164[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE164/2)

10. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Canadá y Perú como titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para que representasen al Comité en el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Barbados y Panamá fueron elegidos representantes suplentes (decisión CE164[D2]).

Proyecto de orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE164/3)

11. La señora Mônica Zaccarelli Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el proyecto del orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, preparado por la Directora de conformidad con el Artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. Señaló que en el proyecto de orden del día se incluían dos asuntos de información general que no figuraban en el orden del día del Comité Ejecutivo: el informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (punto 7.6) y un informe sobre las resoluciones de interés para la OPS aprobadas por el Cuadragésimo Noveno Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (punto 7.11-B).

12. El Comité aprobó el orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo mediante la resolución CE164.R17.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la 13.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE164/4)

13. El doctor Marvin Manzanero (Belice, Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su 13.ª sesión del 27 al 29 de marzo del 2019. El Subcomité había tratado algunos temas importantes de tipo financiero, administrativo y de otra índole, incluido el *Anteproyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025*, el *Esquema del presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021* y el *Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al 2018*.

14. El doctor Manzanero señaló que debido a que todos los asuntos tratados por el Subcomité se encontraban también en el programa del Comité Ejecutivo, se informaría sobre ellos a medida que se abordaran en el Comité.

15. El Comité Ejecutivo agradeció al Subcomité por su trabajo y tomó nota del informe.

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019 (documentos CE164/5 y CE164/5, Add. I)

16. El doctor Anton Best (Barbados) informó que el Jurado para el otorgamiento del Premio OPS a la Gestión y el Liderazgo en los Servicios de Salud 2019, integrado por los delegados de Barbados, Canadá y Ecuador, se había reunido el 26 de junio para examinar la información sobre los candidatos postulados por los Estados Miembros. El Jurado había

decidido recomendar que el Premio OPS a la Gestión y el Liderazgo en los Servicios de Salud 2019 se otorgase a la doctora Reina Roa Rodríguez, de Panamá, por su doble contribución al fomentar la salud pública por medio del control del tabaco en los niveles nacional, regional y mundial, y supervisar la formulación y ejecución de la política nacional de salud de su país y sus correspondientes directrices estratégicas. La doctora Roa Rodríguez también había contribuido significativamente a la elaboración de la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018-2030 y el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025.

17. Varios delegados felicitaron a la doctora Roa Rodríguez y manifestaron su admiración por el liderazgo en el control del tabaco y la influencia positiva en las políticas públicas en la Región de las Américas.

18. La doctora Roa Rodríguez (Panamá) agradeció al Jurado por haberla considerado una candidata digna para este reconocimiento.

19. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R16, mediante la cual se otorgó el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019 a la doctora Roa Rodríguez.

Colaboración con agentes no estatales (documento CE164/6)

20. El doctor Marvin Manzanero (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado el informe sobre el progreso de la OPS al ejecutar el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés). En el debate del Subcomité acerca de este informe, se había dirigido la atención a un párrafo del informe en el que se aludía a las dificultades de la OMS para llegar a una definición uniforme de la frase “promover los intereses” de la industria tabacalera. Se había sugerido que la Secretaría de la OMS debía colaborar con la Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco para determinar la interpretación de la frase en el contexto de la evaluación de la colaboración con los agentes no estatales.

21. En el debate acerca del informe que tuvo lugar en el Comité Ejecutivo, se recibió con beneplácito el progreso de la Oficina en la ejecución del FENSA en toda la Organización. Se indicó que el Marco era un medio para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, proteger a la Organización de la influencia indebida de los actores externos y evitar los conflictos de intereses. Se instó a la Oficina a proseguir con los esfuerzos para fomentar la colaboración con una amplia gama de agentes no estatales, en particular las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajaban en ámbitos como la atención integral de salud y la gobernanza, con la finalidad de apoyar a los Estados Miembros y cumplir la misión de la Organización. Se subrayó la importancia de evaluar la aplicación de las herramientas del FENSA a nivel de país.

22. La doctora Heidi Jiménez hizo hincapié en que la Oficina seguía colaborando estrechamente con la Secretaría de la OMS para garantizar que el Marco se ejecutase de una manera uniforme y coherente. La guía de la OMS para el personal ya estaba terminada y se usaría en la capacitación del personal de la Oficina, que según lo programado comenzaría en el segundo semestre del 2019. En términos generales, gracias a la ejecución del FENSA había mejorado la transparencia, la Organización conocía más a sus asociados y los asociados estaban debidamente registrados.

23. El Comité Ejecutivo toma nota del informe.

Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE164/7)

24. El doctor Marvin Manzanero (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe y un conjunto de documentos confidenciales suministrados por la Oficina acerca de 12 organizaciones no gubernamentales a las que correspondía evaluar su condición como actores no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS. La Oficina había recomendado mantener las relaciones oficiales con siete de esas organizaciones, diferir la evaluación de la colaboración con dos organizaciones de manera que dispusieran de más tiempo para ultimar sus nuevos planes de trabajo, y suspender las relaciones oficiales con tres agentes no estatales debido a la falta de colaboración en los últimos tres años.

25. Tras considerar la información suministrada por la Oficina, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo aprobara la continuación de las relaciones oficiales entre la OPS y las siguientes organizaciones: la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, el Centro Ross del Instituto de Recursos Mundiales para las Ciudades Sustentables, la Coalición Caribe Saludable, la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica, la Fundación Mundo Sano, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, y la Sociedad Interamericana de Cardiología.

26. El Subcomité había recomendado que el Comité difiriera hasta el 2020 la decisión sobre las relaciones oficiales con las siguientes dos organizaciones: la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. Por último, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité suspendiera las relaciones oficiales con el Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud, el Colegio Interamericano de Radiología y la Federación Latinoamericana de Hospitales.

27. Un representante de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) señaló que las enfermedades renales habían alcanzado proporciones epidémicas en América Latina, donde registraban una de las tasas de mortalidad más altas del mundo. El tratamiento de estas enfermedades, y en particular de la insuficiencia renal terminal, era extraordinariamente costoso, por lo que casi 50% de los pacientes no tenían acceso al tratamiento sustitutivo de la función renal que necesitaban. La SLANH y la OPS habían

colaborado en diversos proyectos con el objetivo de aumentar el acceso al tratamiento sustitutivo renal; difundir información sobre tratamientos más eficaces en función de los costos, como la diálisis peritoneal; y promover la implementación de registros nacionales de diálisis renal y trasplantes. También habían presentado cursos de capacitación en línea sobre temas como el uso de la diálisis peritoneal y la prevención de la enfermedad renal crónica. Era importante divulgar más ampliamente la disponibilidad de esos cursos, en particular en Centroamérica. El representante de esta asociación instó a los Estados Miembros a que prestasen debida atención a las enfermedades renales en sus políticas de salud pública y se asignasen suficientes recursos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento temprano de este tipo de enfermedades.

28. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe. Un delegado subrayó la importancia de aumentar la cooperación con los agentes no estatales, fomentar los proyectos de investigación conjunta y establecer alianzas con otros interesados directos del campo de la atención de salud a nivel regional y de país. Indicó que debía prestarse especial atención a asuntos como la atención integral de salud y las redes integradas de servicios de salud, la gobernanza, la gestión y el financiamiento.

29. El señor Alberto Kleiman (Director, Departamento de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) reconoció la contribución de los agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS y señaló que sus esfuerzos eran fundamentales para alcanzar el objetivo de la Organización de mejorar la salud pública en la Región de las Américas.

30. La Directora subrayó que la Oficina daba gran importancia a la colaboración con los agentes no estatales, esenciales para cumplir la misión de la Organización y maximizar sus esfuerzos.

31. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R11, mediante la cual se refrendaron las recomendaciones del Subcomité.

Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2018 (documento CE164/8)

32. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP), al resumir las actividades emprendidas por la Oficina de Ética en el 2018, recordó que la función de investigación de esta Oficina había sido transferida a la Oficina de Investigaciones, recientemente creada, para que la Oficina de Ética se centrara en brindar asesoramiento, orientación y capacitación para ayudar a que el personal cumpliera sus obligaciones con respecto al Código de Principios Éticos y Conducta. En el 2018 la Oficina había atendido 154 consultas relacionadas con la ética —la cifra más alta en un año— e impartido sesiones presenciales de capacitación sobre temas relacionados con la ética a más de 500 funcionarios en cinco representaciones de la OPS/OMS y en la Sede.

33. Como parte de sus esfuerzos para prevenir y combatir el acoso sexual, la Oficina de Ética había difundido un curso obligatorio de las Naciones Unidas sobre prevención del

acoso, el acoso sexual y el abuso de la autoridad en el lugar de trabajo. Conjuntamente con la Oficina del Ombudsman, había elaborado un programa de capacitación para crear conciencia sobre el acoso sexual y sobre los recursos de la Oficina Sanitaria Panamericana para prevenirlo y abordarlo. Además, coorganizó un taller sobre los costos que genera a la Organización la falta de cortesía en el lugar de trabajo, entre los cuales se encontraban una merma de la productividad y la moral y un aumento del ausentismo.

34. En el 2018, la Oficina de Ética había automatizado el formulario anual de declaración de intereses y examinado 178 respuestas, resolviendo a favor de la Organización cualquier conflicto de intereses real o potencial. También había encabezado un grupo de trabajo encargado de formular una política nueva y de amplio alcance contra el fraude y la corrupción, y había liderado los esfuerzos para formular una nueva política con el fin de abordar la explotación y el abuso sexuales. Estaba previsto que ambas políticas estuviesen listas en el 2019.

35. En el 2019, la Oficina de Ética dedicaría más tiempo a actualizar las políticas vigentes y formular políticas nuevas. En particular, realizaría una evaluación exhaustiva de la política de la Oficina Sanitaria Panamericana para proteger a los denunciantes de actos indebidos, la cual era del 2009, teniendo en cuenta las mejores prácticas y las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección del sistema de las Naciones Unidas con respecto a las normas y los procedimientos sobre denunciantes de irregularidades en organismos de las Naciones Unidas. Además, tomando como base los resultados de la encuesta sobre “espacios seguros” de las Naciones Unidas dirigida al acoso sexual, la Oficina de Ética elaboraría un plan de acción para enfrentar el acoso sexual y concientizar sobre los recursos institucionales para prevenir, notificar y abordar el acoso sexual en el lugar de trabajo.

36. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con agrado los esfuerzos de la Oficina de Ética para promover que se estableciera un debate íntegro y abierto entre supervisores y subordinados. Se consideró que esta interacción era un medio para permitir que el personal se sintiese más involucrado en los procesos de toma de decisiones, lo que mejoraría el compromiso del personal y fomentaría la cortesía en el lugar de trabajo. También hubo apoyo a la elaboración de un plan de acción para enfrentar el acoso sexual. Se solicitó información sobre la política actual de acoso sexual de la Oficina Sanitaria Panamericana y la unidad responsable de tal política. Se subrayó la necesidad de incluir a la Oficina de Investigaciones en los esfuerzos para abordar el acoso sexual.

37. Se subrayó que era esencial ofrecer una protección sólida a los denunciantes de irregularidades y contar con oficinas de ética y supervisión independientes para crear una cultura de transparencia y rendición de cuentas. Se acogió con beneplácito el examen de la política de protección en casos de denuncias de irregularidades realizado por la Oficina, y se instó a la Oficina de Ética a poner en práctica las recomendaciones que brindaba al respecto la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. Ante la creación de la Oficina de Investigaciones, una delegada preguntó si la Oficina de Ética seguía siendo la responsable de realizar el examen preliminar de las denuncias sobre represalias. Otra

delegada solicitó que en el próximo informe de la Oficina de Ética se incluyera información actualizada sobre el plan de acción con respecto al acoso sexual en la Organización, observando que las conclusiones de la Oficina de Ética sobre las represalias podría ser útil también en apoyo de esta labor. La misma delegada señaló que, considerando que 10% de las consultas hechas a la Oficina de Ética estaban relacionadas con la contratación de familiares del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, los requisitos para que los familiares pudieran participar en procesos de selección por concurso abiertos y transparentes debían especificarse en el Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.

38. El señor MacMillan explicó que los requisitos para que los familiares de los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana pudieran participar en los procesos de selección por concurso estaban estipulados en el Código de Principios Éticos y Conducta. Explicó además que con respecto al concepto de “disensión respetuosa”, se había hecho una consulta a la Oficina de Ética precisamente porque, aunque los funcionarios habían brindado asesoramiento de la manera debida, sus supervisores lo habían pasado por alto, lo que había generado un conflicto en el lugar de trabajo. La Oficina Sanitaria Panamericana estaba esforzándose en fomentar una cultura laboral en la cual fuera posible ofrecer asesoramiento y se le prestase debida atención, se tolerase la disconformidad saludable y el personal pudiera aceptar las decisiones finales que tomen sus supervisores.

39. Todas las políticas e iniciativas, como el plan de acción sobre el acoso sexual previsto, se analizaban dentro del marco único del que disponía la Oficina Sanitaria Panamericana: el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC). Este sistema estaba integrado por representantes de diferentes departamentos, incluida la Oficina de Investigaciones. La estrecha cooperación y los valiosos aportes de los miembros del SGAIC, que se reunían una vez al mes, beneficiaban a todas las políticas e iniciativas de la Oficina Sanitaria Panamericana relacionadas con la integridad institucional y la gestión de conflictos.

40. Actualmente estaban finalizándose los términos de referencia de la Oficina de Investigaciones y pronto se decidiría si el examen preliminar de las denuncias de represalias sería responsabilidad de esa oficina o de la Oficina de Ética. El señor MacMillan era consciente de que en otras organizaciones de las Naciones Unidas esa función correspondía a la Oficina de Ética. La política de acoso sexual era responsabilidad de la Oficina de Ética, al igual que el resto de las políticas relacionadas con la ética, aunque esta oficina trabajaba en estrecha colaboración con los otros miembros del SGAIC. Estaba previsto que en el 2019 un panel de profesionales especializados en ética liderado por la OPS examinaría las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección, después de lo cual la Oficina emprendería de manera definitiva el examen de la política de protección de denunciantes de irregularidades.

41. La Directora subrayó su compromiso con que la Oficina Sanitaria Panamericana fuera un entorno de trabajo plenamente ético y propicio. Para lograr ese objetivo, la Gerencia Ejecutiva se aseguraba de que la Oficina de Ética, la Oficina de Investigaciones

y los auditores internos fuesen totalmente independientes. Reconoció que debía hacerse más para que el personal —nuevo o no— conociera los diversos mecanismos, recursos y políticas institucionales que regían la conducta del personal.

42. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe anual de la Oficina de Investigaciones correspondiente al 2018 (documento CE164/9, Rev. 1)

43. El señor Alexander Lim (Investigador Principal, Oficina de Investigaciones, OSP), al describir las actividades emprendidas por la Oficina de Investigaciones en el 2018, recordó que esta oficina había sido establecida en enero del 2018 para llevar a cabo la función de investigación, que anteriormente estaba a cargo de la Oficina de Ética. Tenía un pequeño equipo de dos examinadores de fraude de tiempo completo, que realizaban investigaciones administrativas para determinar los hechos en relación con supuestas conductas indebidas.

44. Desde el 2016, el número promedio de denuncias de irregularidades recibidas cada año se había mantenido relativamente constante. En cambio, el número de informes trasladados de un año al siguiente había disminuido de forma sostenida, lo que demostraba que los casos se abordaban con mayor rapidez. No todos los informes conducían a investigaciones por parte de esta Oficina: algunos eran remitidos a las unidades pertinentes, mientras otros se cerraban por falta de pruebas *prima facie*. Los asuntos relacionados con fraude ocupacional y acoso en el lugar de trabajo representaban la mayor parte del trabajo de los investigadores, una tendencia que probablemente aumentaría.

45. En promedio, el tiempo necesario para cerrar una investigación fluctuaba entre dos y seis meses, según el tipo de irregularidad planteada en la denuncia. Normalmente, la investigación de casos de fraude y acoso tardaban más. Como esos casos eran complejos por naturaleza, era importante encontrar maneras de ampliar la capacidad de los recursos existentes y mejorar la eficiencia del proceso de investigación, sin arriesgar la integridad ni la credibilidad. Con ese fin, la Oficina de Investigaciones se proponía poner en práctica herramientas digitales de investigación forense y buscaría el apoyo necesario de las unidades pertinentes dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana.

46. El producto principal de la Oficina de Investigaciones —los informes de investigación— generalmente se centraban en asuntos relacionados con conductas indebidas, aunque a veces en el proceso de investigación salían a relucir otros asuntos. La Oficina planificaba introducir “cartas con observaciones” a fin de poner de relieve esos asuntos, que a menudo se quedaban relegados a un segundo plano.

47. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el detallado informe de la Oficina de Investigaciones, y aplaudió las iniciativas emprendidas con el fin de enfrentar el fraude y el acoso sexual, así como las propuestas para llevar a cabo otras actividades de concientización con el objeto de abordar la escasez de denuncias, especialmente en las

representaciones. Se subrayó que causaba preocupación el número relativamente bajo de denuncias sobre acoso sexual, y se brindó apoyo a las actividades propuestas con el fin de dar a conocer los mecanismos de presentación de denuncias. Se solicitó aclaración con respecto a la cadena de mando de la Oficina de Investigaciones y los diferentes tipos de procesos de investigación disponibles, incluido cualquier enfoque informal. Se señaló que un elevado número de informes sobre conductas indebidas correspondían a la representación de un país sudamericano, y se solicitó a la Oficina que comentara sobre las razones de esa situación y lo que estaba haciéndose para abordarla.

48. Varios delegados expresaron inquietud acerca de la manera en que se habían manejado los casos de fraude. Una delegada deseaba saber por qué los informes de investigación de dos casos no confirmados de irregularidad se habían presentado a la Oficina Sanitaria Panamericana y por qué en un caso confirmado de fraude la única medida disciplinaria había sido una carta de la administración. Otra delegada indicó que la Organización debería adoptar una posición más firme frente al fraude, especialmente considerando que la pérdida neta de \$60.000¹ por fraude es la cuarta más elevada registrada por el Comité Permanente de Protección de Recursos y Prevención de Pérdidas en el decenio pasado. A este respecto, una delegada preguntó cómo se registraban tales pérdidas en los informes financieros de la Organización y qué medidas se tomaban para recuperarlas. Esa misma delegada preguntó acerca de los motivos de discrepancia en la tasa promedio de cierre de casos, el número de informes clasificados como no confirmados después de una investigación y los datos estadísticos que sustentaban la aseveración de que las tasas de notificación en Centroamérica y el Caribe eran incongruentes. También preguntó por qué los informes se trasladaban de un año a otro y qué medidas se preveía tomar para que todos los casos se abordaran el mismo año en que se notificaban.

49. Luego de señalar que en el 2018 solo había habido un caso confirmado de acoso sexual, una delegada expresó inquietud porque solamente se había tomado una medida disciplinaria o administrativa contra la persona involucrada en el caso. La delegada subrayó que debería adoptarse un enfoque de tolerancia cero.

50. El señor Lim explicó que la Oficina de Investigaciones era independiente desde un punto de vista funcional y que él, como Investigador Principal, rendía cuentas directamente al Comité Ejecutivo. En los asuntos administrativos, respondía a la Directora Adjunta de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Oficina de Investigaciones es un órgano imparcial e independiente con un mandato de investigación. No participaba en las decisiones o recomendaciones relativas a las medidas disciplinarias que debían tomarse. Esa decisión correspondía a la Gerencia Ejecutiva de la Oficina Sanitaria Panamericana.

51. El protocolo de investigación actual tenía en el encabezado el término “investigación formal”, lo que podría dar la impresión equivocada de que también había investigaciones informales. En realidad, no existía nada parecido a una investigación

¹ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

informal de supuestas irregularidades, aunque había canales menos formales que podían usarse para buscar una reparación, como la Oficina del Ombudsman o la Oficina de Ética. El proceso de investigación comprendía los siguientes pasos: la recepción de la denuncia, la evaluación preliminar de las pruebas y la investigación propiamente dicha. Una investigación podría considerarse cerrada en diferentes etapas: primero, en la etapa de evaluación preliminar, si la denuncia se consideraba demasiado vaga o no había suficientes pruebas para proceder; segundo, si el asunto se remitía a otras unidades pertinentes dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana o si no se consideraba necesario hacer la investigación; y tercero, al final del proceso de investigación, una vez que se tenía un resultado.

52. Al considerarse el tiempo necesario para investigar y cerrar los casos era necesario tener en cuenta la importancia de garantizar que los resultados de las investigaciones pudiesen sostenerse en caso de ser objeto de escrutinio en alguna posible disputa legal. Normalmente, las investigaciones relacionadas con casos de acoso y fraude requerían más tiempo porque era necesario entrevistar a muchos testigos, consultar diferentes fuentes y establecer una cronología de los hechos. La Oficina de Investigaciones informaba sobre las pérdidas debidas a fraude al Comité Permanente de Protección de Recursos y Prevención de Pérdidas, que era un comité interdepartamental que se ocupaba de las medidas contra el fraude y la prevención del fraude.

53. Estaba examinándose la presentación de informes de investigación sobre denuncias no confirmadas y se presentaría una actualización al respecto al Comité Ejecutivo en alguna sesión futura. Con respecto al elevado número de informes provenientes de un solo país, una razón podría ser que se trataba de un país grande y la representación empleaba a un número considerable de personas.

54. El doctor Jarbas Barbosa da Silva Jr. (Subdirector, OSP) subrayó que todas las organizaciones internacionales debían mantenerse alertas ante los problemas causados por la conducta indebida. Agregó que la Oficina de Investigaciones se había establecido como un organismo independiente para garantizar que estos problemas se investigasen de una manera transparente y oportuna, y mejorar la manera en que se presentaban informes a este respecto a los Cuerpos Directivos.

55. El Comité Ejecutivo tomó nota el informe.

Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE164/10)

56. El señor Martín Guozden (Presidente, Comité de Auditoría de OPS) informó que el Comité de Auditoría se había reunido dos veces (en diciembre del 2018 y en abril del 2019) durante el período abarcado por el informe, había asistido a sesiones informativas y presentaciones del personal directivo superior y otros funcionarios, y había formulado recomendaciones después de cada reunión. El Comité de Auditoría había presentado seis recomendaciones durante el período abarcado por el informe. La primera recomendación estaba relacionada con la situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP

(PMIS), pues todavía no se habían aprovechado todas las ventajas del sistema. La segunda recomendación del Comité era revisar los términos de referencia de la Oficina de Investigaciones, teniendo en cuenta las observaciones del Comité de Auditoría sobre los procedimientos para la aceptación de denuncias, la cadena de mando de la Oficina de Investigaciones y el seguimiento de las medidas adoptadas como resultado de las investigaciones.

57. La tercera recomendación guardaba relación la seguridad de la información. El Comité de Auditoría recomendó que la Oficina Sanitaria Panamericana integrase plenamente las actividades de ciberseguridad en la continuidad de sus operaciones y que el Departamento de Servicios de Tecnología de la Información (ITS) estableciera métodos de medición para cada problema de cumplimiento detectado y garantizase el seguimiento y la presentación de informes periódicos. La cuarta y la quinta recomendaciones del Comité fueron que la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) desarrollase una metodología más formal para determinar las representaciones que serían objeto de auditoría cada año y que su proyecto de política de evaluación estuviese en consonancia con las normas del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas.

58. La sexta recomendación estaba relacionada con las conclusiones del Auditor Externo, que había manifestado inquietud por el alto volumen de procesos manuales necesarios para preparar los estados financieros y el posible riesgo de error. El Comité de Auditoría había recomendado que la Oficina Sanitaria Panamericana suministrara a los gerentes una herramienta para garantizar que la ejecución del presupuesto estuviese de acuerdo con el Presupuesto por Programas de la Organización y asegurar la exactitud en la presentación de informes acerca de los gastos del presupuesto.

59. Entre las demás actividades emprendidas durante el período abarcado por el informe, el Comité de Auditoría había continuado dando seguimiento al desarrollo y la ejecución del proyecto Mais Médicos, había examinado el proyecto de política contra el fraude de la Oficina de Ética, y había solicitado información sobre las medidas tomadas para automatizar las funciones de prevención y detección de fraudes. Con respecto a este último tema, el Comité de Auditoría había sido informado que se requeriría una mayor exploración de las funcionalidades de PMIS para mejorar la detección y la prevención de fraudes, especialmente con respecto a las compras. El Comité de Auditoría también había recibido una actualización sobre la situación del programa de gestión de riesgos institucionales. Había observado que 50% de los riesgos se habían clasificado como estratégicos o externos, por lo que era difícil que los centros de costos prepararan planes preventivos. La Oficina Sanitaria Panamericana había estado de acuerdo en que era necesario seguir trabajando para lograr la institucionalización de la gestión de riesgos y había propuesto incluir este tema en el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño.

60. El Comité de Auditoría se había alegrado de saber que, de acuerdo con el Auditor Externo, una recomendación anterior relativa al procedimiento normalizado de trabajo sobre el control interno estaba avanzando en la dirección correcta. En términos generales,

el Comité de Auditoría estaba impresionado con el enfoque proactivo y el liderazgo de la Directora al asegurarse de que se pusieran en práctica las recomendaciones de las auditorías.

61. En el debate subsiguiente, los delegados elogiaron la contribución del Comité de Auditoría en cuanto al fortalecimiento de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas. Se instó a la Oficina a poner en práctica todas las recomendaciones del Comité de Auditoría de manera oportuna, en particular las recomendaciones primera y quinta. También se instó a la Oficina a adoptar prácticas más estrictas contra el fraude, concientizar al personal e integrar al PMIS las prácticas de prevención y detección de fraudes, en particular con respecto a las compras. Se solicitó que se aclarara la necesidad de usar las definiciones de bancos multilaterales de desarrollo en el proyecto de política contra el fraude. Se promovió la adopción de medidas para depender menos de la introducción manual de asientos de diario. Se acogió con beneplácito la recomendación de elaborar una metodología más formal para las auditorías de las representaciones, pero se indicó que se necesitaba cierta flexibilidad para poder responder a los asuntos que surgieran. Se alentó a la Oficina a que estandarizara e hiciera cumplir su política de ciberseguridad y a que considerara la posibilidad de desarrollar herramientas para impedir que el personal usase aplicaciones o dispositivos externos.

62. Una delegada solicitó al señor Guozden que diera más detalles sobre las inquietudes del Comité de Auditoría con respecto a la eficacia y la integridad de la función de investigación y el seguimiento que daba la Oficina a los resultados de las investigaciones. La delegada también solicitó más información sobre la revisión de los términos de referencia del Comité de Auditoría y lo instó a consultar el informe sobre la revisión de los comités de supervisión del sistema de las Naciones Unidas próximo a ser publicado por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. Otro delegado expresó inquietud acerca de la demanda relacionada con Mais Médicos que se había presentado contra la OPS en un tribunal federal de Florida. Solicitó información actualizada sobre el caso y preguntó si se habían presentado otras demandas en Brasil. Subrayó la necesidad de realizar una evaluación integral del proyecto Mais Médicos.

63. El señor Guozden explicó que el Comité de Auditoría había planteado algunos interrogantes acerca del procedimiento para la recepción de denuncias y la cadena de mando de la Oficina de Investigaciones. Era importante tener presente la relación funcional que existía entre esa oficina y la Organización, detectar cualquier problema que pudiera causar un posible conflicto de intereses y determinar cuál era la mejor manera de resolver estos conflictos. El nuevo Investigador Principal era muy consciente de estos retos y había propuesto los cambios pertinentes, que se reflejarían en los términos de referencia de la Oficina de Investigaciones o en otra norma o procedimiento interno, según correspondiera.

64. El Comité de Auditoría había comparado el proyecto de política contra el fraude con lo que tenía entendido que eran las mejores prácticas en otras organizaciones internacionales, especialmente dentro del sistema de las Naciones Unidas, que con una frecuencia cada vez mayor estaba usando definiciones de bancos multilaterales de

desarrollo. El señor Guozden coincidió en que debía contemplarse cierta flexibilidad en cualquier método formal que se usase para seleccionar las representaciones a las que se haría una autoría y agregó que ya había cierto grado de flexibilidad, pues IES podía modificar su plan de trabajo conforme a los cambios en las necesidades de la Organización.

65. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) señaló que solo podía suministrar cierta información limitada sobre la demanda presentada en Florida en relación con Mais Médicos, ya que el proceso estaba en curso. Aseguró al Comité Ejecutivo que la Oficina Sanitaria Panamericana estaba defendiendo activamente a la Organización en este caso y que, en la medida de lo posible, se mantendría a los Estados Miembros y el Comité de Auditoría informados acerca de los nuevos acontecimientos. Algunos participantes del programa Mais Médicos —cubanos y de otras nacionalidades— habían presentado varias demandas; sin embargo, la mayor parte de ellas eran contra el Gobierno de Brasil. Este Gobierno había asumido la defensa de las pocas demandas en las que sí se mencionaba a la OPS. Cabía señalar que la Corte Suprema de Brasil había dictaminado que el programa era legal conforme a lo establecido por la Constitución de Brasil.

66. La doctora Jiménez hizo hincapié en el artículo 25 de los términos de referencia del Comité de Auditoría, en el cual se estipulaba que el Comité Ejecutivo tenía la autoridad necesaria para formular recomendaciones con respecto a las modificaciones que se considerasen necesarias. Cualquier modificación propuesta a los términos de referencia podría presentarse al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración para su consideración en el 2020, después de lo cual se referiría al Comité Ejecutivo y luego al Consejo Directivo para su aprobación.

67. La Directora señaló que el Comité de Auditoría había examinado el proceso de evaluación sobre la base de que era una función completamente independiente, como en la OMS. Sin embargo, aún no era así en la OPS en parte porque, debido a las limitaciones presupuestarias, un solo funcionario de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación era responsable de la función de evaluación, lo que, por razones obvias, limitaba lo que podía hacerse en ese momento. No obstante, la Oficina estaba comprometida con la evaluación de los programas y procesos, y estaba trabajando activamente para que la evaluación fuese una parte integral de sus labores cotidianas.

68. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE164/11)

69. La señora Adriana Salazar (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que el mandato de uno de los miembros del Comité de Auditoría terminaría en junio del 2019, por lo que el Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión debería nombrar a un nuevo miembro para integrarlo. El Subcomité había establecido un grupo de trabajo para examinar la lista de candidatos propuestos por la Directora. El grupo de trabajo había evaluado a los candidatos sobre la

base de los criterios para la selección expuestos en el artículo 4 de los términos de referencia del Comité de Auditoría y había decidido recomendar que el señor Alan Siegfried fuera nombrado para integrarlo. El Subcomité había ratificado la recomendación del grupo de trabajo.

70. En el debate subsiguiente, una delegada expresó inquietud porque ninguno de los miembros actuales del Comité de Auditoría tenía más de dos años de experiencia. Recomendó que, en los procesos de selección futuros, debía considerarse la posibilidad de que el Comité de Auditoría siempre tuviese al menos un miembro con más experiencia, a fin de mantener la uniformidad, proteger la memoria institucional y guiar a los miembros nuevos. Se preguntó si debería modificarse el proceso de selección para permitir que un miembro activo fuese seleccionado para un segundo mandato de tres años y preguntó si el Comité de Auditoría podía proponer cambios en sus términos de referencia. Por último, sugirió que se proporcionase la información sobre los candidatos propuestos al Comité Ejecutivo para facilitar la toma de decisiones fundamentada.

71. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) recordó que, cuando se creó el Comité de Auditoría, los Estados Miembros se habían opuesto encarecidamente a que los miembros fuesen reelegidos de manera automática. En lugar de ello, habían instado a que se hiciese un nuevo proceso de selección con más de un candidato cada vez que el mandato de un miembro estuviese por terminar. Al hacer sus recomendaciones, los grupos de trabajo nombrados por el Subcomité consideraban la necesidad de mantener la continuidad y preservar la memoria institucional. Aunque la información sobre todos los candidatos ya se circulaba entre los Estados Miembros, en el futuro se suministraría al Comité Ejecutivo la información sobre el candidato recomendado. Con respecto a las modificaciones de los términos de referencia del Comité de Auditoría, los miembros del Comité de Auditoría, así como el Subcomité y los Estados Miembros, estaban en libertad de proponer cualquier modificación que considerasen pertinente.

72. El Comité Ejecutivo ratificó la recomendación del Subcomité y aprobó la resolución CE164.R15, en la que agradeció al señor Claus Andreasen por sus años de servicio y nombró al señor Alan Siegfried como miembro del Comité de Auditoría de la OPS por un término de tres años, desde junio del 2019 hasta junio del 2022.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 (documentos CE164/12, Rev. 1 y CE164/12, Add. I)

73. El doctor Marvin Manzanero (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido con beneplácito el anteproyecto de Plan Estratégico para el período 2020-2025 y había encomiado la manera participativa en la cual se había elaborado. Los Miembros habían visto con agrado la consonancia del Plan Estratégico con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) y el 13.º Programa

General de Trabajo de la OMS (13.º PGT). Se había subrayado además la necesidad de que este nuevo plan estuviera en consonancia con la agenda de transformación de la OMS.

74. Aunque se había reconocido la necesidad de limitar la extensión del documento, se había sugerido que el eje central del Plan Estratégico debía ampliarse en varias áreas, como las dimensiones del género en la salud y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Se había expresado inquietud acerca del elevado número de indicadores del impacto y de los resultados intermedios que se había propuesto, y la consiguiente carga para los gobiernos en lo que respecta a la presentación de información. Además, se había resaltado la necesidad de llegar a un consenso acerca de la redacción de algunos resultados intermedios y enunciados sobre el alcance en relación con los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.

75. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó un panorama del proyecto de Plan Estratégico (documento CE164/12), que había sido elaborado conjuntamente por la Oficina y el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG, por su sigla en inglés), integrado por 21 Estados Miembros. Señaló que las prioridades estratégicas para los períodos 2020-2025 y 2026-2031 serían las establecidas en los ODS, en particular el ODS 3, y en la ASSA2030. El Plan Estratégico sería el principal medio para ejecutar la ASSA2030 y sus 11 metas se adoptarían directamente como resultados regionales del Plan Estratégico. Además, el plan guardaría consonancia con las orientaciones estratégicas del 13.º PGT y su marco de impacto, aunque las metas de “los tres mil millones” del 13.º PGT no se habían considerado parte integral del nuevo Plan Estratégico, puesto que esas metas reflejaban una labor que ya estaba en marcha en la Región respecto de la cobertura universal de salud, la respuesta a las situaciones de emergencia y una población más sana.

76. Las orientaciones estratégicas y las prioridades técnicas del nuevo plan incluían considerar la equidad como el corazón de la salud; adoptar un método más integrado de cooperación técnica; mejorar la cooperación técnica a nivel de país; integrar a la salud enfoques que sean equitativos, tengan en cuenta el género y las características culturales de las personas y se encuentren dentro un marco de los derechos humanos; garantizar una respuesta rápida y eficaz a los desastres y las emergencias de salud; mantener los logros en el ámbito de la salud esforzándose para seguir avanzando, como se indicaba en las ambiciosas metas a nivel del impacto y metas de los resultados intermedios del plan; fortalecer los sistemas de información para la salud y la producción de datos y evidencia; y coordinar la respuesta a los problemas de salud transfronterizos.

77. Se proponían 28 resultados intermedios en total. Aún no se había llegado a un acuerdo sobre la redacción del resultado intermedio 1 ni sobre los enunciados relativos al alcance de los resultados intermedios 5, 8, 14 y 26. Los 28 indicadores a nivel del impacto y los 102 indicadores de resultados intermedios se habían tomado de un amplio conjunto de indicadores del impacto y de los resultados intermedios resultantes de mandatos mundiales y regionales vigentes, más algunos indicadores nuevos. Se estaba aplicando el

método de Hanlon adaptado por la OPS² para determinar las prioridades de los resultados intermedios técnicos a nivel de país. Hasta el momento, 46 de los 51 países y territorios en la Región habían realizado el ejercicio de asignación de prioridades. Aunque todos los resultados se consideraban prioritarios, el establecimiento de prioridades permitiría que la Oficina pudiera determinar dónde poner énfasis en sus actividades de cooperación técnica con los Estados Miembros.

78. El plan incluía una actualización del índice de necesidades de salud, a saber, el índice de salud sostenible ampliado+ (ISSa+). Además de los indicadores de salud, el nuevo índice de necesidades de salud incluía indicadores para los determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud, así como para la desigualdad. El índice se había usado para determinar cuáles serían los países clave para la cooperación técnica y para calcular el componente basado en las necesidades de la nueva política del presupuesto de la OPS (véanse los párrafos 102 a 110 más adelante).

79. Los Estados Miembros podían seguir presentando observaciones sobre el proyecto de Plan Estratégico 2020-2025 hasta el 15 de julio del 2019. Cualquier observación recibida se tendría en cuenta al redactar la propuesta final que se presentaría al 57.º Consejo Directivo para su aprobación.

80. El Comité Ejecutivo agradeció al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico por su trabajo en el proyecto de Plan Estratégico, y a Panamá y Barbados por su liderazgo en la presidencia y vicepresidencia del grupo, respectivamente. El Comité también expresó su agradecimiento a la Oficina por el apoyo prestado en el proceso. Los Miembros del Comité observaron con satisfacción las revisiones que se habían hecho al documento desde la versión presentada al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su 13.ª sesión, en particular la inclusión de más detalles sobre las enfermedades transmitidas por vectores y el mayor énfasis dado a las consideraciones relativas al género. Se subrayó la importancia del esfuerzo continuo para abordar los obstáculos sociales, culturales y de género que limitan el acceso a los servicios de salud de buena calidad, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva. A este respecto, se señaló que las inversiones focalizadas, las asociaciones, la innovación y los esfuerzos de promoción de la causa que impulsaran los intereses de las mujeres y las niñas tenían el máximo potencial para subsanar la disparidad entre los sexos. Un delegado señaló que sería más difícil para los estados con un sistema federativo presentar informes sobre algunos indicadores y recibió con agrado la flexibilidad incorporada al Plan Estratégico para que los Estados Miembros pudieran ejecutar las actividades en conformidad con el contexto, las prioridades y las necesidades nacionales.

81. El Comité elogió que en el plan se reconociera la importancia de los temas del cambio climático y la migración. En relación con esto último, un delegado mencionó la repercusión que la migración de un gran número de venezolanos estaba teniendo en los sistemas de salud de los países vecinos y destacó la necesidad de garantizar el suministro

² Véanse el documento CD55/7 y la resolución CD55.R2 (2016).

oportuno de vacunas a estos países. Manifestó inquietud porque en el plan no se incluían indicadores de los resultados intermedios respecto del fortalecimiento de la capacidad nacional de vigilancia epidemiológica, y subrayó la necesidad de fortalecer esta capacidad, especialmente ante la migración masiva que se estaba registrando en la Región. Otro delegado solicitó que se incorporara de manera más específica el marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), incluidas las herramientas voluntarias, como las evaluaciones externas conjuntas.

82. Se expresó apoyo al énfasis que se daba en el plan a la gestión basada en los resultados, la gestión de riesgos y la promoción de las asociaciones y de la colaboración con los interesados directos, especialmente del sector privado. Se señaló que la insuficiencia de recursos y la reducción de la inversión en la salud podían poner en riesgo el logro de las metas establecidas en el plan, y se instó a la Oficina a explorar métodos innovadores de cooperación, como las oportunidades de asociarse con actores del sector privado, instituciones financieras internacionales, organizaciones filantrópicas y otros donantes.

83. Se elogiaron los esfuerzos de la Oficina para fortalecer la rendición de cuentas. Sin embargo, se sugirió que, a fin de fortalecer aún más este tema, la Oficina debía informar anualmente sobre las medidas adoptadas con el presupuesto asignado y el impacto y el resultado de esas medidas. También se sugirió que los representantes de la OPS/OMS debían presentar informes periódicos a los Estados Miembros sobre la cooperación técnica llevada a cabo y los resultados logrados en sus correspondientes áreas de responsabilidad.

84. Con miras a llegar a un consenso acerca de la redacción de los enunciados relativos al alcance de los resultados intermedios que aún estaban pendientes, se propuso que se estableciera un grupo de trabajo de composición abierta y que si no se lograba resolver todos los asuntos pendientes durante la sesión, el grupo siguiera trabajando en el período previo al 57.º Consejo Directivo. En consecuencia, se formó un grupo de trabajo presidido por Canadá.

85. El señor Nicolas Palanque (Canadá) posteriormente informó que Estados Unidos de América habían retirado algunos de los cambios que había propuesto y que se había llegado a un acuerdo sobre las modificaciones propuestas a los apartados a), e) e i) del alcance del resultado intermedio 8; el párrafo inicial y los apartados f), g) y h, así como un nuevo apartado i), del alcance del resultado intermedio 14; y los dos párrafos del alcance del resultado intermedio 26. Aunque el grupo de trabajo había aceptado varias modificaciones del apartado d) del alcance del resultado intermedio 8, no había llegado a un consenso acerca de una propuesta de Estados Unidos de agregar la frase “en particular donde los mecanismos de mercado existentes no logran proporcionar incentivos para la investigación y el desarrollo” al final de ese párrafo.

86. La Directora anunció que los cambios acordados se incorporarían en una versión revisada del proyecto de Plan Estratégico (documento CE164/12, Rev. 1), que se publicaría en el sitio web de la OPS.

87. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el consenso alcanzado y agradeció a los miembros del grupo de trabajo la flexibilidad y el espíritu colegiado que habían mostrado durante las deliberaciones. Los delegados indicaron que tenían la esperanza de que el mismo espíritu prevaleciera en las deliberaciones posteriores sobre el apartado d) del alcance del resultado 8 y que fuese posible llegar a un consenso antes del 57.º Consejo Directivo. El Comité acordó que, de ser necesario, podría celebrarse una reunión virtual del Comité Ejecutivo para proseguir con las deliberaciones sobre el apartado d) y examinar cualquier observación o propuesta adicional presentada por los Estados Miembros antes del 15 de julio.

88. El Comité aprobó la resolución CE164.R18, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara el Plan Estratégico para el período 2020-2025 en su versión revisada por el grupo de trabajo y a la luz de cualquier otra observación presentada hasta el 15 de julio del 2019.

Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 (documentos CE164/13 y CE164/13, Add. I y Add. II)

89. El doctor Marvin Manzanero (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que se había informado al Subcomité que el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 requeriría un presupuesto de 620 millones de dólares para los programas básicos. Si bien se esperaba que la asignación de la OMS para la Región de las Américas aumentara en \$28,9 millones, era poco probable que la Región recibiera la totalidad de la asignación presupuestada de la OMS, por lo que la Oficina tendría que buscar maneras de subsanar las consiguientes brechas de financiamiento. En consecuencia, la Oficina había propuesto tres escenarios presupuestarios para su consideración: en el primer escenario no habría ningún aumento, mientras que en el segundo y tercero las contribuciones señaladas se incrementarían en 3% y 6%, respectivamente. En el debate del Subcomité acerca de la propuesta, los delegados habían señalado que las contribuciones de todos los Estados Miembros —excepto uno— aumentarían en el 2020 debido a que la Organización de los Estados Americanos (OEA) había adoptado una nueva escala de cuotas (véanse los párrafos 111 a 116 más adelante). En consecuencia, las contribuciones señaladas de la mayoría de los países aumentarían incluso en un escenario de crecimiento nominal cero. Los delegados habían indicado que, por consiguiente, sus gobiernos solo podrían aceptar el primer escenario. Se había instado a la Oficina a buscar maneras de reducir los costos e incrementar la eficiencia.

90. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP), al presentar el proyecto de presupuesto por programas correspondiente al bienio 2020–2021, señaló que sería el primer presupuesto bienal por programas bajo el nuevo Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 y que este proyecto de presupuesto se revisaría según fuese necesario para reflejar cualquier modificación pertinente que se hiciera al Plan Estratégico (véanse los párrafos 73 a 88 anteriores). En el presupuesto por programas se definirían los resultados inmediatos e intermedios en materia de salud que deberían alcanzar conjuntamente la Oficina y los

Estados Miembros durante el bienio, y se establecería el presupuesto para lograr esos resultados. El presupuesto guardaría consonancia con los mandatos regionales y mundiales, incluidos el Plan Estratégico, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y el 13.º Programa General de Trabajo, y respondería a tales mandatos.

91. El número de resultados intermedios se reduciría de 34 en el bienio 2018-2019 a 28 en el 2020-2021, mientras que el número de resultados inmediatos disminuiría de 134 a 104. La asignación de prioridades respecto de los resultados intermedios establecidos por los Estados Miembros para el período que abarca el Plan Estratégico se aplicaría al presupuesto por programas 2020-2021 y los presupuestos de los siguientes dos bienios, dado que las actividades de asignación de prioridades no se realizarían cada dos años como en el pasado.

92. Era importante tener presente que en un entorno de presupuesto integrado, el término “presupuesto” no se refería a fondos reales, sino a un margen presupuestario vacío. Podría pensarse en un balde o un sobre que debía llenarse de dinero. Se proponía un presupuesto total de \$620 millones. La Oficina estimaba que el financiamiento flexible ascendería a alrededor de \$360 millones, monto que no reflejaba ningún aumento en las contribuciones señaladas netas. Se proyectaba además que las contribuciones voluntarias sumarían alrededor de \$160 millones, por lo que sería necesario recaudar otros \$100 millones para subsanar la brecha de financiamiento restante.

93. Las contribuciones señaladas de la OPS no habían aumentado desde el bienio 2012–2013. Aunque los Estados Miembros habían aprobado un incremento de 3% de las contribuciones señaladas de la OMS en el bienio 2018-2019, nada de ese aumento se había transferido a la OPS. Además, aunque se había incrementado la asignación de la OMS aprobada para la Región de las Américas para el bienio 2020-2021, era muy poco probable que la Región recibiese su asignación completa. Por estas razones, como lo había señalado el representante del Subcomité, la Oficina estaba proponiendo tres escenarios con respecto a las contribuciones señaladas de la OPS: uno sin aumento, otro con un aumento de 3% y el último con un aumento de 6%).

94. La Oficina consideraba que era necesario un aumento de las contribuciones señaladas para aplicar la nueva política del presupuesto (véanse los párrafos 102 a 110 más adelante); fortalecer las actividades a nivel de país y garantizar suficiente financiamiento para todos los países clave; brindar apoyo a las prioridades estratégicas subfinanciadas que dependían significativamente de los fondos flexibles, como la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la reducción de la mortalidad materna; mantener los logros en materia de salud; y proporcionar fondos catalizadores para las actividades y los países, como los países de ingresos medianos, que normalmente no estaban cubiertos por las contribuciones voluntarias. La Oficina era muy consciente de las limitaciones internas de financiamiento de algunos Estados Miembros y los aumentos resultantes de la adopción de la nueva escala de cuotas de la OEA. No obstante, sin financiamiento suficiente no podría seguir satisfaciendo las expectativas de los Estados Miembros, por lo que le solicitaba al Comité que considerara con sumo cuidado los tres escenarios presentados.

95. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con beneplácito que el proyecto de presupuesto por programas guardara consonancia con el nuevo Plan Estratégico, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS. Elogiaron el compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas evidentes en el proyecto de presupuesto, y elogiaron que la Oficina fomentara la participación de los Estados Miembros en el proceso de asignación de prioridades. Los delegados señalaron que les complacía que en el proyecto de presupuesto se mostrara claramente la distribución del proyecto de presupuesto por país.

96. Se indicó que los representantes de la OPS/OMS deben informar a las autoridades nacionales de salud acerca de la metodología usada para elaborar el proyecto de presupuesto por programas, y se hizo hincapié en que debía haber una estrecha coordinación con las autoridades nacionales de salud para que la cooperación técnica de la Oficina respondiera a las necesidades y las prioridades del país. Se solicitó a la Oficina que explicara el procedimiento usado para establecer los topes presupuestarios sobre la base de las prioridades de cada país. También se le pidió que suministrara más información sobre las líneas de base y las metas de los indicadores con la frase “por determinarse”.

97. Se expresó inquietud acerca de la asignación propuesta para el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica. Un delegado subrayó la necesidad de fortalecer la capacidad de vigilancia ante el incremento de los flujos migratorios en la Región. También subrayó la necesidad de contar con el apoyo de la OPS para garantizar la aplicación eficaz del Reglamento Sanitario Internacional. El mismo delegado puso de relieve el presupuesto relativamente grande asignado a las funciones administrativas y gerenciales.

98. Con respecto a la propuesta de aumentar las contribuciones señaladas, varios delegados señalaron que sus contribuciones registrarían un incremento —en algunos casos considerable— por la adopción de la nueva escala de cuotas de la OEA, y que estos aumentos ocurrirían no solo en el 2021, sino también en los años 2022 y 2023. En consecuencia, sus gobiernos no podían aceptar ningún aumento de las contribuciones señaladas a la OPS. Varios delegados afirmaron que sus gobiernos seguían abogando por un crecimiento nominal cero en los presupuestos de las organizaciones multilaterales. No obstante, se reconoció que una política de crecimiento cero implicaría problemas graves para la Oficina. También se reconoció que no se había registrado ningún aumento de las contribuciones señaladas en los últimos seis años y que tal situación era insostenible. Se aplaudieron los esfuerzos de la Oficina para determinar cómo mejorar la eficiencia, estirar al máximo los recursos y dar prioridad a las actividades de cooperación.

99. El señor Chambliss dijo que la Oficina reconocía la necesidad de fortalecer la capacidad de las representaciones para apoyar a los Estados Miembros. También reconoció la necesidad de que la presentación de informes y la rendición de cuentas sobre el uso de fondos se hiciese de manera continua. Con respecto a los indicadores marcados con la frase “por determinarse”, explicó que había habido cierto retraso al ultimar algunos aspectos del proyecto de presupuesto por programas porque se había elaborado al mismo tiempo que el

nuevo Plan Estratégico. La Oficina se esforzaría para que se establecieran las líneas de base y las metas de todos los indicadores antes de la apertura del 57.º Consejo Directivo.

100. La Directora señaló que el director de cualquier organización internacional que no solicitara a los Estados Miembros un aumento de las contribuciones señaladas durante seis años probablemente no estaba velando por los intereses de la organización. Entendía la repercusión que la nueva escala de cuotas de la OEA tendría en algunos Estados Miembros, pero les solicitó que tuvieran en consideración que si la OPS no recibía un aumento de las contribuciones señaladas, en realidad sufriría una reducción de los ingresos, ya que en términos reales el dinero valía a mucho menos que seis años antes. Al mismo tiempo, no cabía duda de que los Estados Miembros plantearían nuevas exigencias a la Oficina y esperarían que respondiera de manera oportuna. La Oficina continuaría buscando la manera de incrementar la eficiencia y se esforzaría por contener los costos en la medida lo posible, pero los costos de personal y otros costos invariablemente subirían.

101. El Comité solicitó a la Oficina que suministrara información adicional sobre las implicaciones programáticas y administrativas de un aumento cero de las contribuciones señaladas (escenario 1) frente a un aumento de 3% (escenario 2). En el entendido de que esta información se suministraría con anterioridad al 57.º Consejo Directivo, el Comité aprobó la resolución CE164.R8, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de presupuesto por programas. El Comité también aprobó la resolución CE164.R9, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo estableciera las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de conformidad con el primer escenario, sin aumento alguno de las contribuciones señaladas con respecto al bienio 2018-2019.

Política del presupuesto de la OPS (documento CE164/14)

102. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el proyecto de *Política del presupuesto de la OPS*, y señaló que esta reemplazaría la política adoptada en el 2012, que solo se aplicaba al presupuesto ordinario de la Organización y se había tornado en gran medida irrelevante luego de la introducción del método integrado de presupuestación en el que se tenía en cuenta no solo las contribuciones señaladas y los ingresos varios, sino también las contribuciones voluntarias. La nueva política abarcaría el mismo período que el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (véanse los párrafos 73 a 88 anteriores). El objetivo principal de esta política era sentar una base empírica basada en la evidencia para asignar topes presupuestarios a todos los Estados Miembros de la OPS y tener, al mismo tiempo, flexibilidad suficiente para responder a las consideraciones de índole política, estratégica y sanitaria que fuesen surgiendo.

103. El cambio más importante que introducía esta nueva política era que se aplicaría a todo el presupuesto, no solo al presupuesto ordinario. Ese cambio había generado algunos problemas, pues la distribución del margen presupuestario por medio de una fórmula podría dar lugar a presupuestos difíciles de financiar para algunos países. Era importante recordar

en ese sentido que el término “presupuesto” se refería a un margen fiscal no financiado, no a fondos reales.

104. La fórmula central de la nueva política del presupuesto incluía un componente mínimo (25%), compuesto por el personal y los costos operativos; un componente basado en las necesidades (50%), calculado sobre la base del nuevo índice de necesidades de salud incluido en el Plan Estratégico 2020-2025; un componente de movilización de recursos (20%); y un componente variable (5%). Como se indicaba en el documento CE164/14, el índice de salud sostenible ampliado+ (ISSa+) abarcaba seis dimensiones, que de acuerdo con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico eran las más apropiadas para calcular las necesidades en el ámbito de la salud.

105. Los escenarios iniciales de aplicación de la fórmula habían generado asignaciones poco realistas para algunos países a los que históricamente les había costado movilizar contribuciones voluntarias. El componente de movilización de recursos, una innovación en la fórmula de la política del presupuesto, permitiría ajustar los toques presupuestarios para reflejar la capacidad que había demostrado tener la Oficina de financiar el presupuesto de los países. El componente variable permitiría a la Directora ajustar el presupuesto de manera estratégica en respuesta a cambios económicos, sociopolíticos o en el ámbito de la salud. La política también estipulaba una “cláusula de salvaguardia” mediante la cual la Oficina podría ajustar las asignaciones presupuestarias manualmente, a condición de que los Estados Miembros estuvieran de acuerdo con tales ajustes y de que se hicieran de una manera transparente. El Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico había brindado apoyo en la aplicación gradual de la nueva política durante tres bienios y había recomendado además que las asignaciones presupuestarias no debían aumentar o disminuir más de 10% por bienio para evitar cambios adversos o poco realistas en las asignaciones presupuestarias por país.

106. El Comité expresó un sólido apoyo al proyecto de la nueva política del presupuesto. En opinión de los Estados Miembros, la política guardaba consonancia con un método integrado para elaborar el presupuesto y respondía a las recomendaciones formuladas en la evaluación de la política del presupuesto anterior.³ Se consideró que la política era objetiva y estaba basada en la evidencia, pero también era suficientemente flexible para permitir que la Oficina respondiera a situaciones de emergencia y a los cambios en las consideraciones políticas y prácticas. Los Miembros recibieron con beneplácito la cláusula de salvaguardia al considerarla un medio para lograr que los países con las mayores necesidades no se vieran afectados desfavorablemente por una reducción de la inversión. Los Miembros también recibieron con agrado el nuevo índice de necesidades de salud, que reflejaría mejor las desigualdades en el ámbito de la salud que existían en la Región. Se puso de relieve la necesidad de fortalecer la capacidad nacional para calcular el índice. Se apoyó el método propuesto de aplicar la política de manera progresiva y aplicar un tope de +/- 10% a los cambios en las asignaciones presupuestarias a los países.

³ Véanse los documentos CD56/6 y CD56/6, Add. I (2018).

107. Los Estados Miembros señalaron con satisfacción que, según lo establecido en esta nueva política, el nivel subregional y el de país recibirían 45% de las asignaciones totales. Se señaló que, en términos monetarios, el monto asignado a las representaciones aumentaría casi \$33 millones según lo previsto en esta política, y se solicitó a la Oficina que indicara de dónde provendrían esos fondos.

108. El señor Chambliss explicó que, como el proyecto de presupuesto para el bienio 2020-2021 seguiría siendo esencialmente el mismo que el del bienio 2018-2019, cualquier aumento del margen presupuestario en un área tendría que compensarse mediante recortes en otra. En consecuencia, el aumento a nivel de país ocasionaría una reducción a nivel regional.

109. La Directora expresó su agradecimiento al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico por su intensa labor con la nueva política del presupuesto. En su opinión, esto era un excelente ejemplo de que los Estados Miembros estaban dispuestos a colaborar con la Oficina por el bien de toda la Región.

110. El Comité aprobó la resolución CE164.R6, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara la nueva política del presupuesto.

Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021 (documento CE164/15)

111. El doctor Marvin Manzanero (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que se había informado al Subcomité que en octubre del 2018 la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos había aprobado una nueva escala de cuotas. También se había informado que la escala nueva era diferente a la de años anteriores, pues en los dos años del bienio siguiente se aplicarían diferentes tasas de contribución. Para el 2020, la OEA había aplicado las mismas tasas porcentuales que las vigentes para los años 2018 y 2019. Sin embargo, para el 2021, la OEA había modificado el cálculo porcentual, lo que se traduciría en un aumento para todos los Estados Miembros de la OEA excepto los Estados Unidos de América. En consecuencia, la escala de contribuciones de la OPS para el 2019 se mantendría igual a la del ejercicio financiero 2020 y en el 2021 se aplicaría una nueva escala de contribuciones basada en la escala adoptada por la OEA para el 2021.

112. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) agregó que en el párrafo A del artículo 24 de la Constitución de la OPS se establecía que las contribuciones de los Estados Miembros se determinaban con la misma tasa establecida para los Estados Miembros de la OEA. Las contribuciones de los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS que no fuesen miembros de la OEA se determinarían sobre la base de su población. De acuerdo con el mandato constitucional, la Oficina había presentado una escala en consonancia con la de la OEA. La nueva escala se consideraría en el marco del proyecto de Plan Estratégico 2020-2025 (véanse los párrafos 73 a 88 anteriores) y el proyecto de Presupuesto por Programas 2020-2021 (véanse los párrafos 89 a 101 anteriores).

113. En el debate que siguió, se señaló que la escala modificada de la OEA también se aplicaría en los años 2022 y 2023, e implicaría un aumento significativo de las contribuciones de algunos Estados Miembros. Se indicó que, en aras de la transparencia, el documento debía reflejar el hecho de que la escala modificada de la OEA repercutiría en las contribuciones más allá del 2021. También se indicó que sería útil ver en los informes futuros las cifras preliminares sobre las contribuciones de los Estados Miembros expresadas en porcentajes y en términos monetarios. Los delegados reafirmaron que, considerando los próximos aumentos de sus contribuciones señaladas, sus gobiernos no podrían apoyar ningún aumento de las contribuciones señaladas y seguirían abogando por un crecimiento nominal cero.

114. En respuesta, el señor Chambliss señaló que, aunque no era una práctica usual, al documento podría agregarse una referencia a la escala modificada de la OEA para el bienio 2022-2023, pero exclusivamente con fines informativos.

115. La Directora subrayó que, en conformidad con la Constitución de la Organización, la escala de la OPS se basaba en la escala formalmente aprobada por la OEA.

116. El Comité aprobó la resolución CE164.R7, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara la escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021.

Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas (documento CE164/16)

117. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) presentó el proyecto de política y señaló que la OPS desempeñaba un papel clave en el progreso hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles, tanto en la Región de las Américas como a nivel mundial. La Organización había estado a la vanguardia en la erradicación de la viruela y la eliminación de la poliomielitis, el tétanos neonatal, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región. Los países del continente habían logrado reducciones sustanciales de la malaria, la lepra, el tracoma, la filariasis linfática, la oncocercosis, la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. Además, se habían logrado avances sustanciales al contener las repercusiones adversas de la geohelmintiasis, la esquistosomiasis y la fascioliasis. No obstante, la labor aún no había finalizado.

118. En el documento de política se consideraban los mandatos de la Organización y las estrategias y los planes de acción aprobados por los Cuerpos Directivos en los últimos años con el fin de abordar diferentes enfermedades transmisibles. En el documento se presentaba un enfoque institucional para la eliminación de las enfermedades, y se abarcaban 30 enfermedades y problemas relacionados. La iniciativa para la eliminación de enfermedades proporcionaba además un marco adicional para establecer metas de eliminación. La iniciativa podría ser adoptada, adaptada y aplicada por los Estados Miembros en conformidad con su contexto y prioridades nacionales. La visión de la iniciativa de

eliminación era un futuro libre de la carga de un grupo específico de enfermedades y problemas de salud. La iniciativa beneficiaría a todos, pero principalmente a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.

119. Un aspecto fundamental de la iniciativa de eliminación era asegurar que las funciones, los medicamentos, los medios de diagnóstico, las vacunas y otros productos básicos estuvieran al alcance de todos a lo largo del curso de la vida. La iniciativa buscaba lograr economías de escala, fomentar la integración de los servicios de salud y las redes de laboratorios, e impulsar la defensa de la causa, el empoderamiento de la comunidad y las iniciativas sostenibles de promoción de la salud.

120. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la iniciativa y elogió el enfoque sistemático con que se abordaba la eliminación de las enfermedades transmisibles. Los Miembros señalaron que las enfermedades infecciosas eran una inquietud mundial que afectaba de manera desproporcionada a las comunidades con recursos limitados y los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, algo que se había intensificado debido al fenómeno de la migración. Se señaló que la aplicación la iniciativa dependería de las capacidad nacional, particularmente en lo que respecta a la vigilancia y los programas de vacunación, que debían fortalecerse en algunos países.

121. Los delegados subrayaron la importancia del enfoque comunitario y la colaboración regional para que las personas fuesen menos vulnerables a las enfermedades, y varios ofrecieron la experiencia y las mejores prácticas de su país para contribuir en estos esfuerzos. Tras subrayar el apoyo de su país a los esfuerzos colectivos y un enfoque integrado y sostenible con respecto a las enfermedades transmisibles y los problemas relacionados en la Región, un delegado destacó la importancia de comprometerse con la sociedad civil y el sector privado, y de adaptarse al contexto de la comunidad. Instó a adoptar un conjunto claro de metas que incluyera programas sólidos en el ámbito de la salud ambiental, medidas para abordar los factores de riesgo y medidas relacionadas con los sistemas y la salud pública para reducir la carga de enfermedad. El mismo delegado subrayó la importancia de que hubiera una estrecha armonía con los marcos existentes, como el plan estratégico mundial de la OMS contra el sarampión y la rubéola, y solicitó que se revisara la meta correspondiente al sarampión para que estuviese en consonancia con las metas mundiales.

122. Varios delegados destacaron la importancia que esta iniciativa estuviera en consonancia con otros compromisos mundiales, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Un delegado recomendó incluir una referencia a la mejora de las condiciones de vivienda y a las investigaciones operativas, mientras que otra delegada indicó que la iniciativa quizás debería tener menos indicadores.

123. El doctor Espinal coincidió en que sería útil incluir en el documento una referencia a la mejora de las condiciones de vivienda y a las investigaciones operativas sobre nuevos medios de diagnóstico, vacunas y medicamentos. Con respecto a la reducción del número de indicadores y metas, recordó al Comité que este documento se basaba en políticas, estrategias y planes de acción ya aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS. El eje

central de la política era encontrar sinergias y buscar un enfoque integrado para las enfermedades objeto de la iniciativa de eliminación a fin de reducir la duplicación de esfuerzos y dar el mejor uso posible a los limitados recursos humanos y económicos. La idea era incluir cuatro grandes líneas estratégicas de acción, aunque podrían incluirse otras. De manera análoga, en el documento podrían abordarse en mayor detalle los mandatos vigentes relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional y la vigilancia epidemiológica. Aceptó la recomendación de fortalecer el documento haciendo un mayor hincapié en el compromiso de la sociedad civil y el sector privado, que eran de vital importancia para que cada país pudiera comprometerse y aplicar la iniciativa.

124. La Directora dijo que el principal objetivo de la política era avanzar en la eliminación de 30 enfermedades transmisibles. La política estaba dirigida a las personas en situación de vulnerabilidad, por lo que contribuiría al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Oficina preveía trabajar en favor del logro de esas metas de una manera integrada e interprogramática. La política se había diseñado con el fin de reforzar los esfuerzos en aquellos casos en que la Oficina consideraba factible lograr la eliminación de enfermedades en un período determinado.

125. Con respecto a la meta del sarampión, señaló que el objetivo del plan de acción mundial era establecer metas mundiales y regionales relativas a la eliminación de esta enfermedad y lograr efectivamente su eliminación. La Región ya había alcanzado esa meta y, aunque había sufrido un retroceso en los últimos meses, estaba segura de que pronto la alcanzaría de nuevo. La Oficina revisaría el documento para aclarar este punto.

126. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R2, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo respaldara la Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades.

Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025 (documento CE164/17)

127. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) recordó que en el 2007 la OPS había convocado el Grupo de Trabajo sobre las Américas Libres de Grasas Trans, una iniciativa pública y privada que condujo a la Declaración de Rio de Janeiro en el 2008, en la cual los países se habían comprometido a eliminar los ácidos grasos trans en los alimentos. Aunque se habían logrado importantes avances, no se había alcanzado esa meta, y los ácidos grasos trans seguían usándose al menos en 27 de los 35 Estados Miembros de la OPS. Una enseñanza importante de esa iniciativa fue que no bastaba la adopción de medidas voluntarias. En el 2018, la OMS había presentado el paquete de medidas REPLACE,⁴ el cual tenía como

⁴ REPLACE Trans Fat. Un conjunto de medidas para eliminar del suministro mundial de alimentos las grasas trans de producción industrial. Ginebra: OMS; 2018. WHO/NMH/NHD/18.4. Puede consultarse en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/replace-transfats/replace-action-packagee9777973f72b42ccbada6ed7f90665e725d696b80989407cb6aba2272025ed243bda5b854d6e4a638efc83405d3bd451a006cd88157b4e2ca2b40dc24cd7545f.pdf?Status=Temp&sfvrsn=64e0a8a5_17.

objetivo brindar apoyo a las actividades de los gobiernos para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial (AGT-PI) en los alimentos por medio de seis esferas de acción. La eliminación de los AGT-PI en los alimentos también se había incluido en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS.

128. El plan de acción propuesto se había elaborado en amplias consultas con los Estados Miembros. En él se proponían cuatro líneas de acción, incluida la promulgación de políticas regulatorias para eliminar los aceites parcialmente hidrogenados en los alimentos y la realización de actividades de concientización para educar a los responsables de formular políticas, los productores, los proveedores y el público en general acerca de los efectos perjudiciales del consumo de ácidos grasos trans para la salud y los beneficios de salud que conlleva la eliminación de los AGT-PI.

129. El doctor Hennis señaló que el trabajo en el ámbito de la salud pública generalmente implicaba políticas e intervenciones adoptadas con el fin de reducir o controlar los riesgos para la salud pública; muy rara vez existía la oportunidad de eliminarlos. Este plan de acción brindaba tal oportunidad. Era una medida relativamente sencilla, de bajo costo, que se realizaba una sola vez y que permitiría eliminar por primera vez un factor de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares. Ocho países de la Región ya habían abierto el camino con la adopción de políticas que confirmaban la factibilidad del plan. Era el momento de tomar medidas para lograr la eliminación total de los ácidos grasos trans en los alimentos en la Región de las Américas.

130. El Comité Ejecutivo respaldó el plan de acción con entusiasmo, al considerarlo oportuno y pertinente. Los delegados señalaron que las medidas de política recomendadas ayudarían a prevenir las cardiopatías y apoyarían los esfuerzos de la Región para alcanzar la meta 3.4 de los ODS (reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles). Indicaron además que las líneas estratégicas del plan ayudarían a los países a elaborar y aplicar marcos jurídicos y de política, así como a dar seguimiento y difundir información acerca de las estrategias adoptadas para eliminar los AGT-PI en los alimentos. Se señaló que el seguimiento y la evaluación del plan de acción debían estar en consonancia con el Plan Estratégico 2020-2025. Los delegados describieron la experiencia de sus países en cuanto a la eliminación de los AGT-PI en los alimentos, y algunos ofrecieron brindar información sobre prácticas eficaces. Varios delegados mencionaron que los planes de sus países para eliminar los AGT-PI en los alimentos también incluían actividades educativas diseñadas con el fin de mejorar los hábitos alimentarios y limitar la ingesta de grasas saturadas.

131. El doctor Hennis dijo que los comentarios positivos de los Estados Miembros demostraban que la Región estaba comprometida con los esfuerzos para avanzar hacia la eliminación total de los AGT-PI en los alimentos. Ocho países ya habían dado pasos en esa dirección y tres comenzarían a darlos; sin embargo, aún faltaban 24. Agregó que se sentía animado por el apoyo unánime dado al plan de acción. Recibió con beneplácito la recomendación sobre armonizar el seguimiento y la evaluación con el Plan Estratégico, y señaló que se aseguraría de que el documento se modificara para reflejar tal armonización.

132. La Directora dio las gracias a los Estados Miembros por sus aportes y su apoyo al plan de acción. Subrayó que la meta del plan solo se alcanzaría cuando se tradujera en políticas nacionales que se aplicaran y cumplieran. La Oficina colaboraría estrechamente con los Estados Miembros para llevar el plan al nivel nacional una vez que lo hubiera aprobado el Consejo Directivo.

133. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R3, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023 (documento CE164/18)

134. El doctor Jacobo Finkelman (Director interino, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, OSP) presentó el tema e informó al Comité que el plan era el producto de un amplio proceso colaborativo y consultivo que había comenzado en el 2016 con una reunión de alto nivel con los países del Caribe en Kingston (Jamaica). Las consultas habían seguido en el 2018 con reuniones con los representantes de los países centroamericanos en Washington, D.C., y los países sudamericanos en Bogotá (Colombia). Veinte misiones de cooperación técnica a los países en las tres subregiones habían ayudado a fortalecer el plan de acción. Además, para asegurarse de que las recomendaciones propuestas en el plan reflejaran los últimos adelantos técnicos del área, se habían hecho consultas con expertos de centros especializados y universidades de gran prestigio ubicados en diversos países de la Región.

135. El objetivo del plan era fortalecer las actividades necesarias para que los Estados Miembros desarrollaran sistemas de información interoperables e interconectados. Se esperaba que el plan permitiera a los países introducir nuevas tecnologías de la información y de la comunicación con el fin de brindar apoyo a la transformación digital de los sistemas de salud, el intercambio de información y el manejo de datos estructurados y no estructurados en beneficio de la salud pública.

136. La Región de las Américas había logrado enormes avances en cuanto a la mejora de los sistemas de información para la salud. Sin embargo, los países seguían enfrentado graves obstáculos en cuanto a la disponibilidad de datos que fuesen fiables, seguros y oportunos, y se encontrasen en el formato correcto en el momento adecuado. En el plan se proponían las herramientas y las líneas estratégicas de acción que brindarían apoyo a la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y al logro de las metas de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, particularmente las metas 6.1 y 6.2. Este plan representaba una respuesta holística a las necesidades actuales y emergentes en el área de la información de salud. Estaba organizado alrededor de cuatro líneas estratégicas de acción que reflejaban los acuerdos alcanzados en las consultas con los Estados Miembros.

137. En el debate subsiguiente, los Miembros del Comité elogiaron el plan de acción, al considerarlo una herramienta valiosa en los esfuerzos para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. Luego de subrayar la importancia de adaptar el plan al contexto, las prioridades y las políticas sobre tecnología de la información de cada país, varios delegados hicieron hincapié en las limitaciones jurisdiccionales, estructurales y legales que podrían obstaculizar la ejecución de algunos aspectos del plan, y pidieron que se modificara el documento o el proyecto de resolución para que se ajustaran a las diferencias en las situaciones nacionales y reflejaran la diversidad de sistemas de atención de salud existentes en la Región.

138. Hubo acuerdo en torno a la necesidad de contar con sistemas regulatorios y de gobernanza a fin de garantizar la disponibilidad de datos oportunos y de alta calidad, mantener la transparencia y la confidencialidad, y proteger el derecho de los pacientes a tener acceso a la información sobre su salud. Los delegados instaron a incrementar la interoperabilidad de los registros de salud, al tiempo que subrayaron la necesidad de mejorar la ciberseguridad y respetar la privacidad de los pacientes. Varios delegados hicieron hincapié en los retos que comportaba la integración de los datos recopilados por prestadores de atención de salud del sector privado. Se indicó que era necesario establecer un posible estándar para el intercambio de datos de salud a fin de garantizar sistemas interoperables que permitan el intercambio de información entre los Estados Miembros. Luego de subrayar la importancia de contar con sistemas de información de salud sólidos e integrados que fuesen más allá de las estadísticas vitales, una delegada hizo hincapié en la necesidad de analizar las disparidades para determinar si había desigualdades dentro de los países de la Región y entre ellos. La misma delegada mencionó que era necesario disponer de información que permitiera dar seguimiento al comportamiento de los determinantes de la salud. Los delegados coincidieron en la importancia de recabar datos desglosados por sexo, edad y otras variables para dar seguimiento al logro de las metas establecidas y evaluarlas.

139. El doctor Finkelman agradeció al Comité por sus observaciones y recomendaciones, e indicó que la Oficina procurará incorporarlas, pues eran un aporte importante que daría al plan de acción el equilibrio necesario.

140. La Directora recordó que por varios años los Estados Miembros habían estado solicitando apoyo para fortalecer los sistemas de información de salud. Sin embargo, en muchos casos, esas solicitudes se habían centrado solo en una versión electrónica de los registros de pacientes y las estadísticas vitales. La Oficina había considerado importante ampliar el concepto de la información de salud para incluir otra información pertinente de una variedad de fuentes que brindarían apoyo a la atención al paciente y la gestión de programas, el seguimiento de la salud pública y la producción de inteligencia en el sector de la salud. También eran sumamente importantes los datos desglosados que arrojarían luz sobre las consideraciones de equidad. En respuesta a la necesidad de un mayor énfasis en la inteligencia y los sistemas de información del sector de la salud en los Estados

Miembros, la Oficina había creado recientemente un departamento nuevo, el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud.

141. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R4, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 (documento CE164/19, Rev. 1)

142. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) presentó el proyecto de estrategia y plan de acción (documento CE164/19), y señaló que la propuesta estaba basada en los principios de la atención primaria de salud y reflejaba varios mandatos adoptados anteriormente por los Cuerpos Directivos de la OPS, incluida la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* y la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana*. La propuesta además guardaba consonancia con la Declaración Política de Río Sobre Determinantes Sociales de la Salud y los compromisos contraídos en numerosas conferencias internacionales sobre la promoción de la salud. En la estrategia se subrayaba la importancia de las medidas locales para facilitar la participación de las comunidades y la sociedad civil, crear entornos saludables y abordar los determinantes sociales de la salud con un enfoque orientado a la equidad. Además, se procuraba afrontar los desafíos y aprovechar las oportunidades que brindaba la comunicación digital.

143. La meta de la estrategia era renovar la promoción de la salud mediante la acción social, política y técnica que abordara los determinantes sociales de la salud —es decir, las condiciones en las que las personas nacían, crecían, vivían, trabajaban y envejecían— para mejorar la salud y reducir las inequidades en materia de salud en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En el plan de acción se hacía énfasis en la acción intersectorial y la participación social.

144. El proceso consultivo para la elaboración de la estrategia y plan de acción había incluido 31 consultas nacionales y una consulta regional, celebrada en Río de Janeiro en noviembre del 2018, así como consultas con expertos y representantes de la comunidad académica, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias. El proceso había permitido a la Oficina elaborar un documento que se basaba en las experiencias exitosas y reflejaba las necesidades que habían encontrado los países de la Región. Se esperaba que la estrategia diera un impulso renovado a la promoción de la salud en la Región y, de ese modo, garantizaría una mejora de la salud y el bienestar para las personas, las familias y las comunidades, de manera que nadie se quedara atrás.

145. El Comité Ejecutivo expresó que apoyaba firmemente la propuesta de estrategia y plan de acción; un delegado señaló que sería muy importante para cambiar la historia de la salud en la Región. Otro delegado señaló que la promoción de la salud podría traer como resultado no solo un mayor bienestar, sino también ahorros significativos para los sistemas

de atención de salud. El mismo delegado subrayó la necesidad de contar con pruebas fehacientes que indicasen qué medidas se necesitaban y qué intervenciones arrojarían los resultados previstos. Los delegados recibieron con beneplácito el enfoque intersectorial basado en la comunidad, así como el énfasis en los determinantes sociales de la salud. Se señaló que la sociedad civil y el sector privado podrían tener un papel valioso al impulsar el trabajo relacionado con los determinantes de la salud y las metas de salud. Al mismo tiempo, se puso de relieve la necesidad de contar con herramientas para evitar o gestionar los conflictos potenciales de intereses cuando afectaban a los asociados.

146. Los delegados indicaron que la estrategia y plan de acción podría fortalecerse de diversas maneras. Varios delegados indicaron la necesidad de adoptar un enfoque más amplio e intersectorial para abordar los determinantes de la salud. También se consideró importante promover las perspectivas interculturales y de género en el análisis de las inequidades en materia de salud. Se destacó además la importancia de hacer énfasis en el comportamiento colectivo, más que el individual, como la necesidad de servicios de atención primaria de salud para fomentar las iniciativas de alcance a la comunidad y reducir los riesgos para la salud. También se subrayó la necesidad de impulsar la investigación sobre la promoción de la salud para construir una sólida base de evidencia.

147. Un delegado indicó que en la propuesta no se prestaba debida atención a la violencia y la prevención de accidentes, la alimentación saludable, la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y la promoción de la actividad física. Otra delegada señaló que ciertos riesgos ambientales conocidos causaban cerca de una cuarta parte de las muertes y enfermedades, por lo que instó a que en el documento se hiciera referencia a la necesidad de crear una mayor conciencia sobre la salud ambiental como parte de los esfuerzos de promoción de la salud. Un tercer delegado instó a que se estableciera una estrecha colaboración con los asociados de las Naciones Unidas para que la estrategia y plan de acción estuviera en la consonancia más estrecha posible con el *Plan de acción mundial en favor de una vida sana y bienestar para todos*.⁵

148. Un representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) ofreció cooperación técnica en proyectos relacionados con el agua y saneamiento, en colaboración con las representaciones de la OPS/OMS, los ministerios de salud y otras entidades del sector del agua y el saneamiento.

149. Considerando la variedad de temas planteados, varios delegados solicitaron que continuara el debate en el intervalo entre las reuniones o se creara un grupo de trabajo que refinara aún más la estrategia y plan de acción. Sin embargo, un delegado advirtió que no debería ampliarse demasiado el alcance de la estrategia, pues ello podría reducir su eficacia e impacto.

⁵ Plan de acción mundial en favor de una vida sana y bienestar para todos: unidos para acelerar los progresos hacia los ODS relacionados con la salud. Ginebra: OMS; 2018. WHO/DCO/2018.3. Puede consultarse en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312005/WHO-DCO-2018.3-spa.pdf>.

150. La doctora Gerry Eijkemans (Jefa, Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, OSP) dijo que los debates sobre la estrategia y plan de acción habían demostrado claramente la importancia que los Estados Miembros atribuían a la promoción de la salud. La estrategia y plan de acción hacía énfasis en los determinantes sociales de la salud y la atención primaria de salud, y tenía dos temas transversales: la labor intersectorial en los determinantes sociales y la participación comunitaria. Era gratificante escuchar que los Estados Miembros consideraban importantes esos temas. El tema de los entornos saludables era polifacético; en los debates se haría un esfuerzo para ver cómo fortalecer ese aspecto de la estrategia.

151. La Directora recordó la importancia que se dio a la estrategia de promoción de la salud después de la adopción de la Carta de Ottawa en los años noventa y los significativos logros alcanzados en la Región conforme a lo establecido en esa estrategia. Se habían logrado avances en la labor de fomentar entornos saludables y un enfoque multisectorial, y posteriormente se había hecho énfasis en el enfoque de todos los niveles del gobierno y el de la salud en todas las políticas. Con la nueva estrategia y plan de acción se pretendía asegurar que la promoción de la salud en la era de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible tuviera un papel significativo y pertinente. La Directora aseguró al Comité que la Oficina estaba trabajando en estrecha colaboración con sus asociados de las Naciones Unidas, sea dentro de los equipos de las Naciones Unidas en los países o bien como miembro del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe.

152. El Comité Ejecutivo decidió formar un grupo de trabajo para considerar las modificaciones propuestas a la estrategia y plan de acción. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Brasil, presidente del grupo de trabajo) posteriormente informó que el grupo de trabajo había aceptado más de 40 cambios propuestos al texto de la estrategia y plan de acción, que se reflejaban en el documento CE164/19, Rev. 1. El grupo de trabajo no consideró necesario convocar una consulta entre las reuniones de los Cuerpos Directivos, pero recomendó invitar a los Estados Miembros a seguir presentando observaciones sobre la versión revisada de la estrategia y plan de acción hasta el 15 de julio.

153. El Comité Ejecutivo respaldó la propuesta del grupo de trabajo y aprobó la resolución CE164.R19, en la cual se recomendaba al Consejo Directivo que aprobase el plan de acción en la versión revisada por el grupo de trabajo y considerase cualquier otra observación presentada antes del 15 de julio.

Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030 (documento CE164/20)

154. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó la estrategia y plan de acción propuesto, que tenía como objetivo promover el acceso equitativo a los trasplantes de órganos, tejidos y células con base en la donación voluntaria. Señaló que el término “trasplante de células” se refería al uso de células hematopoyéticas obtenidas de la sangre periférica, la médula ósea y la sangre del

cordón umbilical que no hubieran sido sustancialmente modificadas y que se utilizaban en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer y trastornos sanguíneos no cancerosos.

155. Los trasplantes de órganos, tejidos y células eran intervenciones médicas que prolongaban la vida y mejoraban su calidad. Pese a que la eficacia y la costo-efectividad de tales intervenciones habían sido claramente demostradas y reconocidas, no eran accesibles para muchas personas que las necesitaban. Según el Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes de la OMS, 40% de los trasplantes realizados a nivel mundial tenían lugar en la Región de las Américas; en el 2016, se realizaron 53.000 trasplantes en el continente. Aunque esos números eran alentadores, un análisis más profundo revelaba disparidades importantes en el acceso a los procedimientos de trasplante en la Región, pues la mayor parte de los trasplantes se realizaban en unos pocos países.

156. La capacidad de realizar trasplantes variaba en la Región. En la mayor parte de los países, los programas nacionales no se habían desarrollado lo suficiente, faltaban recursos humanos capacitados y la legislación no estaba actualizada. El elevado costo de los trasplantes y de los tratamientos de mantenimiento, sumado a una cobertura y protección financiera insuficientes, eran los principales obstáculos presentes en los sistemas de salud, lo que daba lugar a inequidades sustanciales en el acceso a los servicios de trasplantes. Esos puntos débiles, a su vez, predisponían a la Región a un riesgo significativo de tráfico de órganos y turismo de trasplantes.

157. La estrategia y plan de acción permitiría abordar esos temas, centrándose en dos aspectos clave: la promoción de la donación voluntaria y no remunerada para aumentar la disponibilidad de células, tejidos y órganos para trasplantes, y el fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las capacidades de las autoridades nacionales de salud para incrementar el acceso equitativo a los trasplantes. La propuesta se basaba en los principios y las directrices adoptadas por la OMS, la OPS y otros interesados directos, como la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Además, proporcionaba a la Oficina una hoja de ruta para abordar las prioridades de los Estados Miembros y guiar su cooperación técnica.

158. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con agrado el proyecto de estrategia y plan de acción, y varios señalaron que la propuesta guardaba consonancia con sus políticas nacionales. Los Miembros del Comité expresaron su apoyo a las líneas estratégicas de acción formuladas con el fin de aumentar la disponibilidad de trasplantes, mejorar las regulaciones y el desempeño de los sistemas de donación y trasplante, y proteger a la población de prácticas poco éticas y violaciones de los derechos humanos como el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. Se subrayó la necesidad de asegurar la disponibilidad oportuna de los medicamentos posteriores a los trasplantes, así como la necesidad de concientizar y educar al público en general para aumentar la donación de órganos, tejidos y células, y así satisfacer las necesidades nacionales de trasplantes. Una delegada describió la manera en que su país había usado las redes sociales para alentar a las personas a unirse al registro de donantes de órganos. Varios delegados ofrecieron

transmitir la experiencia de sus países en cuanto a la mejora de las regulaciones y el aumento de la eficiencia de los servicios de trasplante.

159. El doctor Fitzgerald señaló que una de las principales líneas estratégicas del plan de acción era fortalecer la gobernanza y la rectoría con respecto a los trasplantes, por medio de políticas, leyes y regulaciones claras. Uno de los desafíos primordiales que se ponía de relieve en el documento era la necesidad de aumentar la disponibilidad de órganos, tejidos y células para trasplantes. A este respecto, observó que había largas listas de espera para recibir trasplantes en toda la Región, especialmente en el caso de los trasplantes de riñón e hígado. Otro desafío era la necesidad de garantizar el financiamiento necesario para ampliar los programas de trasplante, fortalecer la capacidad hospitalaria y establecer las estructuras, las regulaciones y los marcos necesarios para mejorar el acceso de una manera coordinada y equitativa. En la estrategia y plan de acción también se reconocía la necesidad de mejorar la gestión de la información, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de los riesgos relacionados con los servicios de donación y trasplante.

160. La Directora dijo que el trasplante de órganos era un claro ejemplo de las disparidades que existían en la Región, entre los países y dentro de ellos. En algunos países, las posibilidades de recibir un trasplante se reducían a cero, pero incluso en países donde había servicios de trasplante bien establecidos, grandes segmentos de la población no tenían acceso a estos servicios de atención terciaria. Recibió con agrado el alto grado de interés que mostraban los Estados Miembros por la estrategia y plan de acción, y recomendó fortalecer la cooperación Sur-Sur para intercambiar conocimientos y mejores prácticas sobre el establecimiento y el fortalecimiento de los servicios de trasplante.

161. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R10, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara la estrategia y plan de acción.

Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 (documento CE164/21)

162. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el tema y señaló que en el 2007 los Estados Miembros de la OPS habían adoptado la *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*.⁶ En el 2015, expertos en calidad de más de 30 países de la Región habían examinado el progreso alcanzado y habían concluido que, en lo que respecta al mejoramiento de la calidad de la atención, era necesario hacer una transición y pasar de enfoques programáticos fragmentados a enfoques nuevos, más integrales y sistémicos. La estrategia y plan de acción propuesto reflejaba ese cambio de paradigma.

⁶ Véanse el documento CSP27/16 y la resolución CSP27.R10 (2007).

163. Los atributos de la calidad se presentaban desde la perspectiva de los sistemas de salud, con la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades como un aspecto clave. En la estrategia se proponían intervenciones prioritarias para mejorar la calidad y la prestación de atención en el punto de servicio, abordando al mismo tiempo los complejos determinantes de la calidad dentro de la organización, la gobernanza y la gestión de los sistemas de prestación de servicios de atención. Abordar la calidad desde la perspectiva de los sistemas concuerda con las recomendaciones y orientaciones formuladas en los informes mundiales publicados en el 2018 por la OMS, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, el Banco Mundial, la Comisión de Sistemas de Salud de Lancet Global Health y las Academias Nacionales de Ciencias e Ingeniería de Estados Unidos.

164. El doctor Fitzgerald finalizó dando las gracias a los Estados Miembros por su participación y sus aportes en las consultas que se hicieron previamente sobre la estrategia y plan de acción.

165. El Comité Ejecutivo dio un decidido apoyo al proyecto de estrategia y plan de acción, y varios delegados señalaron que el documento guardaba consonancia con sus esfuerzos nacionales. Se recibió con agrado el enfoque centrado en la persona y basado en los derechos. Se señaló que en muchos países la calidad de la atención se había visto afectada por las limitaciones o la desigualdad en la distribución de los recursos, lo que había reducido el acceso de los grupos poblacionales pobres y marginados, creado insatisfacción en los usuarios, erosionado la confianza en el sistema de salud e incrementado las brechas de salud. Se instó a los Estados Miembros a utilizar el plan de acción para mejorar el acceso a los servicios de atención de salud de alta calidad y producir mejores resultados en materia de salud.

166. En términos generales, los delegados coincidieron en la necesidad de mejorar la calidad de la atención, sin la cual no sería posible lograr el acceso universal a salud y la cobertura universal de salud. También coincidieron en que se necesitaba un enfoque integral y transversal que tuviera en cuenta una amplia variedad de factores: la calidad debe estar presente en todos los aspectos de la atención de salud, desde la prestación de los servicios hasta el financiamiento de atención de salud e incluso más. También se subrayó la necesidad de tener en cuenta la percepción de los usuarios, así como las consideraciones técnicas. Varios delegados hicieron hincapié en la importancia de empoderar a los usuarios de los servicios de salud y fomentar su compromiso como coparticipantes en el proceso de atención de salud. A este respecto, un delegado puso de relieve la importancia del seguimiento social de la calidad de atención. También recomendó que en las evaluaciones de la calidad se deberían considerar factores como la facilidad de acceso para los grupos vulnerables y la discriminación en la prestación de los servicios de salud. Otra delegada hizo énfasis en la necesidad de fortalecer la rectoría y la gobernanza en la salud para asegurar la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de la atención.

167. Los delegados solicitaron varios cambios en la redacción de la estrategia y plan de acción y el proyecto de resolución que figuraban en el documento CE164/21, a fin de

aclarar la manera en que se usaba la palabra “derechos” en el documento, reflejar mejor lo ambicioso del plan y el volumen de trabajo necesario para alcanzar las metas, y ajustarse a las diferencias en la estructura de los sistemas nacionales de salud.

168. El doctor Fitzgerald señaló que había un vínculo claro entre la estrategia y plan de acción y el enfoque propuesto en el documento *La atención primaria de salud hacia la salud universal* (documento CE164/INF/4, Rev. 1, véanse los párrafos 284 a 295 más adelante), en el que se hacía referencia a la necesidad de avanzar en el desarrollo de sistemas de salud basados en las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. Como el Comité lo había observado, para lograr un sistema de salud con capacidad de respuesta era fundamental contar con el compromiso de los usuarios. Los Estados Miembros habían acumulado experiencias favorables en ese sentido, por ejemplo mediante medidas para promover la participación de los pacientes, documentos sobre los derechos de los pacientes y programas para mejorar la calidad mediante atención primaria de salud.

169. Los datos disponibles indicaban que había puntos débiles significativos en la coordinación de la atención. Por lo tanto, en una parte de la estrategia se abordaba la necesidad de organizar y gestionar el sistema de salud para llevar los servicios de salud a la comunidad, con un primer nivel de atención sólido y servicios de derivación que ofrecieran continuidad en la atención en todo el sistema de salud mediante redes integradas de prestación de servicios de atención. Esto solo podía lograrse con una gobernanza, rectoría y liderazgo fuertes por parte de los ministerios de salud y de todos los niveles del gobierno. Como se había indicado en el debate, también era importante considerar tanto la calidad técnica de la atención como la calidad percibida. Era fundamental hacerlas coincidir para que las personas tuvieran confianza en los servicios y sistemas de salud.

170. La Directora afirmó que la calidad de la atención a tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de los servicios era fundamental para el logro de la salud universal, como se había reflejado en las intervenciones de los delegados. Agradeció a los Estados Miembros que habían colaborado con la Oficina en la definición del concepto de calidad de la atención en la Región y la elaboración de la estrategia y plan de acción.

171. Una vez que se modificó el proyecto de resolución para que reflejara las recomendaciones formuladas durante el debate, el Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R12, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara la estrategia y plan de acción.

Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (documento CE164/22)

172. La doctora Anna Coates (Jefa, Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural, OSP) presentó el proyecto de estrategia y plan de acción, y recordó que en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre del 2017, los Estados

Miembros de la OPS adoptaron por unanimidad la *Política sobre etnicidad y salud*,⁷ que promovía un enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de todos los grupos étnicos. La Región de las Américas era la primera región de la OMS en reconocer formalmente la importancia de abordar la discriminación en el acceso a los servicios de salud y adoptar un enfoque intercultural para abordar las inequidades en la salud.

173. La estrategia y plan de acción propuestos tenía como objetivo orientar y brindar apoyo a la aplicación de las líneas estratégicas prioritarias presentadas en la política. En su formulación habían participado y prestado una activa contribución los representantes de las comunidades indígenas, afrodescendientes y romaníes, junto con los ministerios de salud y las organizaciones multilaterales.

174. La estrategia se basaba en las normas y los documentos internacionales establecidos que se habían adoptado como respuesta al hecho de que no se estaban protegiendo los derechos de los grupos marginados de la población. Entre esos documentos se encontraba la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se había establecido explícitamente el compromiso de que nadie se quedara atrás. La estrategia también guardaba consonancia con las recomendaciones de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas y el informe de la Comisión de Alto Nivel sobre la Salud Universal en el siglo XXI, en el cual se subrayaba la necesidad de adoptar modelos centrados en las personas y las comunidades, basados en la atención primaria de salud y que tuviesen en cuenta la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.

175. En la estrategia se proponía la promoción de los enfoques interculturales en salud para aumentar el acceso a los servicios de salud e impulsar acciones que permitiesen abordar los determinantes sociales de la salud con respecto a aquellos grupos que enfrentaban algunas de las mayores vulnerabilidades en la Región. Se esperaba que la ejecución integrada de las cinco líneas estratégicas de acción tuviera una repercusión positiva en las inequidades en materia de salud que afectaban especialmente a los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes. En particular, se esperaba que las acciones propuestas se tradujeran en reducciones en las áreas prioritarias de mortalidad materna, mortalidad en menores de 1 año e incidencia de la tuberculosis. La Oficina estaba preparando directrices metodológicas para brindar apoyo a la medición de los indicadores establecidos en el plan de acción propuesto.

176. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el proyecto de estrategia y plan de acción. Se consideró que era una buena manera de operacionalizar la *Política sobre etnicidad y salud* y una herramienta valiosa para promover el acceso de las personas y las comunidades a servicios integrales de salud de calidad. Los delegados recibieron con particular agrado el énfasis de la estrategia en los enfoques de salud culturalmente apropiados y el reconocimiento de la medicina tradicional. Sin embargo, se indicó que en las referencias a la “medicina tradicional y complementaria” se debía agregar la frase “basada en la evidencia” para así subrayar la necesidad de garantizar la seguridad, la

⁷ Véanse el documento CSP29/7, Rev.1 y la resolución CSP29.R3 (2017).

calidad y la eficacia. Los delegados también elogiaron el énfasis en la generación de datos científicos y en la definición y la recomendación de normas para la recopilación y el análisis de datos sobre las disparidades de salud en la Región. Considerando que en el continente hay grupos poblacionales sumamente diversos, hicieron hincapié en la necesidad de desglosar los datos por etnicidad para detectar las disparidades y desigualdades, y elaborar políticas basadas en la evidencia para cerrar las brechas y lograr que nadie se quedara atrás.

177. Los delegados expusieron varias inquietudes y recomendaron algunas modificaciones a la estrategia y plan de acción, así como al correspondiente proyecto de resolución. Una delegada señaló que agrupar a los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes era problemático, ya que sus necesidades eran diferentes. Destacó que no debían hacerse generalizaciones sobre sus diferentes contextos y problemas. La misma delegada señaló que en el documento a veces se fusionaban los conceptos de raza y etnicidad, y recomendó definir y diferenciar estos términos, sea en la estrategia y plan de acción o en las directrices metodológicas. Otra delegada propuso varias modificaciones para que la redacción de la estrategia y plan de acción guardase consonancia con la *Política sobre etnicidad y salud* y la Constitución de la OMS.

178. Se solicitó a la Oficina que considerara si las políticas, estrategias y planes de acción sobre temas como la etnicidad y la salud eran el medio más eficaz de alcanzar los objetivos propuestos. Se indicó que quizás hubiera sido preferible abordar los desafíos que afectaban a los grupos vulnerables como temas transversales en documentos de orientación como el Plan Estratégico.

179. La doctora Coates dijo que la Oficina revisaría la estrategia y plan de acción para garantizar que las versiones en inglés y español coincidieran y para reflejar la terminología usada en la política. Indicó que el tema de combinar los tres grupos—los romaníes, los afrodescendientes y los pueblos indígenas— había sido recurrente en los debates sobre etnicidad y salud, y agregó que en el plan de acción se preveía que se informase por separado sobre los tres grupos, de conformidad con el contexto nacional y la composición étnica de cada Estado Miembro. La Oficina consideraba que la etnicidad era un tema transversal, y en el nuevo proyecto de Plan Estratégico (véanse los párrafos 73 a 88 anteriores) seguía reconociéndose como tal. El objetivo de la estrategia y plan de acción era ofrecer una orientación más específica y exhaustiva, especialmente con respecto a los enfoques interculturales y la manera de operacionalizarlos.

180. Con respecto a la recomendación relativa a la medicina tradicional basada en la evidencia, señaló que la redacción de la estrategia y plan de acción se basaba en la redacción de la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*,⁸ que usaba el término “basada en el conocimiento” para reconocer las diferentes formas de evidencia que existían

⁸ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013. Puede consultarse en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1.

respecto de la medicina tradicional. Sin embargo, la Oficina revisaría el documento para que se reflejaran las observaciones formuladas.

181. La Directora afirmó que para la Oficina la etnicidad era un tema transversal; sin embargo, como la etnicidad era una causa significativa de desigualdades en la salud, se creía que se justificaba un enfoque más específico. Los datos desglosados indicaban que en la Región las disparidades en el estado de salud de los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes eran desproporcionadas. La Región nunca podría alcanzar el ODS 3 ni los otros ODS sin no se prestaba atención específicamente a esos grupos.

182. Una vez que se hicieron las modificaciones pertinentes al proyecto de resolución presentado como anexo en el documento CE164/22 para reflejar las recomendaciones formuladas en el debate, el Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R14, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobase la estrategia y plan de acción.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)
(documento CE164/23)

183. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) recordó que la OPS había creado el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) en 1966 para proporcionar libros de texto e instrumental médico a los estudiantes y los profesionales de la salud de los países de la Región. En aquel momento, el acceso a materiales educativos en español y portugués para estudiar medicina era limitado. A lo largo de 53 años de funcionamiento, PALTEX había proporcionado libros y otros materiales instructivos de calidad a un costo asequible a más de 500 instituciones, universidades y centros de capacitación. Sin embargo, en los últimos años se había observado una disminución sustancial en el uso de sus materiales instructivos, lo que había ocasionado pérdidas operativas al programa.

184. Diversos estudios realizados por la Oficina entre los años 2013 y 2016 habían indicado varias tendencias. Primero, la educación universitaria a nivel de grado en el campo de la salud había evolucionado en los últimos años, y estaba pasando de métodos instructivos que dependían de los libros de texto a estrategias educativas que empleaban el aprendizaje basado en problemas y procesos didácticos centrados en el estudiante. Además, había aumentado el acceso a libros de texto y tecnologías educativas y comunicacionales en español y portugués, lo que había reducido la demanda de los materiales provistos por el programa.

185. Las evaluaciones del modelo operativo del programa habían concluido que era costoso e insostenible. La Oficina había adoptado medidas para fortalecer PALTEX, explorando diversas opciones como las ventas digitales. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la Oficina, el número de libros y materiales instructivos provistos por PALTEX había descendido de manera significativa, pasando de 134.500 a 80.000 del 2014 al 2018.

186. Por consiguiente, la Oficina recomendaba el cese de las operaciones de PALTEX a partir del 31 de diciembre del 2019. La Oficina seguiría prestando apoyo técnico integrado a los Estados Miembros como parte de la ejecución del *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*,⁹ ayudándolos en la elaboración de estrategias e iniciativas y capacitando a estudiantes y profesionales por medio de mecanismos como el Campus Virtual de la OPS, que seguía creciendo y respondiendo a las necesidades de capacitación en los Estados Miembros.

187. En el debate que siguió, los delegados elogiaron la labor del programa al proporcionar libros de texto e instrumental médico a estudiantes y profesionales de la salud de toda la Región durante 53 años. Se agradeció la cuidadosa evaluación que había hecho la Oficina, pero se solicitó más información acerca del proceso que había conducido a la recomendación relativa al cese de operaciones de PALTEX, así como la garantía de que tal acción no afectaría desproporcionadamente a aquellos Estados Miembros o segmentos de la población de los Estados Miembros que carecían de la infraestructura y los sistemas tecnológicos necesarios para beneficiarse de la mayor disponibilidad de recursos digitales. También se expresó inquietud acerca del futuro del personal de PALTEX.

188. Se solicitó a la Oficina que aclarara de qué manera su labor en el campo de la educación de salud apoyaría en el futuro la equidad en el acceso a los materiales y la información. También se le pidió que indicara el tipo de asociaciones que estaba considerando establecer para fortalecer la cooperación técnica en materia de educación en el campo de la salud y la introducción de herramientas modernas acordes con las tendencias educativas actuales. En particular, un delegado preguntó si podría existir la posibilidad de vincular los esfuerzos de la Oficina con proyectos pertinentes en otras regiones por medio de mecanismos como el Campus Virtual y la nueva Academia de la OMS.

189. El doctor Fitzgerald explicó que la propuesta de cesar las operaciones de PALTEX era resultado de un prolongado proceso de deliberaciones que habían tenido lugar en los últimos cuatro o cinco años. La Oficina había analizado las cuestiones relacionadas con la compleja cadena de suministro, el almacenamiento de volúmenes muy altos de libros de texto y el modelo operativo de PALTEX, y había explorado opciones para modernizar el programa. Los estudios habían dejado claro que la demanda de materiales didácticos para la educación en los campos de la medicina y la salud pública había caído bruscamente. Este fenómeno era más pronunciado en los países más grandes, pero también se había observado en los países más pequeños.

190. Se había considerado si la decisión sobre el cese de operaciones de PALTEX repercutiría de manera desproporcionada en algunos Estados Miembros. La Oficina había participado en debates con las autoridades de algunos de los Estados Miembros más pequeños para buscar opciones al programa, como el suministro directo de materiales instructivos adquiridos por medio de los mecanismos de compras de la Organización. Este

⁹ Véanse el documento CD56/10, Rev. 1 y la resolución CD56.R5 (2018).

enfoque le permitiría a la Oficina satisfacer las necesidades de los países más pequeños que pudieran verse afectados por el cese de operaciones de PALTEX.

191. El doctor Fitzgerald señaló que los Estados Miembros habían priorizado la educación en el campo de la salud en la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, particularmente en la línea estratégica 3, relativa al aumento de la capacidad en el ámbito de la educación y la vinculación con otros sectores, especialmente la educación, la salud y el trabajo. La Oficina había estado trabajando con agentes no estatales que estaban activos en el área de la educación y se había involucrado con asociaciones de enfermería y otros interesados directos para determinar las necesidades educativas actuales de los estudiantes de grado y posgrado. La idea era proporcionar una cooperación técnica más focalizada para atender las necesidades educativas sobre la base de los programas de estudios necesarios para el modelo de atención de salud predominante.

192. Una de las estrategias más importantes de la Oficina era el uso de tecnología de la información, en particular el Campus Virtual, una plataforma de educación y capacitación para estudiantes y profesionales de la salud. Mediante esta plataforma la Oficina detectaba las brechas en la educación en el ámbito de la salud y, en cooperación con las universidades y los centros especializados, desarrollaba los programas de estudios necesarios para abordar esas brechas. El Campus Virtual también permitía a la Organización ofrecer a los profesionales de la salud programas avanzados de educación continua. La demanda de capacitación y fortalecimiento de la capacidad por medio del Campus Virtual era enorme. Actualmente había más de 800.000 estudiantes matriculados; 64% de la muestra de 250.000 inscritos analizada recientemente por la Oficina eran profesionales que en la actualidad trabajaban en los servicios de salud.

193. La Directora señaló que PALTEX era un buen ejemplo de por qué la OPS no podía seguir funcionando como hacía 50 años. Si la Organización aspiraba a mantenerse pertinente, tenía que evaluar permanentemente lo que estaba haciendo y considerar si había otras entidades más adecuadas para ciertas funciones. Cincuenta años atrás, PALTEX era un programa importante y necesario, pero ya no era así, como lo demostraba el constante descenso en la demanda de sus productos. Por otro lado, muchas otras instituciones del sector privado estaban en mejor posición para proveer materiales didácticos.

194. No era económicamente viable ni realista que PALTEX mantuviera sus operaciones en el contexto actual de recursos limitados. La Organización tenía que modernizarse y avanzar con los tiempos. La Directora agregó que estaba segura de que, mediante el uso de las tecnologías modernas, la Oficina podría seguir respondiendo a las necesidades de los Estados Miembros y abordar cualquier disparidad o brecha que hubiere en la educación médica o de salud pública.

195. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R5, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo adoptara la propuesta sobre el cese de las operaciones de PALTEX.

Asuntos administrativos y financieros***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE164/24 y CE164/24, Add. I)***

196. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) dijo que le complacía informar que ningún Estado Miembro tenía atrasos en el pago de sus contribuciones hasta el punto de que pudiera estar sujeto a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Once Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados habían pagado el total de sus contribuciones correspondientes al 2019, mientras ocho habían efectuado pagos parciales. Agradeció a esos Estados Miembros por su pago puntual y su compromiso con la Organización. Al 24 de junio, 23 Estados Miembros no habían efectuado pago alguno correspondiente al 2019. Se había recaudado solo 11% de la cantidad adeudada al 1 de enero del 2019. Un total de \$141,1 millones estaba pendiente de pago, correspondientes al 2019 y años anteriores. El señor Puente Chaudé subrayó que recibir de manera oportuna las contribuciones señaladas era fundamental para ejecutar el presupuesto por programas de la Organización e instó a aquellos Estados Miembros que tenían contribuciones pendientes a que las pagaran a la mayor brevedad posible.

197. La Directora agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado sus pagos oportunamente e hizo un llamamiento a los que no lo habían hecho para que efectuaran los pagos a la mayor brevedad posible, pues muchos de los programas de la Organización dependían del financiamiento flexible que proporcionaban las contribuciones señaladas.

198. El Comité aprobó la resolución CE164.R1, en la que agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado los pagos correspondientes al 2019 e instó a los demás Estados Miembros a que pagaran todas sus contribuciones pendientes cuanto antes.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2018 (Documento Oficial 357)

199. La señora Adriana Salazar (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una versión preliminar sin auditar del Informe Financiero. Se había informado al Subcomité que los ingresos consolidados de la Organización en el 2018 habían sido inferiores en alrededor de 8% con respecto al 2017 y que los ingresos recibidos a través de los fondos especiales de la Organización para compras en nombre de los Estados Miembros en el 2018 habían sido de \$6,5 millones menos que en el 2017. Los Miembros del Subcomité habían preguntado si la reducción de la cantidad recibida por el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas podría indicar que los países estaban gastando menos en vacunas, una tendencia que sería preocupante en vista de los brotes recientes de sarampión y otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación. En respuesta a esa pregunta, se había explicado que algunos de los pedidos de vacunas recibidos a fines de diciembre del 2018 no se reflejaban en la cifra de ingresos presentada en el informe. La Oficina esperaba que el monto total de fondos de

compras del bienio estuviese cercano al registrado en el bienio 2016–2017. Se había subrayado la necesidad de mantener elevadas las tasas de cobertura de vacunación.

Informe Financiero del Director correspondiente al 2018

200. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó el panorama del Informe Financiero del Director, que incluía las cifras sobre los ingresos y gastos totales, la recaudación de las contribuciones señaladas, las contribuciones voluntarias y las compras en nombre de Estados Miembros.

201. Los ingresos totales consolidados de la Organización en el 2018 habían sido de unos \$1.393 millones. Los ingresos totales del presupuesto por programas para el año habían sido de \$266,8 millones, cifra equivalente al total registrado en el 2016, el primer año del bienio anterior. Las contribuciones voluntarias en el 2018 habían sumado \$73,3 millones, cantidad prácticamente igual a la del 2017. Con respecto a los ingresos de fuentes presupuestarias no programáticas, los fondos recibidos para las compras en nombre de los Estados Miembros habían permanecido estables, mientras que las contribuciones voluntarias nacionales se habían reducido un 17% en el 2018. La disminución en el monto de las contribuciones voluntarias nacionales, la mayor parte de las cuales provenía de Brasil, era consecuencia de una disminución en el valor del real brasileño con respecto al dólar de los Estados Unidos y de la reestructuración del programa Mais Médicos. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas había representado la mayor parte de los ingresos relacionados con las compras: \$605,3 millones de un total de \$678,3 millones. Aunque esa cantidad era algo inferior a la del 2017, el Fondo Rotatorio tenía más de \$181 millones en pedidos pendientes al finalizar el año, lo cual significaba que los pedidos para el 2018 habían superado los del 2017 en \$81 millones.

202. Las contribuciones señaladas correspondientes al año en curso y a años anteriores recaudadas en el 2018 habían ascendido a \$62,9 millones y \$42,0 millones, respectivamente, lo que representaba un total recaudado de \$104,9 millones, es decir una cifra superior en 6% a la del 2017. Un total de 24 Estados Miembros, Miembros Asociados y Estados Participantes habían pagado el total de sus contribuciones señaladas correspondientes al 2018, seis habían efectuado pagos parciales, mientras que 12 no habían efectuado pago alguno. Los atrasos en el pago de las contribuciones señaladas habían ascendido a \$42,8 millones a fines del 2018, cifra que era \$1,6 millones inferior con respecto a la del 2017, pero superior en \$2,3 millones a la del 2016.

203. Los gastos totales para el 2018 habían ascendido a \$1.369 millones, en comparación con \$1.438 millones en el 2016, el primer año del bienio anterior. Las compras de suministros, productos básicos y materiales habían representado la mayor proporción del gasto en el 2018. La mayor parte de esas compras se había hecho en nombre de los Estados Miembros por conducto de los fondos de compras de la Organización. Las transferencias y las subvenciones a las contrapartes habían representado la segunda proporción en cuanto al tamaño de los gastos. La mayoría de esas transferencias estaban destinadas a proyectos financiados por contribuciones voluntarias nacionales. Los gastos

de viaje habían disminuido en 10% con respecto al 2017. Los viajes para actividades de cooperación técnica habían representado la mayor parte del total de los gastos de viaje.

204. Al igual que en años anteriores, el Auditor Externo había emitido una opinión de auditoría no modificada, o “sin reservas”, acerca de los estados financieros de la Organización correspondientes al 2018.

Informe del Auditor Externo correspondiente al 2018

205. El señor Damian Brewitt (Director Internacional de Auditoría Financiera, Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido) presentó el informe del Auditor Externo y confirmó que la opinión del Auditor sobre los estados financieros de la Organización había sido sin reservas, lo que significaba que la auditoría no había revelado errores ni debilidades que se hubiesen considerado materiales para la exactitud, integridad o validez de los estados financieros. No obstante, la auditoría había detectado algunas áreas que debían mejorarse con respecto al control interno y la gestión financiera y la gobernanza.

206. La auditoría había mostrado que el Fondo de Trabajo había utilizado unos \$22 millones provenientes de otros fondos propuestos para apoyar las actividades financiadas por las contribuciones señaladas. El Auditor Externo había confirmado que esos préstamos internos eran admisibles, pero había destacado la necesidad de aclarar la regla financiera pertinente. El Auditor también había recomendado que la Oficina examinara su metodología para calcular los gastos de apoyo a programas a fin de garantizar la recuperación total de los costos asociados con actividades financiadas por las contribuciones voluntarias.

207. En vista de la dependencia cada vez mayor de la Organización de las contribuciones voluntarias, el Auditor Externo consideraba que era necesario contar con una estrategia integral de movilización de recursos y con planes detallados de las fuentes de recursos, además de opciones para financiar los proyectos de capital a largo plazo. El Auditor también consideraba que el plan para financiar la obligación del seguro de enfermedad tras la separación del servicio debía ser aprobado y examinado regularmente por los Cuerpos Directivos. Además, el Auditor había formulado varias recomendaciones encaminadas a mejorar la manera en que la Oficina monitoreaba el uso de los fondos y presentaba los informes pertinentes, de acuerdo con lo aprobado por los Estados Miembros.

208. El Auditor Externo no había observado ninguna debilidad significativa en los controles internos, aunque se podrían mejorar algunas áreas, como la supervisión de la administración de los reclamos del seguro de enfermedad del personal. Se había encontrado que muchos procesos institucionales usuales exigían una intervención manual considerable; asimismo, se habían detectado algunos puntos débiles en la calidad de los datos ingresados en el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS). El Auditor instó a la Oficina a que aplicara las recomendaciones del consultor contratado en el 2018 para analizar el estado de la implementación del PMIS e identificara oportunidades para su desarrollo futuro.

209. La auditoría había indicado que la gestión de riesgos no estaba plenamente integrada en la Oficina. No se consideraban de manera sistemática los riesgos de los proyectos, y la compilación del registro de los riesgos se consideraba como una actividad anual de cumplimiento y no como un medio de gestionar y mitigar los riesgos operativos diarios. El Auditor Externo recomendó que la Oficina elaborara un plan de acción para integrar una cultura de concientización sobre el riesgo en toda la Organización. Asimismo, debería emprenderse una evaluación sistemática del riesgo de fraudes, en particular porque la OPS trabajaba en algunos entornos de alto riesgo y colaboraba con una gama de asociados y proveedores. El Auditor colaboraría con la Oficina para determinar cómo podría mejorarse la mitigación del riesgo de fraudes, en especial en las representaciones en los países.

210. Por último, el Auditor Externo había formulado varias recomendaciones encaminadas a mejorar la declaración sobre el control interno, y asegurar que los diversos mecanismos de supervisión funcionaran de manera coordinada y holística.

211. Los Miembros de Comité Ejecutivo recibieron con agrado el dictamen de auditoría sin reservas y reconocieron el arduo trabajo que exigía la preparación de los estados financieros de la Organización. Se elogiaron los logros de la cooperación técnica documentados en el informe. Se observó que había habido un excedente presupuestario de unos \$24 millones en el 2018, y se solicitó a la Oficina que explicara cómo se asignaban esos excedentes. También se solicitó a la Oficina que presentara otras aclaraciones con respecto a los \$22 millones que se habían tomado en calidad de préstamo de otros fondos para hacer frente a las necesidades de dinero en efectivo de algunas actividades que se había previsto financiar con las contribuciones señaladas. Se señaló que ese préstamo había sido necesario porque algunos Estados Miembros no habían pagado oportunamente sus contribuciones y se instó a los gobiernos a que cumplieran con sus compromisos con la Organización.

212. Se expresó preocupación acerca de las marcadas diferencias entre las cantidades aprobadas en el presupuesto para el 2018-2019 y los fondos que en realidad se habían asignado. Una delegada destacó la necesidad de asegurar que las cantidades presupuestadas fuesen realistas teniendo en cuenta la capacidad de la Oficina para movilizar recursos. La misma delegada recibió con agrado la reducción de los gastos de viaje y alentó a la Oficina a que utilizara más las herramientas virtuales y otras medidas de reducción de costos para mantener esa tendencia positiva. También hizo preguntas acerca de los factores que habían generado reducciones en el rubro “personal y otros costos de personal” y en los servicios contractuales.

213. Los delegados se manifestaron complacidos de observar que todas las recomendaciones de auditorías anteriores se habían cerrado e instaron a la Oficina a que pusiera en práctica también las nuevas recomendaciones propuestas por la Oficina Nacional de Auditoría en su informe correspondiente al 2018, en particular las relacionadas con la gestión de riesgos, prevención de fraudes, recuperación de gastos generales y

actividades de supervisión. Se señaló que había habido 56 casos de fraude, robo y pérdida de propiedad. Aunque esa cifra era menor que la notificada en el 2017, se instaba a la Oficina a que siguiera adoptando medidas para mejorar los controles internos a fin de prevenir ese tipo de eventos en el futuro. También se la instó a considerar la posibilidad de elaborar un mapa de seguridad integral como un medio para asegurar que los diversos mecanismos de supervisión funcionaran en coordinación, evitar la duplicación de esfuerzos y aprovechar al máximo el conocimiento, las observaciones y las mejores prácticas.

214. El señor Puente Chaudé dijo que los gastos para los viajes efectuados por el personal en comisión de servicio habían representado \$15 millones del gasto total de los viajes, mientras que los viajes para actividades de cooperación técnica, incluidas las reuniones técnicas, habían costado \$31 millones. Estas actividades, en general, exigían la presencia física de las personas interesadas; sin embargo, la Oficina estaba promoviendo el uso de Skype y otras herramientas para las reuniones internas. Con respecto al rubro “personal y otros costos de personal”, explicó, que tras un estudio actuarial realizado en el 2017 para calcular la obligación del seguro de enfermedad a largo plazo, los costos atribuibles a esa categoría habían aumentado en \$24 millones. Sin embargo, en el 2018, los costos reales del personal y otros costos de personal habían seguido siendo prácticamente iguales a los del 2017.

215. El saldo actual en el Fondo de Trabajo era de \$21,7 millones. Debido a los retrasos significativos en el pago de las contribuciones señaladas, esa cantidad iba a ser insuficiente, sin duda, para los gastos de la Organización. La Oficina estaba analizando qué medidas podrían adoptarse para garantizar la capitalización total del Fondo; al mismo tiempo, se estaba preparando una propuesta para aumentar el nivel autorizado del Fondo, que actualmente se encontraba en \$25 millones. La propuesta se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2020.

216. Había varios tipos de excedentes posibles. Los excedentes presupuestarios estaban relacionados únicamente con las contribuciones señaladas y los ingresos varios. Debido a que esos ingresos solían gastarse en su totalidad en el bienio, rara vez había un excedente de ese tipo, pero de haberlo, se usaba para renovar el Fondo de Trabajo. Un excedente de los ingresos tenía lugar cuando los ingresos varios reales eran mayores que los ingresos varios presupuestados. En las Reglas Financieras de la Organización se establecía que el Director, en consulta con el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, decidiría cómo utilizar todo excedente de los ingresos. El excedente de \$24 millones mencionado en el debate representaba un excedente total consolidado. Ese excedente estaba relacionado con el total del ingreso y del gasto, y podía ser el resultado de fluctuaciones en los saldos de los diferentes fondos subsidiarios o de cambios en el valor actuarial de los pasivos a largo plazo de las prestaciones a los empleados. En consecuencia, el excedente de \$24 millones no debía considerarse como dinero en efectivo que la Organización tenía a su disposición para usarlo de inmediato.

217. El señor Brewitt agregó que los auditores colaborarían con el personal de la Oficina para asegurar que los futuros informes presentaran un desglose más explícito de las reservas y los excedentes.

218. La Directora expresó su agradecimiento al equipo de auditoría externa y aseguró al Comité que la Oficina, como era su costumbre, analizaría cuidadosamente y respondería a las recomendaciones del Auditor Externo.

219. El Comité tomó nota del informe.

Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE164/25)

220. La señora Adriana Salazar (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un documento acerca del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sus diversos fondos subsidiarios, y había recibido una actualización acerca de las actividades emprendidas desde que se publicase un informe sobre el Fondo en el 2015. También informó que en la sede de la OPS se habían efectuado varias mejoras a la seguridad. En el debate que siguió en el Subcomité acerca del informe, se pidió a la Oficina que suministrara información acerca del estado del plan actualizado de bienes inmuebles y presentara la versión más reciente del plan de reemplazo de vehículos, en el que se especificara el número de vehículos asignado a cada oficina. Se había solicitado una aclaración sobre el motivo por el cual el costo de los vehículos adquiridos en el 2018 variaba tanto entre los países.

221. En respuesta a esas solicitudes, se había explicado que la suma considerable gastada en el reemplazo de vehículos en Guyana reflejaba el costo de un vehículo adquirido en el 2018 y el saldo pendiente de un vehículo adquirido en el 2017, que se había pagado en su totalidad. Con respecto al plan de bienes inmuebles, se había explicado que la Oficina tenía que encontrar una fuente de financiamiento antes de emprender algún gasto significativo de capital. Gracias a la transferencia de los excedentes de ingresos que habían quedado al final de los últimos bienios, el saldo en el Fondo Maestro de Inversiones de Capital ahora era suficiente para ejecutar los proyectos más urgentes, que guardaban relación con la seguridad y la protección.

222. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el informe. Un delegado preguntó acerca del alcance y la determinación de los costos de la remodelación prevista de la sala de conferencias y otros espacios en la Representación en Uruguay.

223. La señora María Teresa Angulo (Directora, Departamento de Operaciones de Servicios Generales, OSP) respondió que todavía se estaba elaborando el proyecto y se ultimaría más adelante en el 2019.

224. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2018 (documento CE164/26)

225. El señor José Alpizar (Auditor Interno Superior, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) presentó el informe, en el que se resumía el trabajo

emprendido por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) en el 2018 y se planteaba su opinión general acerca del entorno de control interno de la Organización. Según se detallaba en los párrafos 45 a 49 del informe, la opinión general de IES era que el entorno de control interno seguía proporcionando una seguridad razonable acerca de la exactitud y el registro oportuno de las transacciones, del activo y las obligaciones y de la salvaguarda de los activos.

226. A petición de los Estados Miembros, el informe ahora incluía información acerca de las recomendaciones de auditoría interna que habían estado pendientes de ejecución por más de dos años. A diciembre del 2018, había seis recomendaciones pendientes, cinco de las cuales ya se había abordado a satisfacción de IES. Sin embargo, una recomendación prioritaria relacionada con la necesidad de mejorar la determinación de costos y el análisis de ingresos de la producción de estuches de pruebas en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, Inocuidad de los Alimentos y Zoonosis (PANAFTOSA) seguía pendiente. IES continuaría con el seguimiento del estado de esa recomendación. En términos generales, la tasa de ejecución había sido satisfactoria. A junio del 2019, solo había 24 recomendaciones pendientes. IES elogiaba el enfoque proactivo adoptado por la Directora, que había llevado a la organización de reuniones anuales en las que se trataba a fondo cada una de las recomendaciones pendientes.

227. En el debate que siguió, los delegados elogiaron el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, y su contribución al fortalecimiento de los controles internos y la gestión de riesgos dentro de la Organización. Se pidió a la Oficina que explicara las causas del retraso en poner en práctica las seis recomendaciones que habían estado pendientes por más de dos años y se la instó a que lograra que todas las recomendaciones de IES se aplicaran oportunamente. Se subrayó la necesidad de contar con un mapeo más riguroso de la seguridad entre los objetivos de la Organización, los riesgos y los controles internos que mitigan el riesgo. También se subrayó la importancia de proteger la información y la memoria institucional de la Organización. En ese sentido, se instó a la Oficina a que adoptara medidas decisivas para que el personal no almacenara información en dispositivos independientes fuera de los sistemas oficiales. Una delegada expresó su inquietud con respecto a los resultados de las auditorías en las representaciones de la OPS/OMS en Haití y la República Bolivariana de Venezuela, y solicitó más información acerca de las medidas adoptadas para abordar los problemas detectados. Otra delegada solicitó aclaración acerca de la función de evaluación desempeñada por IES.

228. El señor Alpizar respondió que la Oficina estaba adoptando medidas para mitigar los riesgos detectados en las oficinas de las representaciones en Haití y Venezuela. Había complejidades específicas en torno a las transacciones y las operaciones relacionadas con esas oficinas, siendo una de ellas la crisis que afecta a Venezuela actualmente. Destacó que el entorno de control de la Oficina y los procesos de mapeo del riesgo estaban evolucionando y madurando constantemente. IES había observado progresos significativos en ese sentido.

229. Con respecto a la protección de la información y de la memoria institucional, era importante señalar que las representaciones en los países estaban atravesando por un período de transición. Era necesario que el personal se adaptara a los cambios en la cultura y a la eliminación gradual de los discos duros y los dispositivos locales. Reiteró que, de las seis recomendaciones que habían estado pendientes por largo tiempo, ya se habían resuelto cinco. La única recomendación pendiente era la relacionada con PANAFTOSA. IES se había comunicado con el Centro algunos meses atrás, pero todavía no había recibido información actualizada.

230. Las dos actividades principales de IES —la auditoría interna y los servicios de apoyo a las evaluaciones— son mandatos muy diferentes. IES planificaba y ejecutaba las auditorías internas y presentaba informes sobre ellas, y tenía control sobre todo el proceso. Sin embargo, en las evaluaciones desempeñaba solamente una función de asesoramiento y garantía de la calidad. IES no encargaba, efectuaba, administraba ni presentaba informes sobre las actividades de evaluación. Sin embargo, su asesoramiento era fundamental dada la gama de actividades de evaluación llevadas a cabo por una variedad de partes interesadas.

231. La Directora agradeció a IES su contribución a la mejora de los controles internos y al aumento de la transparencia y la rendición de cuentas en la Organización. Aseguró a los Estados Miembros que se estaba haciendo todo lo posible para abordar los problemas detectados en las representaciones de Haití y Venezuela. Varios funcionarios de la sede habían viajado a esos países para asegurar que los controles internos en esas oficinas cumplieran con las normas institucionales. La Oficina también había adoptado medidas para proteger su memoria institucional y seguiría examinando las recomendaciones formuladas por IES en ese sentido, además de proseguir la colaboración con IES para fortalecer las medidas preventivas vigentes.

232. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Asuntos de personal

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE164/27)

233. El doctor Marvin Manzanero (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas del Reglamento del Personal en relación con las revisiones de la escala de sueldos para el personal profesional y superior y los sueldos para los puestos del Director, el Director Adjunto y el Subdirector. En el debate que tuvo lugar en el Subcomité acerca de las modificaciones propuestas, se solicitó una aclaración en cuanto al grado de convergencia del Reglamento del Personal de la OPS con respecto al resto de los reglamentos del personal del sistema de las Naciones Unidas. En respuesta a esa pregunta, la doctora Luz Marina Barillas (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) había explicado que un examen detallado del conjunto de compensaciones de todas las organizaciones de las Naciones Unidas —efectuado dos años antes— había

confirmado que tanto la OPS como la OMS estaban en estricta consonancia con las prácticas y las resoluciones de las Naciones Unidas relativas a la remuneración.

234. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los esfuerzos continuos de la Oficina para lograr la consonancia de su Reglamento del Personal con los del resto del sistema de las Naciones Unidas. Un delegado señaló que sería útil contar con un documento que mostrara las semejanzas y las diferencias entre las prácticas de la OPS y las prácticas habituales en las Naciones Unidas, no solo en cuanto a los sueldos sino también en cuanto a la pensión y las prestaciones.

235. La doctora Barillas dijo que podría prepararse una comparación si los Estados Miembros consideraban que sería de utilidad.

236. La Directora agregó que, si bien la OPS estaba en consonancia con las prácticas de la OMS y las Naciones Unidas en la medida de lo posible, había un aspecto diferente entre la OPS y la OMS: la OPS ya había puesto en práctica la decisión de las Naciones Unidas acerca de la edad obligatoria de la jubilación, mientras que la OMS había diferido la aplicación de esta norma.

237. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE164.R13 para confirmar las modificaciones del Reglamento del Personal y la determinación de los sueldos del Director, el Director Adjunto y el Subdirector, vigentes a partir del 1 de enero del 2019.

Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE164/28)

238. El doctor Marvin Manzanero (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido una actualización acerca de las iniciativas más importantes emprendidas en materia de recursos humanos en el 2018 y del progreso logrado en la ejecución de la estrategia de recursos humanos de la Oficina, conocida como la *Estrategia para el personal 2015-2019*. El Subcomité recibió con agrado los progresos alcanzados hacia la paridad de género, pero alentó a la Oficina a seguir esforzándose para lograr la paridad a los niveles P-5 y superiores.

239. La doctora Luz Marina Barillas (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP), al presentar un resumen del informe, dijo que la Oficina había formulado y adoptado directrices para reconfigurar el perfil de los puestos, un ejercicio analítico encaminado a asegurar que la composición del personal de cada oficina estuviese de acuerdo con la evolución de las necesidades programáticas y reflejase las particularidades de las oficinas en cuestión. Asimismo, se habían simplificado los procedimientos para la contratación, lo que incluía la introducción del sistema de gestión del talento de la OMS, el Stellis, basado en la nube. Como resultado, el tiempo promedio para cubrir los puestos vacantes se había reducido de ocho a cinco meses.

240. En cuanto a la paridad de género, las mujeres seguían ocupando 51% de todos los cargos profesionales dentro de la Organización. Se había logrado la paridad al nivel P-4, ya que las mujeres ocupaban 49% de los puestos; sin embargo, había necesidad de mejoramiento con respecto a los puestos a nivel P-5 y superiores, donde la mayoría de los cargos eran desempeñados por hombres. Estaban en marcha varias iniciativas para asegurar que se tuviese en cuenta el género en los procesos de selección y contratación. Como resultado de esas iniciativas, la proporción de mujeres nombradas para ejercer cargos de plazo fijo había pasado de 49% en el 2017 a 56% en el 2018. Se había iniciado un programa de certificación en gerencia y liderazgo, impartido conjuntamente con la Escuela Superior del Personal del Sistema de las Naciones Unidas, encaminado a ayudar al personal de nivel P-4 a adquirir las aptitudes de gestión necesarias para una futura promoción.

241. En respuesta a las inquietudes expuestas en oportunidades anteriores por los Estados Miembros, se habían adoptado medidas para preservar la memoria institucional de la Organización. Todo el personal que se jubilaba, que rotaba entre lugares de destino o que dejaba de trabajar en la Organización de alguna otra manera, tenía que elaborar un informe obligatorio de salida estandarizado. Se esperaba que la inquietud por la jubilación de profesionales difíciles de reemplazar sería abordada mediante el plan de sucesión y otras iniciativas. También se esperaba que al haber aumentado la edad de jubilación obligatoria, la mayoría de los funcionarios que podían optar por jubilarse a los 60 o 62 años de edad decidieran permanecer en sus puestos hasta llegar a los 65 años.

242. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito las actividades emprendidas para aplicar la estrategia del personal y mejorar la paridad de género en la Oficina. Se solicitó información acerca de la amplitud de las mejoras logradas en la representación geográfica y en el fortalecimiento de la paridad de género entre el personal, debido a las nuevas prácticas de contratación. Se instó a la Oficina a que prosiguiera con sus iniciativas para aumentar la paridad de género y mejorar la manera de llegar hasta los posibles aspirantes a cargos que se encuentran en Estados Miembros subrepresentados en el personal de la Oficina. Se pidió información acerca del estado de la ejecución de la iniciativa sobre la paridad de género.

243. Los delegados expresaron inquietud acerca de ciertos métodos de contratación. Una delegada preguntó por qué cada vez era más frecuente que se contratara a funcionarios jubilados como consultores temporeros. Otro delegado observó una supuesta falta de control de calidad y de criterios de selección respecto de los contratos a corto plazo. Aunque las transferencias interinstitucionales eran bien recibidas, ya que estas permitían al personal desplazarse entre la OPS y la OMS, el mismo delegado señaló que los resultados de una encuesta entre funcionarios de la OPS señalaban una falta de oportunidades de movilidad profesional como un factor que reducía la motivación del personal. Instó a la Oficina a que siguiera buscando maneras de brindar oportunidades de desarrollo del personal dentro de la Organización, por ejemplo, por medio de misiones o asignaciones breves. Subrayó la necesidad de transmitir los resultados de la encuesta del personal a los Estados Miembros, ya que contenían información valiosa que podría facilitar el debate y

mejorar la toma de decisiones. Por último, solicitó información sobre el proceso de contratación para el Mediador.

244. La doctora Barillas explicó que ya se habían llevado a la práctica algunos aspectos de la iniciativa de paridad de género; otros estaban planificados para el nuevo bienio, una vez que estuviese disponible el financiamiento procedente del nuevo presupuesto. El empleo de funcionarios jubilados era una manera útil de cubrir temporalmente puestos esenciales, en especial aquellos que quizá no se necesitasen a largo plazo. Se trataba también de una medida provisional hasta que pudiera determinarse si el puesto todavía existiría de conformidad con el nuevo Plan Estratégico 2020–2025 y, en ese caso, la contratación temporal duraría hasta que pudiese iniciarse la selección y encontrar el mejor candidato. Con respecto a las inquietudes relativas a los criterios y los procesos de selección para los contratistas a corto plazo, señaló que se había agregado un paso más al proceso en el PMIS. El Departamento de Recursos Humanos verificaba que se contara con la información y la documentación necesarias sobre los antecedentes y que cumplieran con las normas mínimas de la Oficina.

245. Aunque los resultados de la encuesta del personal no se habían incluido en el informe presentado al Comité, se habían divulgado ampliamente entre el personal y la gerencia. Se estaban preparando planes de acción para los departamentos, oficinas y entidades pertinentes con la finalidad de tratar los problemas planteados. Por último, si bien era cierto que la movilidad profesional y las oportunidades de desarrollo eran limitadas, esto se debía en gran parte a la naturaleza técnica específica de las funciones de la Oficina. El alcance de la movilidad también era limitado porque el personal tendía a quedarse en sus puestos por muchos años. La Oficina estaba estudiando maneras de aumentar las oportunidades de promoción y de movilidad profesional, por ejemplo, mediante misiones especiales, proyectos a corto plazo, intercambios y transferencias, teniendo en cuenta las limitaciones en los recursos asignados a esa finalidad.

246. La Directora aseguró a los Estados Miembros que la Gerencia Ejecutiva, la Asociación de Personal y el personal mismo de la Oficina se estaban esforzando para asegurar que la Organización contara con las combinaciones apropiadas de pericia técnica y de otro tipo requeridas para cubrir las necesidades actuales y nuevas de los Estados Miembros. Sin embargo, era importante lograr que la Organización fuese innovadora, ágil y lo bastante flexible como para responder a sus objetivos y requisitos programáticos en constante cambio. En un momento en el que los mandatos de la Organización estaban aumentando exponencialmente, a la vez que sus recursos financieros no aumentaban, los nombramientos temporales o de corto plazo eran una necesidad. Con frecuencia, en las representaciones en los países se contrataba temporalmente a jubilados ya que no había suficientes personas hispanohablantes en la nómina de la OMS para los representantes en los países. Se había emprendido un proceso interno para remediar esta situación.

247. Agregó que su meta era crear un entorno de trabajo respetuoso y enriquecedor, con una fuerza laboral feliz, facultada, motivada y experta. Con esa finalidad, en el 2018, se habían celebrado 22 reuniones abiertas con cada departamento y unidad, en las que se había

instado al personal a que hablara de sus inquietudes y aspiraciones. Dijo que tomaba muy en serio los resultados de la encuesta sobre el compromiso del personal y había dado instrucciones a los gerentes para que consideraran los resultados con sus equipos respectivos y elaboraran los planes de acción necesarios. Asimismo, se estaba preparando un plan de acción a nivel institucional. Sin embargo, era importante observar que tanto el personal de plazo fijo como los funcionarios contratados por medio de otros mecanismos contractuales habían participado en la encuesta sobre el compromiso del personal, que había generado una variedad de observaciones y quejas.

248. Las posibilidades limitadas de movilidad profesional seguían siendo un problema. Había demasiados funcionarios estancados en el nivel P-4 con pocas oportunidades de avance debido a que carecían de competencias de gestión. Por consiguiente, era necesario aumentar las aptitudes de gestión y lograr que las personas obtuvieran mejores resultados cuando se postulaban para puestos de nivel P-5 y más altos.

249. El período quinquenal de funciones del mediador actual ya había finalizado. Se había iniciado el proceso para contratar a un nuevo mediador, pero dos candidatos iniciales habían retirado sus postulaciones. Por consiguiente, se había reanudado la búsqueda.

250. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE164/29)

251. La señora Ana Carolina Báscones (Secretaria General, Asociación de Personal de la OPS/OMS) afirmó el compromiso del personal con la misión y los valores de la Organización, al señalar que la interacción entre el personal y la gerencia se caracterizaba por la colaboración y el esfuerzo para lograr el consenso, en particular en el debate de las políticas. También señaló que la Asociación de Personal representaba al personal a todos los niveles, incluidos los gerentes, el personal de la Sede y de las representaciones en los países. Sus representantes eran todos voluntarios. Por ejemplo, en los comités de selección de personal, participaba voluntariamente un representante de la Asociación.

252. A la Asociación de Personal le complacía observar las expresiones de interés del Comité Ejecutivo por el futuro del personal del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) (véanse los párrafos 183 a 195 anteriores). La Asociación había adoptado medidas a fin de asegurar que esos funcionarios recibieran el apoyo necesario para facilitar su reubicación o indemnización.

253. El Comité también había destacado la importancia de la paridad de género. De acuerdo con el punto de vista de la Asociación de Personal, la paridad de género significaba más que sencillamente conseguir que las mujeres constituyeran el 50% del personal a todos los niveles. Era importante también lograr que se aplicara una perspectiva de género a todos los aspectos del trabajo de la Organización. Luchar contra los prejuicios por razones de sexo —incluido el sesgo inconsciente— era también importante, así como lo era asegurar

el respeto mutuo y la prevención del acoso sexual y otras conductas inadecuadas en el lugar de trabajo. Con esa finalidad, la Asociación había producido una serie de videos sobre los comportamientos inapropiados en el lugar de trabajo y había organizado sesiones de capacitación para que el personal supiera cómo denunciar estos comportamientos y adónde debía acudir para recibir apoyo. La Asociación recibió con agrado la introducción de la iniciativa Plus@PAHO, que ofrecía al nuevo personal información pertinente acerca de una variedad de asuntos, entre ellos el sistema interno de gestión de conflictos.

254. La Organización tenía numerosos funcionarios que habían dedicado toda su vida laboral a la administración pública internacional. Esas personas habían hecho una contribución sustancial al conocimiento colectivo y a la memoria institucional de la Organización, y sería importante hacerles sentir que podían opinar sin temor y que sus aportes eran valiosos.

255. La señora Báscones señaló que, en el contexto de recursos limitados y de cero crecimiento del presupuesto, se estaba tornando cada vez más difícil para el personal seguir haciendo más con menos. No obstante, el personal continuaba firmemente comprometido con su trabajo y con el avance de la misión de la Organización.

256. En el debate que siguió, se señaló que hasta los gestos pequeños podrían contribuir mucho a que el personal se sintiera apreciado, lo que era esencial para la eficacia de la Organización. Se consideraba importante conseguir que el trabajo del personal a todos los niveles fuese reconocido de manera sistemática.

257. La Directora expresó su agradecimiento a la Asociación de Personal por su buena disposición continua a colaborar con ella a fin de mejorar las condiciones para el personal y permitirles tener el mejor desempeño posible. Aunque no siempre estaba de acuerdo con los puntos de vista de la Asociación, había aprendido mucho de sus líderes, y respetaba y valoraba su asesoramiento.

258. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Asuntos de información general

Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS (documento CE164/INF/1)

259. El doctor Marvin Manzanero (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que la Región había mantenido un diálogo de alto nivel con la OMS acerca de su agenda de transformación. Una vez que la agenda de transformación estuviese terminada, la Oficina determinaría qué aspectos deberían llevarse a la práctica en la Región. La Oficina también brindaría apoyo a la ejecución por parte de la OMS de la reforma de las Naciones Unidas, al tiempo que se protegería la condición y la función de la OPS como organismo especializado en salud del sistema interamericano. También se había informado al

Subcomité que el total del anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2020-2021 era de \$4.700 millones, un aumento de 8% con respecto al bienio 2018-2019. La asignación propuesta para las Américas era de \$219 millones, cifra 15% superior a la del bienio 2018-2019. No obstante, la proporción asignada a la Región del presupuesto total de la OMS seguía siendo la más pequeña de todas las regiones de la OMS.

260. Los Miembros del Subcomité habían expresado su agradecimiento por las iniciativas de la Oficina para mantener la comunicación y la colaboración dinámicas y eficaces con la OMS. Se había elogiado el compromiso de la Oficina con el apoyo a las reformas de la OMS y las Naciones Unidas. Asimismo, se había expresado inquietud ante la proporción pequeña asignada a la Región en el presupuesto de la OMS. Se había señalado que si bien la asignación presupuestaria a la Región había aumentado en los dos últimos bienios, la cantidad recibida realmente había permanecido casi constante, lo que significaba en efecto que la proporción del total se había reducido.

261. El Comité Ejecutivo también expresó inquietud acerca de la porción del presupuesto de la OMS asignada a la Región y varios delegados señalaron que, por varios decenios, la OPS no había recibido la totalidad de su asignación presupuestaria. Se consideraba que era importante para los Estados Miembros de la OPS seguir solicitando con insistencia mayor financiamiento de la OMS, no solo abogando por el financiamiento en la Asamblea Mundial de la Salud, sino también dirigiéndose al liderazgo de la OMS. A este respecto, una delegada recordó que el tema se había planteado en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de este año, y que el Director General de la OMS había estado de acuerdo en establecer un grupo de trabajo integrado por los equipos encargados del presupuesto en la OMS y en la OPS para examinar la situación. Subrayó la necesidad de conseguir que el liderazgo de la OMS y el de la OPS mantuvieran ese acuerdo, y expresó la esperanza de que las deliberaciones del grupo de trabajo se tradujeran en la asignación efectiva de más recursos a la Región.

262. Aunque se reconoció la necesidad de proteger la condición constitucional de la OPS como organismo especializado del sistema interamericano, se subrayó que, en su calidad de Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas, la OPS debía seguir participando en las actividades de reforma del sistema de las Naciones Unidas y apoyándolas, por ejemplo, mediante la colaboración cercana con los coordinadores residentes a nivel de país. Esta coordinación se consideraba de particular importancia para ayudar a los países a que trataran de resolver los retos planteados por la migración poblacional. Al mismo tiempo, se reconoció que la OPS y la OMS necesitaban cierto grado de flexibilidad con respecto al sistema de coordinadores residentes para llevar a cabo su trabajo de manera eficaz y responder a las necesidades urgentes de los gobiernos y los donantes sobre el terreno. Se señaló que la participación en las principales actividades comunes con el sistema de las Naciones Unidas podría generar eficiencias y reducción de costos, y se pidió a la Oficina que informara si la OPS había previsto participar en las operaciones comunes a nivel de país. También se solicitó a la Oficina que explicara cómo iba a lograr la consonancia con el nuevo modelo operativo de la OMS.

263. Se elogió el apoyo prestado por la Oficina a las iniciativas para lograr la cobertura universal de salud basada en la atención primaria de salud y se instó a seguir promoviendo el diálogo sobre este asunto, prestando especial atención a los retos asociados con la migración en la Región.

264. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) dijo que la Oficina apreciaba los esfuerzos de los Estados Miembros para que la Región recibiera la totalidad de su asignación presupuestaria de la OMS. Todavía no lo habían invitado a participar en el grupo de trabajo mencionado en el debate, pero haría el seguimiento con sus colegas de la Secretaría de la OMS. Asimismo, le complacería invitar a su contraparte en la OMS a que asistiera al 57.º Consejo Directivo para participar en el diálogo con los Estados Miembros de la OPS. La Oficina examinaría en detalle los cambios que se estaban haciendo en la estructura orgánica de la OMS para determinar cuáles serían apropiados a nivel regional.

265. La Directora agregó que el Grupo Mundial de Políticas había estado de acuerdo en que las oficinas regionales estarían en consonancia con la nueva estructura orgánica de la OMS a un nivel estratégico, pero no necesariamente en cuanto a los detalles. De hecho, la Oficina ya estaba bien alineada en cuanto a la responsabilidad de los programas técnicos, que dependían del Director General Adjunto en la Secretaría de la OMS y del Subdirector en la Oficina. Las funciones administrativas y de apoyo también estaban bien alineadas.

266. A nivel de país, la capacidad ya era bastante fuerte en la Región de las Américas; por consiguiente, los cambios efectuados en ese sentido posiblemente no serían tan marcados como en otras regiones. De igual manera, la Región estaba más avanzada que otras en algunas áreas programáticas, en particular, en la de preparativos para situaciones de emergencia y reducción de riesgos. Si bien la Oficina se esforzaría por lograr la consonancia entre la OPS y la OMS en la medida de lo posible, también tendría cuidado de conseguir que la Región no retrocediera en cuanto al nivel del desarrollo ya logrado. Seguiría intercambiando experiencias regionales con miras a fortalecer el trabajo de la OMS en la sede y en otras regiones.

267. La Oficina estaba participando activamente en los equipos de las Naciones Unidas en los países y estaba comprometida a colaborar con los coordinadores residentes para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. En su calidad de Oficina Regional de la OMS, buscaría la consonancia con la reforma de las Naciones Unidas y la apoyaría en la medida de lo posible, dada la condición jurídica separada de la OPS, su estructura de gobernanza, su sistema de rendición de cuentas y sus marcos de presentación de informes. Seguiría colaborando con los coordinadores residentes en las actividades conjuntas acordadas y se esforzaría por sincronizar la redacción de las estrategias de cooperación en los países de la OPS con la redacción del marco de cooperación de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible, con la finalidad de asegurar que en dicho marco se asignara la debida prioridad a los temas de salud. Sin embargo, retendría su prerrogativa de colaborar directamente con los gobiernos y los

asociados clave en asuntos relacionados con la salud. En este sentido, era importante señalar que no todas las actividades de la OPS estaban representadas en el marco.

268. Al igual que la OMS, la Oficina seguiría analizando la factibilidad de las operaciones institucionales comunes caso por caso. Sin embargo, los Estados Miembros debían ser conscientes de que la OPS a menudo terminaría por pagar más bajo esos arreglos. Obviamente, la combinación de las operaciones institucionales en tales casos no sería eficaz en función de los costos. La participación de la OPS en el marco no implicaría ningún compromiso de recursos financieros de la OPS. Las contribuciones financieras pagaderas al marco, incluso el requisito de compartir los costos para el sistema de coordinadores residentes y la recaudación del 1% de las contribuciones voluntarias de la OMS, serían costeadas por la OMS para todas las regiones, incluida la de las Américas.

269. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Seguimiento de las resoluciones y los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE164/INF/2)

270. La señora Mónica Zaccarelli Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) recordó que en el 55.º Consejo Directivo se había examinado un informe preparado por la Oficina acerca del estado de la aplicación de las resoluciones aprobadas en años anteriores. El Consejo había pedido a la Oficina que presentara una actualización cada tres años. En el documento CE164/INF/2 se había presentado la primera actualización ya que el informe inicial se había elaborado en el 2016. Esta actualización se refería a las resoluciones adoptadas entre 1999 y el 2018. La Oficina había aplicado la misma metodología y los mismos criterios del documento del 2016 para clasificar las resoluciones como vigentes, vigentes con condiciones o cerradas. De las 163 resoluciones analizadas, 92 se habían caracterizado como vigentes y 13 como vigentes con condiciones; 58 resoluciones se habían considerado cerradas.

271. El Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento a la Oficina por su análisis y recibió con beneplácito el uso de una metodología uniforme para evaluar el estado de las resoluciones. Se instó a la Oficina a que transmitiera la metodología a la Secretaría de la OMS. Se apoyó el cierre propuesto de 58 resoluciones. Al mismo tiempo, se expresó preocupación acerca de la proliferación de estrategias, planes de acción y documentos de política sometidos a la consideración de los Cuerpos Directivos. Se señaló que el Plan Estratégico y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas representaban un mandato integral, y que las diversas áreas programáticas no necesitaban estrategias ni planes especiales, cada uno con sus propios requisitos en materia de informes, para poder prestar la asistencia técnica. Una delegada observó que la mayor proporción de las resoluciones analizadas guardaban relación con el liderazgo, la gobernanza y las funciones habilitadoras; por lo tanto, se subrayaba la necesidad de analizar el contenido de esas resoluciones a fin de determinar la posible superposición y duplicación de los asuntos tratados.

272. La señora Zaccarelli Davoli, al aceptar la sugerencia de que la Oficina transmitiera la metodología de análisis a la OMS, afirmó que la metodología facilitaba el análisis adecuado y la ponderación de los temas presentados a los Cuerpos Directivos. Asimismo, aportaba un instrumento para establecer cuáles serían los temas estratégicos prioritarios que se someterían a consideración en el futuro. Señaló que el predominio de las resoluciones relacionadas con el liderazgo, la gobernanza y las funciones habilitadoras no indicaba ninguna prioridad de esos temas con respecto a los temas técnicos; más bien, esto reflejaba el hecho de que los Cuerpos Directivos se ocupaban de todos los aspectos de la Organización, no solo de los asuntos técnicos.

273. La Directora reconoció las observaciones con respecto a la proliferación de estrategias, planes de acción y resoluciones, y estuvo de acuerdo en que, en muchos casos, el Plan Estratégico aportaba la orientación adecuada para el trabajo de la Oficina. Señaló, sin embargo, que los Estados Miembros seguían solicitando nuevas estrategias y planes de acción, aunque también era cierto que algunas veces estas solicitudes se hacían a instancias de funcionarios de la Oficina, quienes temían que, sin un mandato concreto para la acción en un área particular, no sería posible contar con financiamiento. Opinó que en algunos casos era necesario buscar orientación adicional de los Estados Miembros con respecto a las líneas particulares de acción y las metas que ellos deseaban alcanzar. No obstante, la Oficina colaboraría con los Estados Miembros para considerar con más cuidado las estrategias y los planes de acción que se recomendarían en el futuro.

274. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (documento CE164/INF/3)

275. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) presentó el informe para actualizar el progreso de los Estados Miembros en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, y examinó las actividades emprendidas por los Estados Partes y la Oficina para fortalecer las capacidades básicas del RSI y responder a los eventos agudos de salud pública. Asimismo, en el informe se destacaban las medidas necesarias para mejorar la situación. Le complacía informar que, en el 2018, todos los Estados Partes habían presentado por escrito sus informes anuales obligatorios y que 94% de ellos ya habían presentado sus informes correspondientes al 2019. La mayoría de esos informes se habían preparado con la nueva herramienta de autonotificación.

276. Una tercera parte de todos los eventos agudos de salud pública notificados en todo el mundo a lo largo del período de notificación (de julio del 2018 a abril del 2019) habían ocurrido en países de la Región de las Américas. De esas notificaciones, solo la mitad provenía de las autoridades nacionales; la otra mitad provenía de otras fuentes. Estas últimas notificaciones se habían remitido a los Estados pertinentes, la mayoría de los cuales había respondido en un plazo de 48 horas. Los riesgos infecciosos habían representado el 81% de los eventos notificados.

277. En el transcurso del período de notificación, se había logrado el mejoramiento continuo de las capacidades básicas del RSI, incluso las relacionadas con las emergencias químicas y radiológicas. No obstante, todavía quedaban algunos motivos de preocupación, en particular la presencia del sarampión en la Región. Algunos Estados del Caribe habían encontrado dificultades relacionadas con algunos navíos y viajeros, que habían afectado el turismo en esos países. La Oficina estaba trabajando con esos Estados para hacer frente a las dificultades.

278. Un número cada vez mayor de Estados había emprendido varias evaluaciones externas voluntarias, además de simulacros y exámenes posteriores a la acción. Once Estados de la Región habían expresado interés en llevar a cabo evaluaciones externas voluntarias en el 2019 y tres estaban haciéndolo en este momento.

279. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el progreso logrado en la aplicación del Reglamento y el fortalecimiento de las capacidades básicas en la Región, aunque los delegados reconocieron que era necesario seguir trabajando para lograr y mantener la aplicación plena. Los delegados también reconocieron que la aplicación era una responsabilidad conjunta que exigía un enfoque multisectorial colaborativo como parte de las actividades para lograr la cobertura universal de salud. Se observó la necesidad de aumentar la transparencia y la rendición de cuentas mutuas en la aplicación del Reglamento. Se expresó preocupación acerca de las fallas y los retrasos en la notificación y la respuesta a los brotes de enfermedades y otros eventos. Se instó a los Estados Partes a que intensificaran sus actividades para asegurar una respuesta transparente y oportuna a todas las emergencias de salud pública de importancia internacional. Asimismo, se instó a los Estados Partes a que formularan planes nacionales de acción para mejorar la seguridad en el ámbito de la salud. Se solicitó a la Oficina que siguiera prestando apoyo a las actividades de los Estados Partes para aplicar el Reglamento y fortalecer su capacidad de vigilancia epidemiológica. La aplicación rigurosa del RSI y la respuesta inmediata se consideraban como fundamentales en el contexto de la migración masiva que estaba ocurriendo en algunas partes de la Región. Un delegado pidió que se estableciera un cerco epidemiológico en la República Bolivariana de Venezuela para prevenir la propagación de enfermedades.

280. Se destacó el valor de las evaluaciones externas voluntarias y se instó a los Estados que no habían efectuado este tipo de evaluación a que la hicieran. Los delegados instaron a la Oficina a que siguiera apoyando a los Estados Miembros en la realización de las evaluaciones y la utilización de otras herramientas incluidas en el marco de seguimiento y evaluación del RSI. Aunque se reconocía la utilidad potencial de las tres herramientas voluntarias de seguimiento del marco, una delegada subrayó que la autoevaluación y los informes anuales deberían seguir siendo el único requisito para los Estados Partes.

281. El doctor Ugarte, al observar que solo dos Estados Partes de la Región de las Américas todavía no habían presentado sus informes anuales correspondientes al 2019, destacó que las emergencias de salud pública debían detectarse y controlarse a nivel nacional. Era motivo de preocupación que apenas 55% de los informes sobre eventos

ocurridos en el período abarcado por el informe provenían de funcionarios de los Estados Partes. El resto se había recibido por canales confidenciales y la OPS había informado sobre ellos para que todos los Estados estuviesen conscientes de la posible amenaza. La Oficina, desde luego, seguiría apoyando las iniciativas de los Estados Miembros, pero la responsabilidad máxima del cumplimiento del Reglamento recaía en los Estados mismos.

282. La Directora, haciéndose eco de las observaciones del doctor Ugarte, afirmó que los Estados Partes eran fundamentalmente los responsables de informar acerca de los eventos en virtud del Reglamento Sanitario Internacional. Cuanto más pronto se notificaran los eventos, más pronto sería posible alertar a otros Estados a fin de que se adoptaran las medidas pertinentes destinadas a controlar las amenazas a la salud pública. Subrayó la importancia de los simulacros e instó a todos los Estados Miembros a que los organizaran. Aseguró al Comité que la Oficina estaba preparada para apoyar a los Estados en las iniciativas conjuntas a fin de velar por la seguridad en materia de salud a los niveles nacional, regional y mundial.

283. El Comité tomó nota del informe.

La atención primaria de salud hacia la salud universal (documento CE164/INF/4, Rev. 1)

284. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el tema y señaló que, a lo largo de 40 años, la Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional de 1978 sobre la Atención Primaria de Salud, había guiado las iniciativas de la Región de las Américas a fin de lograr que la salud para todos fuese una realidad. La atención primaria de salud también había sido la piedra angular del desarrollo de los sistemas de salud en la Región. Desde el inicio, en el 2005, del proceso de renovación de la atención primaria de salud hasta la adopción de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en el 2014, los Estados Miembros de la OPS habían integrado la visión, los valores fundamentales y los principios de la atención primaria de salud en los principales mandatos de la Organización. Los Estados Miembros de la Región de las Américas también habían participado plenamente en el llamamiento mundial para la renovación de la atención primaria de salud, mediante su participación activa en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en el 2018 en Astaná (Kazajstán), y habían hecho aportes significativos a la declaración sobre la atención primaria adoptada en esa ocasión.

285. Además, la Directora había establecido un foro regional y una comisión de alto nivel sobre “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. A esta comisión de alto nivel, liderada por la doctora Michelle Bachelet, expresidenta de Chile, y el Embajador Néstor Méndez, Subsecretario General de la Organización de los Estados Americanos, se le había encomendado la tarea de examinar los logros y las enseñanzas extraídas desde Alma-Ata y de analizar la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades actuales y futuras.

286. En su informe, la Comisión había reconocido que la Región no había cumplido la meta de Alma-Ata de lograr la salud para todos por diversos factores, como las asimetrías persistentes en los países y los obstáculos al acceso a los servicios de salud, los mecanismos de protección social que no habían abordado de manera adecuada las inequidades y los procesos de transformación de los sistemas de salud que no habían adoptado la estrategia de atención primaria de salud. Por otro lado, los programas de reforma no habían prestado suficiente atención a la salud pública ni a los procesos de la determinación social de la salud. La Comisión había reafirmado que la atención primaria de salud era un camino necesario y sostenible hacia el logro de la salud universal y había subrayado que la “salud para todos” seguía siendo un imperativo válido y fundamental en la Región.

287. En respuesta al informe de la Comisión, la Directora había emitido un llamamiento a la acción en la Región de las Américas por medio del Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal, 30-30-30. En el Pacto, se instaba a los países a comprometerse a transformar sus sistemas de salud para que, en el 2030, estuviesen basados en la atención primaria de salud; a emprender una iniciativa concertada para reducir en un 30% los obstáculos al acceso; y asignar al menos 30% de la inversión pública en el ámbito de la salud al primer nivel de la atención, al tiempo que se fortalecían las redes integradas de servicios de salud.

288. El informe de la Comisión de Alto Nivel y el Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud aportaban información importante para la participación activa de los Estados Miembros de la OPS, la sociedad civil y los interesados directos clave en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca de la cobertura universal de salud, que se celebraría en septiembre del 2019. La Oficina instó a los Estados Miembros a trabajar para garantizar que la declaración política que se adoptase en esa reunión reflejase el contexto, los retos y la visión de la Región para transformar los sistemas de salud, con énfasis en la atención primaria de salud, a fin de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

289. En el debate que siguió, los Miembros del Comité recibieron con agrado el informe y agradecieron a la Oficina por su participación activa en las iniciativas para el avance de la atención primaria de salud, afirmando que la atención primaria de salud fuerte, sostenible, centrada en las personas y receptiva a las cuestiones de género era esencial para lograr la cobertura universal de salud, reducir las disparidades en materia de salud y proteger la salud pública y la seguridad nacional. Una delegada señaló que los países debían elegir su propio camino para el desarrollo de la atención primaria de salud y adaptar sus sistemas de salud a su contexto nacional. También subrayó la necesidad de adoptar un enfoque que abarcara a toda la sociedad y destacó la importancia de las alianzas con organizaciones de la sociedad civil, comunitarias, religiosas y del sector privado. Solicitó que el documento se refiriera no solo a la regulación del sector privado sino también a la colaboración con este sector y que era necesario modificar algunas de las referencias al “derecho a la salud” para reflejar la redacción utilizada en la Constitución de la OMS. Otra delegada afirmó que su país consideraba a la salud como un derecho humano básico y estaba comprometido a colaborar con la Oficina para hacer del acceso a la salud y el

derecho a la salud una realidad para todos, no solo en su país sino en toda la Región. Se expresó apoyo para la iniciativa sobre la atención primaria de salud 30-30-30, pero también se solicitó más información sobre la participación de los Estados Miembros en ella.

290. El doctor Fitzgerald señaló que los países de la Región habían demostrado reiteradamente su compromiso firme con la atención primaria de salud como la ruta preferida hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Veintiocho países habían hecho aportes para la declaración de Astaná, 26 de ellos de la Región de las Américas, lo que revelaba el alto nivel de participación en los debates en torno a este tema.

291. En los debates de la Comisión de Alto Nivel se había reconocido la función del sector privado, en particular en algunas actividades del sistema de salud y la prestación de servicios. La Comisión había analizado las funciones en las que el sector privado podría aportar un verdadero valor agregado, al tiempo que examinó las inquietudes relacionadas con su posible función en el financiamiento y la exacerbación de las inequidades que podrían ocurrir como resultado de los mecanismos débiles de gobernanza del sector privado. La Oficina reconocía el importante papel del sector privado y otros actores sociales en la prestación de los servicios de salud. Una gama de actores había participado en el foro regional convocado por la Directora, entre ellos varios representantes del sector privado, la comunidad académica y las ONG.

292. El Pacto representaba la respuesta de la Organización a algunas de las prioridades establecidas por la Comisión. Se centraba en la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud como un medio de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Las metas planteadas en el Pacto eran las que se establecían en el Plan Estratégico de la OPS. En los momentos, la Oficina estaba examinando la situación regional, de acuerdo con los datos de las cuentas nacionales de salud y las encuestas que los Estados Miembros estaban realizando para medir los obstáculos al acceso; pronto se daría a conocer un informe sobre el tema.

293. Con respecto a los cambios al documento que se habían solicitado, el doctor Fitzgerald dijo que la Oficina ajustaría la redacción en los casos en que se mencionaban documentos de la OPS. Observó, sin embargo, que algunos párrafos se habían escrito de acuerdo con el informe de la Comisión y otras fuentes.

294. La Directora agradeció a los Estados Miembros el compromiso que habían demostrado con respecto al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Al señalar que la Región había sido líder en el tema, instó a los gobiernos a promover la plena participación de sus misiones en Nueva York en la redacción del documento y la declaración para la próxima reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Era importante asegurar que la voz de la Región estuviese reflejada de manera adecuada en los documentos que se presentarían en la reunión.

295. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes: Informe final (documento CE164/INF/5)

296. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) presentó el informe final, que describía algunas de las iniciativas emprendidas en el marco de la *Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes 2008-2018* y presentó un panorama del progreso logrado con respecto a la salud de los adolescentes y los jóvenes en la Región. Entre otros adelantos, la Región había reforzado su capacidad institucional de formulación de políticas, lo que quedaba demostrado por el hecho de que 93% de los países y territorios de la Región de las Américas habían elaborado políticas y planes sobre salud de los adolescentes y los jóvenes y, en el 2017, habían empezado la actualización o la convergencia de esos planes y políticas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de conformidad con la nueva orientación de la OMS.

297. En el período abarcado por la estrategia y plan de acción se había observado un aumento de la disponibilidad de datos relativos a la salud de los adolescentes y los jóvenes, lo que incluía un informe regional elaborado por la OPS con los perfiles de los países, publicado en el 2018.¹⁰ Se habían ejecutado intervenciones prometedoras relacionadas con escuelas nuevas, la familia y los jóvenes. El trabajo destinado a fortalecer la capacidad del sistema de salud de la Región para satisfacer las necesidades de los adolescentes y los jóvenes había sido una prioridad en el período considerado. En el informe se señalaron algunos adelantos en la capacitación de recursos humanos y en la formulación y seguimiento de las normas de calidad aplicadas en los servicios de salud para ese grupo de población. No obstante, también se reconocía que los pasos dados no habían mejorado significativamente la salud de la población joven en la Región. Los adolescentes seguían encontrando obstáculos considerables para recibir servicios de salud de buena calidad adaptados a sus necesidades. No se había registrado ningún cambio en la mortalidad de la población joven por causas prevenibles como el homicidio, el suicidio y los accidentes de tránsito, mientras que la tasa de fecundidad en los adolescentes había descendido lentamente.

298. Sin duda, todavía quedaba mucho por hacer para lograr que todos los adolescentes de la Región no solo sobrevivieran sino que también prosperaran en un entorno que fomentase su desarrollo. Ahora era un buen momento para considerar las medidas que deberían tomarse para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes, ya que en la actualidad es posible contar con mayor cantidad de datos científicos y con más oportunidades de orientación acerca de cuáles son las mejores intervenciones. La población actual de 10 a 24 años es la más numerosa en la historia de la Región y es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La inversión en la salud de la población joven ofrecería un beneficio triple: adolescentes sanos hoy, adultos sanos mañana y generaciones sanas en el futuro.

¹⁰ La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescente y jóvenes (2010-2018). Washington, DC.: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49545>.

299. El Comité recibió con agrado los esfuerzos de la Oficina para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, y se elogió el progreso logrado, al tiempo que se observó que quedaba mucho trabajo por delante para reducir los riesgos que se plantean a este grupo tan vulnerable, como los comportamientos sexuales riesgosos, consumo de sustancias psicoactivas, violencia, salud mental y suicidio, embarazo precoz, accidentes de tránsito y desigualdades en el acceso a la atención de salud. Los delegados expresaron inquietud acerca de la mortalidad cada vez mayor en la población joven, en particular en los varones, en la Región de las Américas. Se señaló que el informe no mencionaba la violencia contra la población infantil y la población joven ni la violencia de género, a pesar de que los embarazos en menores de 15 años solían ser el resultado de la violencia sexual. Se instó a la Oficina a que se agregara al informe lo que ya se estaba haciendo en ese sentido.

300. También se expresó preocupación por la tasa de fecundidad relativamente alta en las adolescentes y su disminución lenta, en especial en la población indígena, rural y de menor nivel de escolaridad en América Latina y el Caribe. Los delegados pidieron que se promovieran la salud sexual y reproductiva y la protección de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y las niñas. Una de las delegadas ofreció transmitir la experiencia exitosa de su país para reducir el embarazo en adolescentes. La misma delegada señaló que no necesariamente hacían falta más recursos para mejorar la salud de los adolescentes; a menudo bastaba con adaptar los servicios de salud a las necesidades particulares de ese grupo etario. Otro delegado destacó la necesidad de adoptar enfoques que tuvieran en cuenta la diversidad cultural y étnica.

301. Un delegado declaró que su gobierno no podía respaldar todas las intervenciones para mejorar la salud de los adolescentes mencionadas en la meta 5 de la estrategia, y afirmó que la salud sexual y reproductiva era un mandato que, a menudo, se había usado equivocadamente para promover el aborto. Su gobierno no reconocía el aborto como un método de planificación familiar; en cambio, apoyaba los programas de salud y educación que facultarían a la población joven para evitar el riesgo sexual y el embarazo precoz, así como las infecciones de transmisión sexual. Recomendó usar las escuelas como una plataforma equitativa y eficaz para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, y alentó a la Oficina a que reforzara los vínculos con los prestadores de atención de salud mediante intervenciones en las escuelas.

302. El doctor De Francisco Serpa observó que los Estados Miembros estaban de acuerdo en que la población infantil y adolescente constituía un grupo vulnerable y que el mejoramiento de su salud debería ser una prioridad. Estaba claro que los adolescentes no eran simplemente adultos pequeños o niños grandes; formaban un grupo de población diferenciado con características especiales que tenían que abordarse por conducto de sistemas y servicios de salud adaptados a sus necesidades. Había también una necesidad evidente de abordar los determinantes sociales y los obstáculos por razones de género. Estuvo de acuerdo en que los entornos que fomentan la salud, en particular las escuelas, eran sumamente importantes. En efecto, las escuelas podrían ser plataformas para promover los comportamientos saludables, impartir educación y promover la salud de

manera integral, no solo entre los estudiantes, sino también entre los maestros y en la comunidad en general.

303. Señaló que, por tratarse de un informe final, en el documento no se proponían nuevas intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva; sencillamente se informaba sobre las medidas adoptadas. Sin duda, no había habido intención alguna de caracterizar al aborto como un método de planificación familiar. A este respecto, recomendó a los delegados que consideraran la redacción adoptada en el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*, aprobado por los Estados Miembros en el 2018.¹¹

304. La Directora dijo que el informe final le había causado mucha tristeza. La tasa elevada de embarazos en adolescentes, el aumento de la obesidad, el consumo cada vez mayor de alcohol y sustancias psicoactivas, y las tasas altas de homicidios, suicidios y mortalidad en adolescentes y jóvenes la llevaban a preguntarse si la Región estaba adoptando las estrategias adecuadas y utilizando un enfoque lo suficientemente multisectorial para abordar los determinantes sociales de salud de los adolescentes y los jóvenes. Era esencial determinar cuáles eran las enseñanzas extraídas de la aplicación de la estrategia y plan de acción para fundamentar el trabajo que se haría de acuerdo con el nuevo *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes*. Por consiguiente, encargaría al personal de la Oficina que organizara debates más exhaustivos y que analizara los problemas que inciden en la salud de los adolescentes y los jóvenes. También instó a los Estados Miembros a que prestaran atención más específica a esos problemas, no solo en el sector de la salud sino también en otros sectores.

305. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final (documento CE164/INF/6)

306. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) presentó el informe y señaló que los Estados Miembros habían demostrado su visión estratégica al adoptar este plan de acción, que había precedido la adopción de la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020* por más de siete años. Los resultados logrados de conformidad con el plan de acción eran testimonio de la ardua labor llevada a cabo por los Estados Miembros: 20 países habían elaborado una política, estrategia o plan para atender las necesidades de salud de las personas mayores y el mismo número había establecido un mecanismo multisectorial para abordar los temas relacionados con el envejecimiento en general. Siete países habían ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores o habían incorporado sus disposiciones en sus leyes, mientras se encontraban en el proceso de ratificación. Más de 450

¹¹ Véanse el documento CD56/8, Rev. 1 y la resolución CD56.R8 (2018).

comunidades de la Región formaban parte de la red de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores.

307. La capacidad de recopilación de datos y de generación de evidencia científica sobre a salud y el envejecimiento había mejorado durante el período abarcado por el plan de acción (2009-2018). El fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud había sido una prioridad en el período, y se habían logrado algún grado de avance en la capacitación de los recursos humanos y el fortalecimiento del primer nivel de la atención, pero el trabajo en ese sentido todavía era incipiente.

308. El envejecimiento de la población se aceleraría en el próximo decenio, tendencia a la que también contribuiría el aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, al mismo tiempo se preveía que la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida sana se ensanchara. Por consiguiente, la promoción del envejecimiento saludable y la reducción de la discapacidad en las personas mayores iban a ser necesidades prioritarias, ya que asegurarían que los países tuviesen sistemas de salud adecuados para cubrir las necesidades de atención a largo plazo de la población que estaba envejeciendo. En el informe se proponía un conjunto de recomendaciones clave para la acción futura, como el apoyo por los Estados Miembros a la declaración de la OMS del Decenio de Acción sobre el Envejecimiento Saludable 2020-2030.

309. En el debate que siguió, los delegados reconocieron la necesidad de emprender iniciativas para proteger los derechos de las personas mayores y ayudarlas a disfrutar de un envejecimiento activo y saludable, y expresaron apoyo al Decenio de Acción como un medio de concientizar y promover las actividades colaborativas para abordar el tema. También se expresó apoyo a la formulación de un nuevo plan de acción de la OPS, fundamentado en el progreso logrado de conformidad con el plan para el período 2009-2018. Se determinaron varias prioridades para la acción futura, entre otras, la ampliación y mejora de las opciones de atención a largo plazo que permitirían a las personas mayores seguir viviendo en sus comunidades, el apoyo a cuidadores remunerados o no remunerados, y la defensa de los derechos y la reducción del maltrato y la explotación de las personas mayores. Una delegada subrayó la necesidad de contar con programas y enfoques basados en la evidencia para mejorar la salud y prevenir las enfermedades y los traumatismos en los adultos mayores. Otro delegado destacó la importancia de las políticas para prevenir la discriminación por razones de edad, y promover la participación y la inclusión social de las personas mayores. También destacó la necesidad de adoptar un enfoque de la totalidad del curso de la vida para promover el envejecimiento saludable.

310. El doctor De Francisco Serpa observó que el envejecimiento de la población estaba ocurriendo más rápidamente en la Región de las Américas que en otras regiones, por lo que era especialmente importante aumentar la visibilidad política del tema y movilizar el apoyo a las actividades necesarias. Estaba de acuerdo en que era necesario establecer sistemas sociales para conseguir que las necesidades de atención a largo plazo de los adultos mayores pudieran manejarse en la comunidad. El tema de la atención remunerada y no remunerada también era de gran importancia, en particular si se tenían en

cuenta los datos que indican que los familiares, en especial las mujeres, dedicaban mucho tiempo, a un gran costo para ellos, al cuidado de los adultos mayores.

311. La Directora dijo que era evidente la necesidad de acelerar las acciones, ya que muchos países seguían mal preparados para intentar resolver el fenómeno del envejecimiento acelerado de la población. Al mismo tiempo, era urgente adoptar un enfoque de la totalidad del curso de la vida que ayudaría a garantizar el envejecimiento saludable. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para intensificar las actividades relacionadas con este tema.

312. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE164/INF/7, A-E)

A. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022: Examen de mitad de período

313. Se elogió el progreso logrado con el plan de acción—incluso el logro de algunas metas antes de lo previsto— y se reconoció la importancia de la ejecución continua del Plan. Se señaló que la iniciativa propuesta por la OPS para la eliminación de enfermedades (véanse los párrafos 117 a 126 anteriores) brindaría una orientación importante para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas contempladas en el plan, que afectaban desproporcionadamente a los grupos poblacionales pobres y marginados. Se apoyaron las medidas propuestas en el informe para mejorar la situación.

314. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de Salud, OSP) observó que algunas veces había tendencia a olvidarse de las enfermedades consideradas en el plan porque había muy pocos casos. Sin embargo, era importante finalizar el trabajo de eliminarlas y así prevenir su reemergencia.

B. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023: Informe de progreso

315. Los delegados reafirmaron su apoyo al plan de acción y, además, expresaron su apoyo a las medidas recomendadas en el informe. Se destacó el éxito de la Región en controlar y eliminar las enfermedades prevenibles mediante la vacunación, así como la necesidad de emprender acciones concertadas para preservar esos logros. Se subrayó la importancia de mantener alta la cobertura de vacunación. También se subrayó la necesidad de combatir la información incorrecta y educar a la población acerca de la inocuidad y la eficacia de las vacunas. Se elogiaron las actividades ejecutadas por la Oficina para abordar los brotes actuales de sarampión y se instó a los Estados Miembros a seguir trabajando para prevenir otros brotes. Asimismo, se solicitó a la Oficina que movilizara los recursos necesarios para ayudar a los países a controlar los brotes y prevenir la importación de casos.

Los delegados expresaron su agradecimiento por la ayuda de la Oficina para la compra de vacunas.

316. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) manifestó su gratitud a los Estados Miembros por la labor que estaban haciendo para lograr que ciertas enfermedades como el sarampión se eliminaran de la Región de manera permanente. Sin embargo, la Región seguiría siendo vulnerable a la importación de casos de otras regiones. Era fundamental mantener programas de vacunación fuertes y tasas de vacunación elevadas. Los Estados Miembros podían contar con que la Oficina seguiría apoyando sus esfuerzos para que, una vez más, se libere a la Región del sarampión.

317. La Directora afirmó que la prevención de las enfermedades prevenibles mediante vacunación dependía en gran medida de garantizar una cobertura de vacunación elevada en todos los grupos de población de todos los países. Alentó a los Estados Miembros a que siguieran invirtiendo tanto recursos financieros como humanos con esa finalidad. Señaló además que, al haber cambios en los gobiernos, era importante mantener la vigilancia firme y una capacidad de respuesta fuerte, además de preservar los conocimientos acerca del funcionamiento de los mecanismos regionales, en particular del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Estaba segura de que la Región de las Américas recuperaría pronto su condición de región libre del sarampión.

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

318. Se señaló que si bien la enfermedad renal crónica en Centroamérica parecía estar vinculada con las ocupaciones agrícolas —en particular, con la industria de la caña de azúcar— otros factores, como el lugar de residencia, quizá también influían en la aparición de la enfermedad. El Delegado de Ecuador señaló que las cosechadoras de caña de azúcar de su país eran trabajadoras temporeras que vivían usualmente a altitudes mayores y cultivaban otros productos. Informó que su gobierno estaba trabajando para determinar si había alguna relación ocupacional entre la enfermedad renal y el trabajo en la industria de la caña de azúcar, y pidió que continuaran las actividades para identificar las causas del problema, tanto en Centroamérica como en otros lugares de la Región. La Delegada de Panamá describió los pasos que su país había dado para estudiar la enfermedad y tratar a los pacientes. Señaló que la enfermedad renal crónica en trabajadores agrícolas de Panamá parecía estar más asociada con el trabajo en la industria del arroz que con la industria de la caña de azúcar.

319. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) dijo que los países habían progresado considerablemente en cuanto a su capacidad de detectar y responder a la enfermedad renal crónica por causas no tradicionales. Sin embargo, todavía era necesario fortalecer la capacidad de vigilancia epidemiológica, ambiental y ocupacional. Asimismo, se debía capacitar al personal de salud al primer nivel de la atención en materia de prevención de enfermedades y estrategias

de promoción de la salud, por ejemplo, informar a los trabajadores agrícolas y a sus familias acerca de la importancia de la hidratación y otros hábitos saludables, la manipulación adecuada de los productos químicos agrícolas y otros temas conexos. Al observar la relación entre este tema y la estrategia y plan de acción propuestos sobre la donación de órganos y trasplantes (véanse los párrafos 154 a 161 anteriores), el doctor Fitzgerald subrayó la necesidad de adoptar un enfoque integrado, uno de cuyos componentes importantes sería la mejora del acceso a los trasplantes renales.

320. La Directora subrayó la necesidad de seguir trabajando para detectar la causa de esta enfermedad, que estaba afectando a grupos poblacionales cada vez más jóvenes, en especial en las comunidades agrícolas.

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

321. La señora Ana Solís Ortega Treasure (Directora, Coordinación de Países y Subregiones, OSP) informó que se habían hecho progresos considerables con respecto a la cooperación Sur-Sur y otras formas de cooperación para el mejoramiento de la salud en la Región. La Oficina había trabajado con ahínco para recabar información acerca de esas iniciativas de cooperación, pero sabía que había muchas experiencias exitosas que todavía no estaban documentadas, por lo que la funcionaria solicitó a los Estados Miembros que intercambiaran información sobre sus proyectos de cooperación.

E. Plan de acción sobre inmunización: Informe de progreso

322. Los delegados reafirmaron su apoyo al plan de acción y su compromiso con el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Se expresó preocupación acerca de los brotes recientes de enfermedades que antes estaban controladas, como el sarampión. Los delegados subrayaron la importancia de aumentar el acceso a la vacunación, de mantener coberturas altas de vacunación y de asegurar la disponibilidad de datos epidemiológicos oportunos y exactos, tanto para responder rápidamente a los brotes como para fundamentar las decisiones de política relacionadas con las vacunas. Asimismo, se consideraba importante seguir introduciendo las nuevas vacunas en los esquemas nacionales de vacunación para reducir la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por una gama más amplia de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Se expresó preocupación por la reticencia a la vacunación, y se subrayó la necesidad de luchar contra la información incorrecta y de difundir información acerca de la inocuidad y la eficacia de las vacunas.

323. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) observó que las líneas estratégicas de acción de acuerdo con el plan de acción seguían siendo tan pertinentes hoy en día como lo habían sido en el 2015 cuando se aprobó el plan. Esas líneas de acción abarcaban todos los temas planteados en el debate, como el fortalecimiento de los servicios de vacunación, introducción de vacunas nuevas, fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica, además de información y comunicación. Señaló que la OMS había

reconocido la reticencia a la vacunación y la información errónea acerca de las vacunas como una de las 10 principales amenazas para la salud pública y subrayó que era necesario el esfuerzo colectivo a fin de contrarrestar las campañas de información errónea.

324. La Directora informó que la Oficina había encargado una evaluación independiente de su programa de vacunación y había recibido recomendaciones valiosas para fortalecerlo. Además, se habían evaluado las prácticas comerciales del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y se aplicarían las recomendaciones resultantes con miras al fortalecimiento tanto del Fondo como de la cooperación técnica de la Oficina en el ámbito de la inmunización. Afirmó que la Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para mantener la cobertura de vacunación elevada, pero señaló que, en último término, era responsabilidad de los Estados Miembros mismos conseguir que toda su población estuviera vacunada.

325. El Comité tomó nota de los informes.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE164/INF/8, A-B)

A. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud

326. La señora Mônica Zaccarelli Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el documento que contenía un resumen de los asuntos tratados durante la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea de la Salud había aprobado 16 resoluciones y adoptado 24 decisiones, entre ellas la que aprobaba el presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2020–2021. Al momento de redactarse el informe no estaban disponibles las resoluciones y las decisiones aprobadas. Por consiguiente, no había sido posible presentar al Comité Ejecutivo un resumen de los documentos de interés para la OPS, como se hacía usualmente. Se presentaría un análisis completo de esas resoluciones y decisiones, incluidas sus repercusiones para la Región, en el informe que se elaboraría para el 57.^o Consejo Directivo.

B. Organizaciones de integración subregional

327. La señora Ana Solís Ortega Treasure (Directora, Departamento de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) explicó que el propósito del documento era informar a los Estados Miembros acerca de las reuniones y otras novedades pertinentes relacionadas con la salud pública en el marco de las organizaciones de integración subregional, como el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR). En el documento también se presentaba información acerca del progreso de las actividades iniciadas de conformidad con acuerdos de cooperación firmados entre la OPS y los organismos de integración al nivel subregional.

328. En resumen, se podía afirmar que los temas de salud seguían siendo prioritarios en los programas de los organismos de integración subregional y eran motivo de preocupación en un contexto más amplio que las reuniones de los órganos rectores especializados en el tema de la salud. La OPS tenía el mandato de formalizar la colaboración con los organismos relacionados con la salud de los procesos de integración y continuaba con sus iniciativas para ejecutar convenios de cooperación con esos organismos, promover las sinergias y optimizar los recursos.

329. La cooperación técnica de la Oficina respondía a las prioridades determinadas por los diversos mecanismos de integración y a la situación, el contexto y la dinámica de cada uno de ellos. Se había prestado cooperación en las negociaciones conjuntas sobre el costo de los medicamentos de precios elevados, en la formulación de políticas para la capacitación de los recursos humanos para la salud y en la respuesta a las enfermedades transmitidas por vectores, entre otras áreas. La Oficina seguía comprometida a brindar apoyo a los mecanismos de integración subregional y, en consecuencia, a los Estados Miembros.

330. En el debate subsiguiente, una delegada subrayó la importancia de la convergencia de la estrategia de cooperación subregional de la OPS con los programas, políticas y planes relacionados con la salud en la subregión centroamericana. Al mismo tiempo, los documentos de orientación del COMISCA deberían armonizarse con las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OPS para evitar duplicación o distorsión de los mandatos aprobados a nivel regional.

331. La señora Solís Ortega Treasure afirmó que la cooperación subregional se estaba fortaleciendo continuamente y que la Oficina reajustaba sus actividades con regularidad para reflejar los cambios en los contextos y las prioridades subregionales de los Estados Miembros. También señaló que la estrategia de cooperación en la salud para Centroamérica y República Dominicana había sido elaborada conjuntamente por la OPS y el COMISCA, y estaba en plena consonancia con los planes de salud pertinentes para la subregión centroamericana. La Oficina recibiría con beneplácito cualquier información que los Estados Miembros de la subregión pudiesen aportar para promover mayor coordinación entre la OPS y el COMISCA, lo que le permitiría a la Oficina mejorar su cooperación técnica subregional.

332. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes.

Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos (documento CE164/INF/9)

333. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) resumió el contenido del documento CE164/INF/9, en el que se presentaba información actualizada sobre la situación en la República Bolivariana de Venezuela y los países vecinos, y detalló las medidas tomadas por la Oficina para apoyar a los países pertinentes. El doctor Ugarte recordó que en el 2018 se habían registrado brotes de diversas

enfermedades en Venezuela, que habían afectado en particular a los grupos poblacionales que vivían en situación de vulnerabilidad, en especial a los grupos indígenas de las zonas fronterizas. Como resultado de la emigración de personas desde Venezuela, también habían ocurrido brotes de enfermedades en los países vecinos. Los flujos migratorios a los países vecinos habían aumentado desde el año anterior.

334. Los casos de malaria en Venezuela habían aumentado desde el 2018. Por otro lado, los casos de sarampión habían disminuido mucho, gracias en gran parte a la labor del personal de salud local en Venezuela, Brasil y otros países. Ese esfuerzo había sido complementado por el apoyo internacional prestado por numerosos países. El éxito logrado en el control del sarampión representaba un triunfo de la solidaridad. No obstante, era esencial seguir atentos, ya que seguían ocurriendo casos de la enfermedad. La situación de la difteria en Venezuela seguía siendo preocupante. A pesar de una campaña de vacunación masiva, algunas zonas seguían teniendo tasas de cobertura de vacunación inferiores al 95% y las personas seguían contrayendo la enfermedad y muriendo a causa de ella.

335. Las enfermedades no transmisibles también constituían un grave problema en Venezuela, que se estaba exacerbando por la falta de acceso a los servicios de salud. La mortalidad materna también era motivo de preocupación. Aunque las defunciones maternas habían disminuido en el resto de la Región, la información disponible indicaba que habían aumentado en Venezuela, aunque era difícil obtener estadísticas fidedignas en el contexto actual.

336. La Oficina había intensificado su cooperación técnica con las autoridades venezolanas de salud y otros asociados para mejorar la gestión del sistema de salud y fortalecer la capacidad de los servicios, que eran fundamentales para mejorar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, mejorar la gestión de emergencias, además de garantizar el suministro adecuado de medicamentos, vacunas y otros materiales. La Oficina también había prestado apoyo a las campañas de inmunización masivas; además, había organizado sesiones de capacitación sobre gestión de emergencias, distribuido directrices y capacitado al personal de salud en el manejo de diversas enfermedades. La Oficina, con el apoyo de numerosos asociados, había entregado más de 200 toneladas de medicamentos y suministros directamente a los servicios de salud de Venezuela.

337. La Oficina también había aumentado su cooperación con los países vecinos que habían recibido a un gran número de migrantes venezolanos. Entre muchas otras actividades, había prestado apoyo a las campañas de inmunización, a la prestación de servicios de salud a los migrantes y al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y las capacidades de diagnóstico de laboratorio. También había organizado misiones de cooperación técnica a Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana y Perú, y había emitido actualizaciones epidemiológicas mensuales sobre el sarampión y la difteria, además de resúmenes diarios de eventos con posibles repercusiones para la salud pública internacional.

338. El doctor Ugarte finalizó su intervención al señalar que en el informe se indicaba un conjunto de medidas recomendadas que deberían ser adoptadas por los Estados Miembros y la Oficina en el corto y el mediano plazo.

339. En el debate que siguió, los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por el informe detallado y por el apoyo que estaba prestando a los países afectados. Se comentó que la situación en Venezuela planteaba una amenaza no solo para las personas de ese país sino también para la salud colectiva y la seguridad de todos los países de la Región. Asimismo, se señaló que la situación ya había tenido un efecto negativo en algunos indicadores regionales de salud y podría obstaculizar el logro por la Región de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular aquellos relacionados con la salud materna, la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis.

340. Un delegado describió la repercusión que la migración de venezolanos había tenido en las condiciones de salud en su país, y la enorme carga que las grandes afluencias de migrantes habían colocado en sus sistemas y servicios de salud. Otros delegados describieron las medidas que sus respectivos gobiernos habían adoptado para afrontar los desafíos creados por la situación en Venezuela y para ayudar a los afectados; uno de los delegados reiteró que los migrantes, sea cual fuere su nacionalidad, etnicidad o situación migratoria, no debían ser privados de sus derechos, entre otros, su derecho a la salud. También subrayó que no debía politizarse la situación migratoria y que los intereses políticos y económicos no deberían tener precedencia sobre la preocupación por la vida y la salud humanas. Se destacó la necesidad de contar con un plan regional de acción sobre la salud de los migrantes y se solicitó a la Oficina que preparara este plan para su consideración en el 57.º Consejo Directivo, a celebrarse en septiembre del 2019.

341. También se solicitó a la Oficina que intensificara aún más su trabajo con respecto a la inmunización y el suministro de vacunas, el apoyo a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en la Región y el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia epidemiológica. Un delegado solicitó de que se estableciera un cerco epidemiológico en Venezuela para prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles.

342. El doctor Ugarte subrayó la importancia de la coordinación de las partes interesadas en la respuesta a la situación en Venezuela y señaló que la coordinación incluía no solo la asignación de prioridades a las actividades sino también la diferenciación de las responsabilidades de los diversos interesados y la determinación de las áreas en las que cada uno podría lograr un cambio real. El trabajo que la OPS y otros asociados habían hecho hasta el momento representaba solo un pequeño porcentaje de lo que hacía falta para atender las enormes necesidades de Venezuela. Se necesitaba el apoyo masivo para garantizar que la población venezolana tuviese acceso a los servicios de salud. La Oficina seguiría coordinando sus actividades muy de cerca con otros organismos internacionales y con los Estados Miembros para establecer en qué áreas la cooperación técnica de la OPS resultaría más beneficiosa.

343. La Directora afirmó que la respuesta a la situación en Venezuela había sido una demostración clara de la solidaridad que por mucho tiempo había caracterizado a la Organización. Los Estados Miembros y la Oficina habían colaborado para apoyar a Venezuela y apoyarse entre sí al intentar resolver los retos planteados por la situación. La Oficina había establecido grupos de estudio en la sede de la OPS y en Venezuela. En algunas ocasiones, los funcionarios de la Oficina habían tenido que trabajar en circunstancias muy difíciles, pero habían persistido porque creían que una amenaza para la salud en un país constituía una amenaza para la salud y la seguridad de todos los países de la Región.

344. La Oficina estaba agradecida a los países que habían realizado un esfuerzo extraordinario para recibir a los migrantes venezolanos y atender sus necesidades, y seguiría apoyándolos, aunque los países mismos tendrían que tomar sus propias decisiones sobre cómo manejar la transición de los migrantes a la condición de residentes. Después de la reunión ministerial regional sobre la migración masiva y la salud celebrada en noviembre del 2018,¹² la Oficina había formulado directrices y establecido un foro regional para el intercambio de información sobre la salud y la migración. Además colaboraría con los Estados Miembros para elaborar un plan de acción.

345. El Comité tomó nota del informe.

Clausura de la sesión

346. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 164.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

347. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión.

Resoluciones

CE164.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE164/24 y Add. I) presentado por la Directora;

¹² Reunión Ministerial Regional sobre Migración en Masa y Salud. Resumen de las discusiones. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48163-reunion-ministerial-regional-sobre-migracion-en-masa-y-salud&category_slug=migracion&Itemid=270&lang=es.

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

Observando que hasta el 24 de junio del 2019, 23 Estados Miembros no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2019,

RESUELVE:

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE164/24 y Add. I) presentado por la Directora.
2. Felicitar a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2019 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 57.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 24 de junio del 2019)

CE164.R2: *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas*

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas* (documento CE164/16),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**INICIATIVA DE LA OPS PARA LA ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES:
POLÍTICA PARA APLICAR UN ENFOQUE INTEGRADO Y SOSTENIBLE
DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas* (documento CD57/___), en la que se articula e ilustra el enfoque institucional y la estrategia integral de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación de las enfermedades transmisibles;

Considerando que esta iniciativa refleja el compromiso contraído por los Estados Miembros de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 y los objetivos establecidos en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030;

Consciente de las repercusiones que estas enfermedades y problemas tienen en la Región, especialmente en los grupos en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo los posibles beneficios económicos de poner en marcha programas y estrategias de salud pública que sean costo-eficaces en los que se tengan en cuenta las enfermedades y los problemas de salud priorizados a lo largo del curso de la vida y con un enfoque multisectorial en todos los sistemas y las redes de salud a nivel de país en toda la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta la labor en curso hacia el logro de la salud universal según lo establecido en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS (resolución CD53.R14 [2014]) y el marco de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el fortalecimiento de los sistemas de salud (2007), y reconociendo que el primer nivel de atención es el principal pilar de la eliminación;

Considerando las numerosas estrategias y planes de acción de la OMS y la OPS que se centran en varios problemas de salud relacionados con esta iniciativa;

Consciente de la función histórica de la OPS en los importantes logros regionales y mundiales con respecto a la eliminación de enfermedades;

Reconociendo que esta iniciativa proporciona a los países de la Región de las Américas orientación y rumbo para la eliminación de las enfermedades transmisibles mediante la adopción de un enfoque común y sostenible,

RESUELVE:

1. Respalda la *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas* (documento CD57/___).

2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con sus contextos y prioridades nacionales, a que:

- a) adopten y apliquen el enfoque estratégico de la iniciativa de eliminación a fin de promover y ampliar la eliminación de las enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados dentro de sus agendas nacionales de salud pública;
- b) garanticen que el principio general de la iniciativa de eliminación, el enfoque del curso de la vida, se aplique en todos los niveles de los servicios y redes del sistema nacional de salud;
- c) fortalezcan la capacidad institucional y de la comunidad de generar datos de calidad que puedan ser usados para hacer el seguimiento del progreso hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados, y la capacidad de obtener evidencia adicional;
- d) realicen esfuerzos para promover la coordinación gubernamental intersectorial y la participación de la sociedad civil y la comunidad en la eliminación de las enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados;
- e) fomenten un mejor acceso a servicios de salud de calidad mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y la labor para alcanzar la salud universal.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) obtenga apoyo político, de gestión, administrativo y financiero, incluso mediante la intensificación de la movilización de recursos externos, para la aplicación eficaz de la iniciativa de eliminación;
- b) promueva y mejore la colaboración multisectorial e interprogramática para buscar sinergias entre todos los interesados directos que se espera que contribuyan a poner en práctica la iniciativa de eliminación;
- c) intensifique la coordinación a nivel regional y de país para aumentar el acceso a vacunas, medicamentos, pruebas de diagnóstico y otros elementos básicos clave como, por ejemplo, mosquiteros, productos para el control de vectores y equipo de desinfección para el saneamiento y el abastecimiento de agua, por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública y el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas;
- d) mida el avance hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados mediante el fortalecimiento de los sistemas de información de salud que puedan garantizar la disponibilidad y el análisis de datos de calidad sólidos a lo largo del curso de la vida, aportados por los servicios de salud, como los de salud materno-infantil y los de salud comunitaria, los consultorios especializados y otros establecimientos;

- e) siga priorizando las redes nacionales de laboratorios y la gestión de la cadena de suministros en la Región (servicios de laboratorios clínicos y ambientales, servicios de transporte y de suministro) para los medicamentos, las pruebas de diagnóstico, los insecticidas y otros productos de salud pública;
- f) coordine, promueva y brinde cooperación técnica a nivel regional para los países y los territorios a fin de prestar una atención integrada de salud, especialmente en el nivel de atención primaria de salud, para lograr la eliminación de las enfermedades transmisibles;
- g) rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el avance logrado y los retos enfrentados en la aplicación de la iniciativa, mediante tres informes de progreso que se presenten en el 2023, el 2026 y el 2029, y un informe final en el 2031.

(Primera reunión, 24 de junio del 2019)

CE164.R3: Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025* (documento CE164/17),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN PARA ELIMINAR LOS ÁCIDOS GRASOS TRANS
DE PRODUCCIÓN INDUSTRIAL 2020-2025**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025* (documento CD57/___);

Habiendo considerado los ejemplos de mejores prácticas para la eliminación de los ácidos grasos trans de producción industrial (AGT-PI) en la Región de las Américas y en el mundo;

Habiendo examinado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros, los principales expertos y la bibliografía científica;

Reconociendo que los progresos logrados hasta la fecha con las medidas voluntarias de reducción son insuficientes en la Región y en el mundo, y que se obtienen mejores resultados con la eliminación obligatoria de los AGT-PI;

Considerando que se trata de una medida normativa factible de bajo costo y gran impacto, y que la inversión en políticas regulatorias puede salvar decenas de miles de vidas anualmente para las generaciones futuras;

Reconociendo la necesidad de que los Estados Miembros que todavía no lo han hecho actúen de manera decidida y concertada para eliminar los AGT-PI de su suministro de alimentos,

RESUELVE:

1. Aprobar y ejecutar el *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025* (documento CD57/___).
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos y prioridades, a que:
 - a) promuevan los objetivos establecidos en el *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025* y se comprometan a alcanzarlos a fin de avanzar en su ejecución de manera más eficaz;
 - b) promulguen políticas regulatorias para eliminar los AGT-PI del suministro de alimentos;
 - c) garanticen la ejecución de las políticas de eliminación de los AGT-PI mediante sistemas de cumplimiento regulatorio claramente definidos;
 - d) evalúen los progresos hacia la eliminación de los AGT-PI del suministro de alimentos;
 - e) concienticen a los responsables de formular políticas, los productores, los proveedores y el público en general sobre los efectos perjudiciales de los ácidos grasos trans para la salud y los beneficios de salud que se obtendrían con la eliminación de los AGT-PI;
 - f) establezcan mecanismos para el seguimiento y la evaluación.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye a los Estados Miembros en la preparación, el examen y la ejecución de las políticas de eliminación de los AGT-PI;
 - b) promueva la cooperación técnica con los países y entre ellos a fin de intercambiar datos científicos, buenas prácticas, herramientas y enseñanzas;

- c) coordine las actividades con otros órganos pertinentes, incluidos los mecanismos de integración subregional y el Codex Alimentarius.

(Segunda reunión, 24 de junio del 2019)

CE164.R4: Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* (documento CE164/18),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD 2019-2023

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* (documento CD57/__);

Habiendo considerado la necesidad de apoyar el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* y de avanzar en la aplicación de las conclusiones y recomendaciones de las tres reuniones de alto nivel sobre sistemas de información para la salud con los países del Caribe, Centroamérica y América del Sur;

Tomando en cuenta que la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 plantea un objetivo específico (objetivo 6) para “mejorar los sistemas de información para la salud (conocidos como IS4H por su sigla en inglés), esenciales para mejorar el proceso de formulación de políticas y toma de decisiones, así como para la medición y el seguimiento de las desigualdades en la salud en la población y el avance hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* (documento CD57/__).
2. Instar a los Estados Miembros, tomando en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:

- a) promuevan la implementación del *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* para avanzar de manera más efectiva hacia sistemas integrados e interoperables;
 - b) apoyen la implementación de las iniciativas contempladas en dicho plan a los niveles nacionales y subnacionales para integrar en los sistemas de salud los datos de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad;
 - c) fortalezcan la capacidad técnica y las competencias del personal de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, para mejorar la recopilación y el intercambio de datos que permitan decisiones más fundamentadas y basadas en la mayor evidencia posible.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye técnicamente a los Estados Miembros a fin de fortalecer las capacidades nacionales para la implementación de sistemas de información para la salud interconectados e interoperables;
 - b) preste apoyo técnico a los Estados Miembros para la medición estandarizada del grado de madurez de los sistemas de información para la salud;
 - c) brinde apoyo a los equipos técnicos para desarrollar la capacidad de los países de producir datos e información de calidad, completa y actualizada, e informar regularmente sobre los avances en los procesos de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el análisis de la situación de salud y el desarrollo de escenarios.

(Segunda reunión, 24 de junio del 2019)

CE164.R5: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE164/23, *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)*,

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES
DE INSTRUCCIÓN (PALTEX)**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD57/__, *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)*, presentado por la Directora;

Reconociendo que la educación sobre salud ha evolucionado en la Región de las Américas tanto en sus tendencias pedagógicas como en la inclusión de nuevas herramientas tecnológicas en los procesos educativos, y que las necesidades identificadas por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1966 difieren de las actuales;

Consciente de que la cooperación técnica para la educación de los profesionales de salud debe fortalecer, ampliar y modernizar los procesos educativos para satisfacer mejor las necesidades actuales de los Estados Miembros de la OPS, de acuerdo con la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*,

RESUELVE:

1. Aprobar la propuesta en el documento CD57/__, *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)*.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) coordine e implemente las medidas necesarias para el cese definitivo de las funciones de PALTEX, incluidos los aspectos administrativos, financieros y de recursos humanos para el 31 de diciembre del 2019;
 - b) preste apoyo a los países y territorios, en el marco de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, para fortalecer los sistemas y las estrategias de educación a nivel nacional, con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de salud centradas en la salud universal.

(Segunda reunión, 24 de junio del 2019)

CE164.R6: Política del presupuesto de la OPS

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CE164/14),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CD57/___), en el que se presenta una política del presupuesto regional revisada que define una nueva manera de asignar topes presupuestarios dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

Observando las recomendaciones contenidas en la evaluación externa de la política del presupuesto vigente que fue presentada para consideración de los Estados Miembros en los documentos CD56/6 y CD56/6, Add. 1;

Consciente de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS han adoptado enfoques de presupuesto integrado y que los Estados Miembros aprueban ahora un presupuesto integrado, no únicamente el presupuesto ordinario como se hacía antes del bienio 2016-2017;

Considerando las deliberaciones del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Agradecer al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico y en particular al subgrupo sobre el índice de necesidades de salud y la política del presupuesto por sus esfuerzos para recomendar modificaciones e introducir nuevos criterios para la asignación de topes presupuestarios entre las representaciones de la OPS/OMS en los países.
2. Tomar nota del modelo propuesto para asignar topes presupuestarios en los países.
3. Aprobar la nueva *Política del presupuesto de la OPS*, haciendo hincapié en los siguientes puntos:
 - a) la asignación presupuestaria entre los tres niveles funcionales de la Organización (de país, subregional y regional) se realizará de tal manera que, para fortalecer la cooperación con los países, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) se esforzará continuamente por mantener estructuras funcionales y orgánicas óptimas con miras a lograr el mayor grado de impacto posible en los países, en tanto sigue respondiendo de manera eficaz a los mandatos regionales y subregionales colectivos;
 - b) la proporción del presupuesto proyectada para los niveles de país y subregional (combinados) se fija en 45% para el período 2020-2025; la distribución entre los

- niveles funcionales y orgánicos continúa siendo dinámica y permite ajustes a los topes presupuestarios a lo largo del proceso de planificación según sea necesario, siempre de manera transparente y con el objetivo de mejorar resultados de salud en los países y para los países;
- c) en la reasignación de topes presupuestarios entre los países, no se modificará (aumentará o disminuirá) la asignación presupuestaria de ningún país en más de 10% por bienio;
 - d) si se aplica la “cláusula de salvaguardia” de ajuste manual en un bienio dado, se presentará la justificación respectiva a los Estados Miembros para su consideración y aprobación.
4. Asegurar que las asignaciones presupuestarias a los países en los distintos presupuestos por programas de la OPS en el período 2020-2025 se guíen por la política del presupuesto y se introduzcan paulatinamente a lo largo de los tres bienios, a fin de que sean manejables las transiciones para los programas de cooperación técnica y las representaciones de la OPS/OMS.
5. Promover la priorización en la asignación de recursos entre los resultados programáticos en consonancia con los mandatos colectivos e individuales de los Estados Miembros, como se expresa en los documentos de planificación de la OPS.
6. Solicitar a la Directora que:
- a) aplique la nueva *Política del presupuesto de la OPS* cuando se formulen futuros proyectos de presupuestos por programas para la consideración del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
 - b) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana información actualizada sobre la ejecución de la *Política del presupuesto de la OPS* cada dos años, como parte del informe de la evaluación de fin de bienio del presupuesto por programas de la OPS;
 - c) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la *Política del presupuesto de la OPS* después de dos bienios (cuatro años) de su ejecución, para asegurar que se estén alcanzando los objetivos planteados en la política del presupuesto;
 - d) colabore con los Estados Miembros para promover modalidades más eficaces de cooperación en un entorno de limitaciones financieras.

(Tercera reunión, 25 de junio del 2019)

CE164.R7: Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando que en la *Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021* de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE164/15) se

incorpora la nueva escala de cuotas que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos aprobó para los años 2019-2023,

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

ESCALA DE CONTRIBUCIONES SEÑALADAS PARA EL 2020-2021

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la *Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021* que se aplicará a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud en el período presupuestario 2020-2021 (documento CD57/__);

Consciente de las disposiciones del Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, en el que se establece que las contribuciones señaladas de la Organización Panamericana de la Salud se prorratearán entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base que las contribuciones de la Organización de los Estados Americanos;

Teniendo en cuenta el párrafo A del Artículo 24 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se establece que la Organización se financiará mediante contribuciones anuales de sus Gobiernos Miembros y que la tasa de estas contribuciones se determinará de conformidad con Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano;

Considerando que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos ha aprobado una escala de cuotas para los años 2019-2023;

Teniendo presente que todavía se debe determinar el nivel de las contribuciones señaladas,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021* (documento CD57/__), a continuación.
2. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que presente los montos detallados de las contribuciones señaladas brutas y netas que pagarán los Estados Miembros, los Estados participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud una vez que se determine el nivel total de las contribuciones señaladas.

Afiliación	Cuota de contribución (%)	
	2020	2021
<i>Estados Miembros</i>		
Antigua y Barbuda	0,022	0,029
Argentina	3,000	3,229
Bahamas	0,047	0,051
Barbados	0,026	0,032
Belice	0,022	0,029
Bolivia	0,070	0,075
Brasil	12,457	13,408
Canadá	9,801	10,549
Chile	1,415	1,523
Colombia	1,638	1,763
Costa Rica	0,256	0,276
Cuba	0,132	0,142
Dominica	0,022	0,029
Ecuador	0,402	0,433
El Salvador	0,076	0,082
Estados Unidos	59,445	56,285
Granada	0,022	0,029
Guatemala	0,171	0,184
Guyana	0,022	0,029
Haití	0,022	0,029
Honduras	0,043	0,046
Jamaica	0,053	0,057
México	6,470	6,964
Nicaragua	0,022	0,029
Panamá	0,191	0,206
Paraguay	0,087	0,094
Perú	1,005	1,082
República Dominicana	0,268	0,288
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,029
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,029
Santa Lucía	0,022	0,029
Suriname	0,022	0,029
Trinidad y Tabago	0,129	0,139
Uruguay	0,298	0,321
Venezuela	1,940	2,088
<i>Estados Participantes</i>		
Francia	0,146	0,146
Países Bajos	0,022	0,029
Reino Unido	0,022	0,029

Afiliación	Cuota de contribución (%)	
	2020	2021
<i>Miembros Asociados</i>		
Aruba	0,022	0,029
Curaçao	0,022	0,029
Puerto Rico	0,082	0,073
San Martín	0,022	0,029
TOTAL	100,000	100,000

(Tercera reunión, 25 de junio del 2019)

CE164.R8: Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021* (documento CE164/13);

Habiendo considerado el informe de la 13.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE164/4);

Observando la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) al proponer un presupuesto por programas en cuya elaboración se ha usado un enfoque de abajo arriba y se han tenido en consideración las prioridades de los Estados Miembros, así como los mandatos regionales y mundiales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Habiendo examinado el anexo A del proyecto de presupuesto por programas, en el que la Oficina describe la justificación de un aumento de las contribuciones señaladas sobre la base de la necesidad de fortalecer el nivel de país, de manera de apoyar las prioridades estratégicas según han sido establecidas en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025, y de compensar parcialmente los aumentos de los costos del personal y de las actividades debido a la inflación; y considerando los esfuerzos de la Oficina para mejorar la eficiencia, la productividad, la rendición de cuentas y la transparencia;

Observando los esfuerzos de la Oficina para proponer un presupuesto por programas en el que se tengan en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como la responsabilidad conjunta de los Estados Miembros y de la Oficina para cumplir los mandatos de salud pública;

Teniendo presente el Artículo 14.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y los párrafos 3.4 y 3.5 del Artículo III del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2020-2021

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la propuesta del *Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 (Documento Oficial ___)*;

Habiendo considerado el informe de la 164.ª sesión del Comité Ejecutivo (documento CD57/___);

Observando los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para proponer un presupuesto por programas en el que se tengan en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como la responsabilidad conjunta de los Estados Miembros y de la Oficina para cumplir los mandatos de salud pública;

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 Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con un presupuesto de US\$ 620,0¹ millones para los programas básicos y de \$30,0 millones para los programas especiales, como se describe en el *Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 (Documento Oficial ___)*.
2. Alentar a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a que sigan efectuando de manera oportuna los pagos de sus contribuciones señaladas en el 2020 y el 2021, así como de aquellas contribuciones atrasadas que pudieran haberse acumulado en los períodos presupuestarios anteriores.
3. Alentar a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a que sigan abogando por una proporción equitativa de los recursos de la Organización

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

Mundial de la Salud (OMS) y, en particular, por que la OMS financie plenamente el margen presupuestario asignado a la Región de las Américas.

4. Instar a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a que hagan contribuciones voluntarias que estén en consonancia con el Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021 y, en aquellos casos en que sea posible, a que consideren la posibilidad de que dichas contribuciones sean plenamente flexibles y no estén destinadas a un fin específico.

5. Aprobar las contribuciones señaladas para el bienio 2020-2021 por un monto de \$225,9 millones, compuesto por *a*) \$194,4 millones de las contribuciones netas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados, sin aumento alguno con respecto al monto aprobado anterior de contribuciones señaladas netas (\$194,4 millones), y *b*) \$31.478.000 como una transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos, como se indica en el cuadro más abajo.

6. Al establecerse las contribuciones de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados, dichas contribuciones señaladas se reducirán 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.

7. Financiar los programas básicos aprobados de la siguiente manera y a partir de las siguientes fuentes:

Fuente de financiamiento	Monto (en US\$)
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS	225.878.000
Menos el crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	31.478.000
Ingresos varios presupuestados	20.000.000
Contribuciones voluntarias de la OPS y otras fuentes	189.800.000
Asignación presupuestaria de la OMS a la Región de las Américas	215.800.000
TOTAL	620.000.000

8. Autorizar a la Directora a utilizar todas las fuentes de financiamiento indicadas arriba para financiar el Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021, sujeto a la disponibilidad de fondos.

9. Solicitar a la Directora que informe a los Cuerpos Directivos sobre los montos de los gastos de cada fuente de financiamiento y respecto de los 28 resultados intermedios indicados en el Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021 como parte de la evaluación de fin de bienio que se presentará a los Cuerpos Directivos en el 2022.

(Tercera reunión, 25 de junio del 2019)

CE164.R9: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2020-2021

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando que en la resolución CE164.R8 el Comité Ejecutivo ha recomendado que el 57.º Consejo Directivo aprobase el *Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021* (documento CE164/13);

Considerando que en la resolución CE164.R7 el Comité Ejecutivo ha recomendado que el 57.º Consejo Directivo aprobase la *Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021* (documento CE164/15);

Habiendo examinado el *Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021* (documento CE164/13);

Habiendo examinado el informe de la 13.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE164/4),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**CONTRIBUCIONES SEÑALADAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS,
LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2020-2021**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD57.R__ el Consejo Directivo aprobó el Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 (*Documento Oficial*__);

Teniendo presente que en la resolución CD57.R__ el Consejo Directivo aprobó la escala de contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 2020-2021,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para los períodos financieros del 2020 y 2021 de conformidad con la escala de contribuciones señaladas que se presenta a continuación y en las cantidades correspondientes, sin aumento alguno con respecto al bienio 2018-2019.

Escenario 1: Sin aumento de las contribuciones señaladas
CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL EJERCICIO FINANCIERO 2020-2021

Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en dólares de los Estados Unidos)		Crédito a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos (en dólares de los Estados Unidos)*		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre los salarios del personal de la OSP (en dólares de los Estados Unidos)		Contribución neta (en dólares de los Estados Unidos)	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Argentina	3,000	3,229	3.388.170	3.646.800	472.170	508.212			2.916.000	3.138.588
Bahamas	0,047	0,051	53.081	57.599	7.397	8.027			45.684	49.572
Barbados	0,026	0,032	29.364	36.140	4.092	5.036			25.272	31.104
Belice	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Bolivia	0,070	0,075	79.057	84.704	11.017	11.804			68.040	72.900
Brasil	12,457	13,408	14.068.811	15.142.861	1.960.607	2.110.285			12.108.204	13.032.576
Canadá	9,801	10,549	11.069.151	11.913.935	1.542.579	1.660.307	40.000	40.000	9.566.572	10.293.628
Colombia	1,638	1,763	1.849.941	1.991.115	257.805	277.479			1.592.136	1.713.636
Costa Rica	0,256	0,276	289.124	311.712	40.292	43.440			248.832	268.272
Cuba	0,132	0,142	149.079	160.373	20.775	22.349			128.304	138.024
Chile	1,415	1,523	1.598.087	1.720.061	222.707	239.705			1.375.380	1.480.356
Dominica	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Ecuador	0,402	0,433	454.015	489.026	63.271	68.150			390.744	420.876
El Salvador	0,076	0,082	85.834	92.610	11.962	12.906			73.872	79.704
Estados Unidos	59,445	56,285	67.136.589	63.567.716	9.356.049	8.858.696	8.000.000	8.000.000	65.780.540	62.709.020
Granada	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Guatemala	0,171	0,184	193.126	207.808	26.914	28.960			166.212	178.848
Guyana	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Haití	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Honduras	0,043	0,046	48.564	51.952	6.768	7.240			41.796	44.712
Jamaica	0,053	0,057	59.858	64.375	8.342	8.971			51.516	55.404
México	6,470	6,964	7.307.153	7.865.072	1.018.313	1.096.064			6.288.840	6.769.008
Nicaragua	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Panamá	0,191	0,206	215.713	232.654	30.061	32.422			185.652	200.232
Paraguay	0,087	0,094	98.257	106.163	13.693	14.795			84.564	91.368
Perú	1,005	1,082	1.135.037	1.222.000	158.177	170.296			976.860	1.051.704
República Dominicana	0,268	0,288	302.677	325.264	42.181	45.328			260.496	279.936
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188

Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en dólares de los Estados Unidos)		Crédito a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos (en dólares de los Estados Unidos)*		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre los salarios del personal de la OSP (en dólares de los Estados Unidos)		Contribución neta (en dólares de los Estados Unidos)	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Santa Lucía	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Suriname	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Trinidad y Tabago	0,129	0,139	145.691	156.985	20.303	21.877			125.388	135.108
Uruguay	0,298	0,321	336.558	362.534	46.902	50.522			289.656	312.012
Venezuela	1,940	2,088	2.191.017	2.358.166	305.337	328.630	35.000	35.000	1.920.680	2.064.536
Estados Participantes										
Francia	0,146	0,146	164.891	164.891	22.979	22.979			141.912	141.912
Países Bajos	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Reino Unido	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Miembros Asociados										
Aruba	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Curaçao	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
Puerto Rico	0,082	0,073	92.610	82.445	12.906	11.489			79.704	70.956
San Martín	0,022	0,029	24.847	32.752	3.463	4.564			21.384	28.188
TOTAL	100,000	100,000	112.939.000	112.939.000	15.739.000	15.739.000	8.075.000	8.075.000	105.275.000	105.275.000

* El crédito total a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos se calculó sobre la base del número de funcionarios de plazo fijo al 31 de diciembre del 2018. Se aplicaron las tasas de cambio de las Naciones Unidas para la misma fecha según correspondiera.

(Tercera reunión, 25 de junio del 2019)

CE164.R10: *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030*

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* (documento CE164/20),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE DONACIÓN Y ACCESO
EQUITATIVO AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
2019-2030**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* (documento CD57/__);

Tomando en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó en el 2009, mediante la resolución CD49.R18, el *Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos*, y que el Comité Ejecutivo de la OPS se pronunció en septiembre del 2017 a favor de que la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana iniciara las consultas para la elaboración de un plan de acción para la donación y el trasplante de órganos humanos a fin de avanzar de manera más expedita en la ruta establecida en la citada política;

Considerando que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó en el 2017 la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, que promueve entre sus objetivos mejorar el acceso equitativo a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias prioritarias y de calidad, según la evidencia científica disponible, como paso importante para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud,

RESUELVE:

1. Adoptar y ejecutar la *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* (documento CD57/__);

2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta el contexto específico de sus sistemas nacionales de salud y sus necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:
 - a) promuevan la puesta en marcha de la *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* a fin de alcanzar la expansión progresiva y el acceso equitativo y de calidad a los trasplantes de órganos, tejidos y células, con base en la donación voluntaria y altruista y observando los principios rectores sobre trasplantes de la Organización Mundial de Salud;
 - b) reporten periódicamente el progreso de esta estrategia y de los indicadores definidos en el plan de acción.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) brinde cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración de planes nacionales de acción actualizados y difunda herramientas que faciliten la disponibilidad de órganos, tejidos y células y el acceso a los trasplantes;
 - b) fortalezca y promueva la coordinación entre los países, incluida la cooperación Sur-Sur, y entre las agencias de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales y actores principales que trabajan en temas relacionados con las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células;
 - c) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución de la estrategia y plan de acción.

(Cuarta reunión, 25 de junio del 2019)

CE164.R11: Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración acerca de los *Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE164/7);

Consciente de las disposiciones del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, adoptado por el 55.º Consejo Directivo mediante la resolución CD55.R3 (2016), que rige las relaciones oficiales entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y esas entidades,

RESUELVE:

1. Renovar las relaciones oficiales entre la OPS y los siguientes siete agentes no estatales por un período de tres años:¹

- a) Coalición Caribe Saludable;
- b) Sociedad Interamericana de Cardiología;
- c) Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe;
- d) Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas;
- e) Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica;
- f) Fundación Mundo Sano;
- g) Centro Ross del Instituto de Recursos Mundiales para las Ciudades Sustentables.

2. Aplazar el examen de los siguientes dos agentes no estatales a fin de dar más tiempo para finalizar nuevos planes de colaboración sin entorpecer la colaboración existente:

- a) Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina;
- b) Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

3. Suspender las relaciones oficiales con los siguientes tres agentes no estatales, en vista de que no se han llevado a cabo actividades de colaboración en los últimos tres años:

- a) Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud;
- b) Colegio Interamericano de Radiología;
- c) Federación Latinoamericana de Hospitales.

4. Solicitar a la Directora que:

- a) informe a los agentes no estatales respectivos de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
- b) siga fomentando relaciones de trabajo dinámicas con los agentes no estatales interamericanos de interés para la Organización en las áreas que se clasifican dentro de las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han aprobado para la OPS;
- c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y los agentes no estatales que trabajan en el campo de la salud.

(Quinta reunión, 26 de junio del 2019)

¹ Los agentes no estatales se indican siguiendo el orden alfabético en inglés.

CE164.R12: *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CE164/21),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2020-2025

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CD57/__);

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

Consciente de que 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”;

Considerando que en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada por el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2014 se insta para su implementación a avanzar en el acceso universal a servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, e identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, siguen existiendo desafíos, especialmente en lo relativo a la formulación e implementación de estrategias dirigidas a garantizar la calidad que sean integrales y sostenidas;

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

RESUELVE:

1. Aprobar e implementar la *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CD57/___).
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:
 - a) implementen planes de acción nacionales, tomando como marco de referencia los objetivos contenidos en la estrategia y plan de acción, y establezcan mecanismos de monitoreo utilizando los indicadores propuestos;
 - b) establezcan mecanismos formales de participación y diálogo en la elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad, así como de transparencia y rendición de cuentas en los servicios de salud;
 - c) identifiquen e implementen procesos permanentes de calidad en los servicios de salud, orientados por la seguridad y los derechos de las personas, promoviendo el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación, la participación y el acceso a la información;
 - d) establezcan mecanismos formales para fortalecer la rectoría en el desarrollo de políticas y estrategias nacionales para la calidad, 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 el análisis de situación;
 - e) promuevan, dentro de las redes de servicios, el desarrollo de equipos interprofesionales responsables del monitoreo y la evaluación de la calidad, que dispongan de sistemas de información que permitan facilitar su trabajo;
 - f) desarrollen estrategias de educación permanente para los recursos humanos de salud, incorporando las nuevas tecnologías de la información y comunicación, la telesalud, la educación en línea y las redes de aprendizaje, para mejorar la capacidad resolutive y la calidad del desempeño, con un especial énfasis en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud;
 - g) aumenten la eficiencia y el financiamiento público necesario para proporcionar los recursos adecuados para la calidad de los servicios integrales de salud, con especial atención a las personas y comunidades en situación de vulnerabilidad.

3. Solicitar a la Directora que:
- a) promueva el diálogo intersectorial que facilite la implementación de la estrategia y plan de acción y abogue por el incremento de la inversión en la salud que garantice recursos suficientes;
 - b) continúe desarrollando acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia y plan de acción;
 - c) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción para mejorar la calidad de la atención en los servicios integrales de salud para las personas, sus familias y las comunidades en los Estados Miembros;
 - d) promueva la innovación en la cooperación técnica, actualizando los mecanismos de la Oficina Sanitaria Panamericana para facilitar la acción interprogramática coordinada en la mejora de la calidad;
 - e) impulse la investigación, el intercambio de experiencias y la cooperación entre países en intervenciones para la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud;
 - f) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución de la estrategia y plan de acción, y presente un examen de mitad de período y un informe final.

(Quinta reunión, 26 de junio del 2019)

CE164.R13: Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE164/27;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director General Adjunto sobre la base de la escala modificada de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

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

Reconociendo la necesidad de que haya uniformidad con respecto a las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y del personal de las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de enero del 2019, en cuanto a la remuneración del personal de las categorías profesional y superior y una escala común de las contribuciones del personal.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2019, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en un monto bruto anual de US\$ 178.433¹ con un correspondiente sueldo neto de \$133.266.
3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2019, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$179.948 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$134.266.
4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2019, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$198.315 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$146.388.

Anexo

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

Anexo

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

330. SUELDOS

330.1 Los sueldos básicos estarán sujetos a las siguientes contribuciones:

...

330.1.2 Para el personal de servicios generales:

Total de los pagos gravables (en US\$)	Porcentaje de la contribución (%)
Los primeros 20 000	19
Los siguientes 20 000	23
Los siguientes 20 000	26
Los siguientes 20 000	28
Resto de los pagos gravables	29

(Quinta reunión, 26 de junio del 2019)

CE164.R14: *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CE164/22),

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD
2019-2025**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CD57/__);

Tomando en cuenta que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en septiembre del 2017 la *Política sobre etnicidad y salud*, en cuya resolución se solicita a la Directora que 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 Organización Panamericana de la Salud (OPS);

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

Observando que la adopción de medidas en el marco de la salud intercultural podría ayudar a mejorar los resultados en salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en línea con el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, sus objetivos estratégicos, sus resultados previstos a nivel regional y sus indicadores;

Considerando las lecciones aprendidas y las resoluciones ya aprobadas que reconocen la necesidad de fortalecer la salud intercultural en las intervenciones de salud;

Asumiendo la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025, la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, la resolución sobre *Salud y los derechos humanos*, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, y el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*,

RESUELVE:

1. Aprobar e implementar la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CD57/__).
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos y necesidades, a que promuevan el cumplimiento de los objetivos e indicadores de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* para avanzar de manera más expedita en el itinerario planteado por la *Política sobre etnicidad y salud*.
3. Solicitar a la Directora que, dentro de las posibilidades financieras de la Organización:
 - a) apoye técnicamente a los Estados Miembros en la implementación de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*;
 - b) mantenga la etnicidad y la salud como un tema transversal en la cooperación técnica de la OPS;

- c) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan en el ámbito de la etnicidad y la salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes;
- d) rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los desafíos enfrentados en la ejecución de la estrategia y plan de acción.

(Séptima reunión, 27 de junio del 2019)

CE164.R15: Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente calificados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Agradecer al señor Claus Andreasen por sus años de servicio en el Comité de Auditoría de la OPS.
3. Nombrar al señor Alan Siegfried para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años a partir de junio del 2019 y hasta junio del 2022.

(Séptima reunión, 27 de junio del 2019)

CE164.R16: Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019

LA 164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019* (documento CE164/5, Add. I);

Teniendo presente las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (anteriormente conocido como el Premio OPS en Administración), según fueron aprobados por el 56.^o Consejo Directivo (2018),¹

RESUELVE:

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019 por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de su país y de la Región.
2. De acuerdo a la recomendación del Jurado, conferir el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019 a la doctora Reina Roa Rodríguez, de Panamá, por su doble contribución al fomento de la salud pública por medio del control del tabaco en los niveles nacional, regional y mundial y en su función como Directora Nacional de Planificación de Salud, encargada de supervisar la formulación y ejecución de la Política Nacional de Salud de Panamá y sus Directrices Estratégicas 2016-2025, concebidas por primera vez con un enfoque intersectorial y de gestión basada en resultados. Adicionalmente, la doctora Reina Roa Rodríguez ha contribuido significativamente a elaboración de la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018-2030, y a la preparación del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025.
3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019* (documento CE164/5, Add. I) al 57.^o Consejo Directivo.

(Octava reunión, 27 de junio del 2019)

¹ Las pautas y procedimientos para conferir el premio fueron aprobados por la 18.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificados por la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (1994), el Comité Ejecutivo en sus sesiones 124.^a (1999), 135.^a (2004), 140.^a (2007), 146.^a (2010) y 158.^a (2016), y por el 56.^o Consejo Directivo (2018).

CE164.R17: Orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD57/1) preparado por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana para el 57.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), 71.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de Salud (OMS) para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE164/3;

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD57/1) preparado por la Directora para el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 27 de junio del 2019)

CE164.R18: Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el *Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025* (documento CE164/12, Rev. 1), presentado por la Directora y elaborado en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG, por su sigla en inglés);

Reconociendo las contribuciones de la Presidencia, la Vicepresidencia y los otros 19 Estados Miembros que conforman el SPAG;

Previendo que el 57.º Consejo Directivo considerará las observaciones del Comité Ejecutivo en el proceso de finalización del Plan Estratégico,

RESUELVE:

Recomendar al 57.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2020-2025

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 (Documento Oficial ____)* presentado por la Directora;

Reconociendo el proceso participativo para la formulación del Plan Estratégico por medio del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG, por su sigla en inglés) y las consultas nacionales llevadas a cabo por los Estados Miembros para definir sus prioridades programáticas, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina);

Observando que el Plan Estratégico proporciona el marco principal para guiar y velar por la continuidad en la elaboración de los presupuestos por programas y los planes operativos de tres bienios, y que responde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, que es el mandato regional de más alto nivel en el ámbito de la salud, el 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud y otros mandatos regionales y mundiales pertinentes;

Considerando el contexto de la salud en la Región de las Américas, donde persisten brechas y disparidades entre los diferentes grupos en cuanto al logro de resultados en materia de salud a pesar del progreso significativo y sostenido hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Recibiendo con beneplácito la visión estratégica del Plan bajo el tema *La equidad, el corazón de la salud*, que tiene como objetivo poner la equidad en la salud como meta general y catalizar los esfuerzos de los Estados Miembros para reducir las inequidades en materia de salud entre los países y territorios y dentro de ellos para mejorar los resultados en materia de salud;

Reconociendo que el Plan Estratégico representa un conjunto integral y colectivo de resultados que la Organización tiene el propósito de alcanzar en conformidad con los mandatos anteriormente mencionados, y que los informes que se presenten en el futuro sobre la ejecución del Plan Estratégico y sus presupuestos por programas constituirán el principal medio para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas programática de la Oficina y los Estados Miembros de la OPS, de acuerdo con los principios de la gestión basada en resultados,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020–2025 (Documento Oficial ____)*.

2. Agradecer a los miembros del SPAG por su compromiso y sus aportes estratégicos y técnicos a la formulación del Plan Estratégico, así como a la Directora por garantizar que el SPAG recibiera un apoyo eficaz de todos los niveles de la Oficina y que se adoptara un enfoque participativo en este importante proceso.
3. Invitar a las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, los asociados en el desarrollo internacional, las instituciones financieras internacionales, las instituciones académicas, la sociedad civil, las organizaciones del sector privado y otros a brindar su apoyo al logro de las ambiciosas metas establecidas en el Plan Estratégico.
4. Instar a todos los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta sus contextos y prioridades nacionales, definan las medidas que deben emprender y los recursos que necesitan para alcanzar las metas colectivas establecidas el Plan Estratégico.
5. Solicitar a la Directora que:
 - a) use el Plan Estratégico para proporcionar orientación estratégica a la Organización durante el período 2020-2025 a fin de impulsar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud y otros mandatos regionales y mundiales;
 - b) use la estratificación de prioridades programáticas establecida en el Plan Estratégico para fundamentar la asignación de recursos y la coordinación de los esfuerzos de movilización de recursos;
 - c) siga aplicando la estrategia de países clave por medio de la cooperación técnica de la Oficina, utilizando los resultados del índice de necesidades de salud actualizado para cerrar las brechas de salud entre los países y dentro de ellos;
 - d) siga utilizando las herramientas de seguimiento y evaluación conjuntos, amplíe la compilación de datos desagregados y amplíe el uso de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y otros sistemas de información existentes para presentar informes sobre la ejecución del Plan Estratégico y sus presupuestos por programas;
 - e) emprenda una evaluación exhaustiva de las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico 2014-2019 para brindar una mayor orientación en torno a las políticas e intervenciones de salud basadas en la evidencia en los próximos seis años;
 - f) informe al Consejo Directivo sobre la ejecución del Plan Estratégico por medio de informes bienales sobre la evaluación de la ejecución del plan en los años 2022 y 2024, y una evaluación final en el 2026;
 - g) recomiende al Consejo Directivo en el futuro cualquier modificación del Plan Estratégico que considere necesaria.

(Octava reunión, 27 de junio del 2019)

CE164.R19: *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030*

LA 164.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* (documento CE164/19, Rev. 1);

Consciente del impacto de los esfuerzos realizados en el ámbito de la promoción de la salud en la Región de las Américas y de los logros de modelos que van más allá del tratamiento de enfermedades para mejorar y mantener la salud, y reconociendo la necesidad de que las personas vivan en entornos saludables que les permitan mejorar su propia salud y bienestar;

Considerando la necesidad de seguir elaborando políticas, programas, planes y proyectos que integren la promoción de la salud de una manera equitativa y basada en la solidaridad, que estén vinculados con las políticas pertinentes de otros sectores, que no dejen a nadie atrás y que apoyen el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y el logro de la salud universal,

RESUELVE:

Recomendar que el 57.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE 2019-2030**

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* (documento CD57/__), cuyas líneas estratégicas hacen un llamado a fortalecer los entornos saludables, propiciar la participación y el empoderamiento de la comunidad y el compromiso de la sociedad civil, mejorar la gobernanza y el trabajo intersectorial para actuar en los determinantes sociales de la salud, y fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones de la Región de las Américas;

Reconociendo la importancia de renovar la promoción de la salud en la Región en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud

2020-2025 a fin de mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones de la Región de las Américas,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* (documento CD57/___).
2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con los objetivos y los indicadores establecidos en el plan de acción y considerando sus propios contextos y prioridades, a que:
 - a) promuevan la implementación de la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* para avanzar eficazmente en su ejecución.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros a fin de que fortalezcan las capacidades nacionales en materia de promoción de la salud que contribuyan a la aplicación de la estrategia y plan de acción y al logro de sus objetivos.

(Octava reunión, 27 de junio del 2019)

Decisiones

CE164(D1): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por la Directora (documento CE164/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 24 de junio del 2019)

CE164(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo, 71.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Canadá y Perú, que ocuparon la Presidencia y la Relatoría del Comité, respectivamente, para que lo representasen en el 57.º Consejo Directivo, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Comité designó a Barbados y a Panamá como representantes suplentes.

(Octava reunión, 27 de junio del 2019)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, Delegado de Canadá, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en el idioma inglés.

HECHO en Washington, D.C. (Estados Unidos de América), a los veintiocho días de junio del año dos mil diecinueve. La Secretaria depositará los documentos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El informe final se publicará en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud una vez que haya sido aprobado por el Presidente.

Pearson Michael
Presidente de la
164.^a sesión del Comité Ejecutivo
Delegado de Canadá

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

Anexo A

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**

 - 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
 - 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
 - 2.3 Proyecto de orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

 - 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**
 - 3.1 Informe de la 13.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
 - 3.2 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2019
 - 3.3 Colaboración con agentes no estatales
 - 3.4 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - 3.5 Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2018
 - 3.6 Informe anual de la Oficina de Investigaciones correspondiente al 2018
 - 3.7 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
 - 3.8 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

 - 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025
 - 4.2 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021
-

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

- 4.3 Política del presupuesto de la OPS
- 4.4 Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021
- 4.5 Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas
- 4.6 Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025
- 4.7 Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023
- 4.8 Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030
- 4.9 Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030
- 4.10 Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025
- 4.11 Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025
- 4.12 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)

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 2018
- 5.3 Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS *(cont.)*

- 5.4 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2018

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.3 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
- 7.2 Seguimiento de las resoluciones y los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud
- 7.3 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- 7.4 La atención primaria de salud hacia la salud universal
- 7.5 Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes: Informe final
- 7.6 Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final
- 7.7 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022: Examen de mitad de período
 - B. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023: Informe de progreso
 - C. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso

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

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

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

E. Plan de acción sobre inmunización: Informe de progreso

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

A. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. Organizaciones subregionales

7.9 Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de
cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros
vecinos

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA REUNIÓN

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. oficial 357 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2018

Documentos de trabajo

CE164/1, Rev. 2 y
CE164/WP/1, Rev. 1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE164/2 Representación del Comité Ejecutivo en el 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE164/3 Proyecto de orden del día provisional del 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE164/4 Informe de la 13.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE164/5 y Add. I Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 201

CE164/6 Colaboración con agentes no estatales

CE164/7 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE164/8 Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2018

CE164/9, Rev. 1 Informe anual de la Oficina de Investigaciones correspondiente al 2018

CE164/10 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE164/11 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE164/12, Rev. 1, y Add. I	Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025
CE164/13 y Add. I y Add. II	Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021
CE164/14	Política del presupuesto de la OPS
CE164/15	Escala de contribuciones señaladas para el 2020-2021
CE164/16	Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas
CE164/17	Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025
CE164/18	Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023
CE164/19, Rev. 1	Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030
CE164/20	Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030
CE164/21	Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025
CE164/22	Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025
CE164/23	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)
CE164/24 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE164/25	Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE164/26	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2018
CE164/27	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE164/28	Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE164/29	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

Asuntos de información general

CE164/INF/1	Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
CE164/INF/2	Seguimiento de las resoluciones y los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud
CE164/INF/3	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
CE164/INF/4, Rev. 1	La atención primaria de salud hacia la salud universal
CE164/INF/5	Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes: Informe final
CE164/INF/6	Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final
CE164/INF/7	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none">A. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022: Examen de mitad de períodoB. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023: Informe de progresoC. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso

Asuntos de información general (*cont.*)

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

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

E. Plan de acción sobre inmunización: Informe de progreso

CE164/INF/8

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

A. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. Organizaciones subregionales

CE164/INF/9

Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos

Anexo C

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

President / Presidente: Mr. Michael Pearson (Canada)
Vice-President / Vicepresidente: Dr. Marvin Manzanero (Belize)
Rapporteur / Relator: Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde (Peru)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Anton Best
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Delegates – Delegados

Ms. Mandisa Downes
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Angela Kinch
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

BELIZE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Fernanda Martins Torres Matsumoto
Chefe de Divisão de Temas Multilaterais
Ministério de Relações Exteriores
Brasília

Sra. Maria Clara de Paula Tusco
Primeira-Secretária, Representante Alternata
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Indiará Meira Gonçalves
Assessora Internacional para
Assuntos Multilaterais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Michael Pearson
Branch Head
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Nicolas Palanque
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

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

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

Ms. Shafiqah Muhamad Nor
Senior Development Officer
Inter-American Affairs Division
Global Affairs Canada, Ottawa

Ms. Kate Trotter
Policy Analyst
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Iván Darío González Ortíz
Viceministro de Salud Pública
y Prestación de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ruales
Subsecretario de Promoción de la Salud
e Igualdad
Ministerio de Salud
Quito

Delegates – Delegados

Sr. Marco Ponce
Encargado de Negocios, a.i.
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

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

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Garrett Grigsby
Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Ms. Valerie Huber
Senior Policy Advisor
Office of the Assistant Secretary for Health
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

Mr. Nelson Arboleda
Director, Americas Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Ann Danelski
Senior Global Health Officer
Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Amy Kravitz Del Solar
Acting Health Team Lead
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
United States Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Mr. Patrick Connally
Management Specialist
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. MacKenzie Klein
Global Health Officer
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

COSTA RICA

Lic. Adriana Salazar
Jefe de Asuntos Internacionales en Salud
Ministerio de Salud
San José

Excmo. Sr. Olger González Espinoza
Embajador, Representante Alterno de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

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

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA (cont.)

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

EL SALVADOR

Sra. Dinora Escalante de Gálvez
Consejera, Representante Alternas de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

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

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

HONDURAS

Sra. María Fernanda Pineda
Primera Secretaria, Representante Altern
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Excma. Sra. Luz Elena Baños Rivas
Embajadora, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Maite Narváez
Tercera Secretaria, Representante Altern
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

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

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Mr. Mikael Garnier-Lavalley
Counselor for Health, Social Welfare
and Sports
Embassy of France
Washington, D.C.

Ms. Céline Jaeggy
Head, Department of Social Affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Mr. Louis Barse
Intern
Permanent Mission of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

Sra. Dña. Concepción Figueroa
Observadora Permanente Adjunta de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Ms. Vina HuLamm

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

Mrs. Lily Waterston

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

Msc. Ing. Martín Méndez
Sra. Elizabeth Vasconcelos

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

Sr. Rafael Díaz-Granados
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Mr. Martin Guozden

**External Auditor, National Audit Office/Audit
Externo, Oficina Nacional de Auditoría**

Mr. Damian Brewitt
Mr. Simon Irwin

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Director and Secretary ex officio of the
Executive Committee/Directora y
Secretaria ex officio del Comité Ejecutivo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

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

Dr. Jarbas Barbosa Da Silva Jr.
Assistant Director
Subdirector

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

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

Ms. Mônica Zaccarelli Davoli
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos

Anexo D

Informe de la reunión virtual del Comité Ejecutivo celebrada el 27 de agosto del 2019

Apertura de la reunión

1. El 27 de agosto del 2019 tuvo lugar una reunión virtual del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para proseguir las deliberaciones acerca del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (véanse los párrafos 73 al 88 del informe final de la 164.^a sesión del Comité Ejecutivo, documento CE164/FR).
2. Los delegados de los siguientes Miembros del Comité Ejecutivo participaron en la reunión, ya sea en persona en la sede de la OPS en Washington, D.C., o en línea por Webex: Belice, Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. Los delegados de los siguientes Estados Miembros participaron como observadores: Argentina, Cuba, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela (República Bolivariana de).
3. El señor Nicolás Palanque (Canadá, Presidente del Comité Ejecutivo) presidió la reunión, mientras que el señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) actuó como Secretario *ex officio* y representante de la Directora de la OSP, doctora Carissa Etienne, quien no pudo estar presente.
4. El señor Palanque dio inicio a la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Explicó que la finalidad de la reunión era examinar y tratar de llegar a un acuerdo acerca de varias modificaciones que se habían propuesto en el plazo designado para presentar observaciones, entre el final de la 164.^a sesión del Comité el día 28 junio y el 15 de julio. Los cambios que se acordasen se incorporarían en la versión del documento que se presentaría al 57.^o Consejo Directivo. Si no fuese posible llegar a un acuerdo acerca de algún cambio propuesto, se mantendría el texto que figuraba en el documento CE164/12, Rev. 1. Todo cambio no acordado en la reunión virtual podría considerarse nuevamente en el Consejo Directivo. En la reunión virtual no se propondrían nuevos cambios.

Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 (documento CE164/12, Rev. 1)

5. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) hizo un repaso de los antecedentes del proyecto de Plan Estratégico y el cronograma para su elaboración; además, recordó que se había presentado un anteproyecto completo del Plan Estratégico al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su 13.^a sesión, en marzo del 2019. Luego, esa propuesta se había
-

mejorado para su presentación al Comité Ejecutivo en 164.^a sesión en junio. En el transcurso de la sesión de junio se había formado un grupo de trabajo para revisar la redacción de algunas descripciones del alcance de los resultados intermedios que seguía pendiente. El grupo de trabajo había resuelto todas menos una de las cuestiones pendientes y el Comité Ejecutivo había aprobado la redacción acordada (véase el párrafo 85 del documento CE164/FR). Se había invitado a los Estados Miembros a que siguieran presentando sus observaciones sobre el proyecto de plan estratégico hasta el 15 de julio. Estados Unidos de América había propuesto varios cambios y, tras otra revisión de algunas secciones del documento, la Oficina también había propuesto algunas modificaciones más.

6. Varios de los cambios propuestos estaban relacionados con la sección relativa al contexto de la salud del documento. Estados Unidos había propuesto que se suprimiera la palabra “estructural” en los párrafos 20, 21, 39 y 40 del documento CE164/12, Rev. 1. Habida cuenta del debate que tuvo lugar durante la reunión, la delegación de Estados Unidos posteriormente retiró su propuesta en relación con una referencia a las “desigualdades estructurales” en el párrafo 40.

7. Con respecto al párrafo 20, que se refería a la “discriminación estructural”, el Delegado de Estados Unidos explicó que su delegación no había podido encontrar ninguna definición del término acordada a nivel internacional. Su delegación también consideraba que sería más inclusivo sencillamente referirse a las “formas múltiples y transversales de discriminación”, un término que abarcaría la discriminación interpersonal, así como otras formas más institucionales de discriminación.

8. El Comité aceptó la eliminación del término “estructural” en el párrafo 20.

9. En relación con una referencia a las “desigualdades estructurales” en el párrafo 21, la delegación de Estados Unidos indicó que podría estar de acuerdo en retener el término “desigualdades estructurales”, pero solicitó aclaración del origen de la definición del término en la nota a pie de página número 6. Otras delegaciones estuvieron de acuerdo en que debía aclararse el origen de la definición y la definición misma.

10. La doctora Anna Coates (Jefa, Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural, OSP) explicó que la definición que figuraba en la nota a pie de página se había derivado de una revisión bibliográfica, en la que se indicaba que el término abarcaba tanto la discriminación interpersonal como las formas más sistémicas o institucionales de discriminación que pudieran tener efectos adversos para grupos específicos de una sociedad.

11. Se sugirió que la Oficina debía tratar de encontrar una redacción acordada en un documento de las Naciones Unidas y proponer una nueva definición más adelante en la reunión. Luego, la doctora Coates sugirió la siguiente definición, que se había derivado en gran parte de la resolución 72/162 de la Asamblea General de las Naciones Unidas,¹

¹ Documento A/RES/72/162 (2017).

titulada *Aplicación de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo: la situación de mujeres y niñas con discapacidad*. La definición también contenía elementos derivados de los informes del Grupo de Trabajo de Expertos de las Naciones Unidas sobre los afrodescendientes y documentos de las Naciones Unidas en relación con el cambio climático y las desigualdades:

La desigualdad estructural es un estado que surge cuando ciertos grupos están en una situación desigual en relación con otros grupos, lo que tiene un impacto en su acceso a los bienes físicos y financieros, los servicios de salud de calidad, la educación y el empleo, y es el resultado de la discriminación estructural o sistémica según se refleja en patrones ocultos o manifiestos de comportamiento institucional discriminatorio, tradiciones culturales discriminatorias, normas y actitudes sociales discriminatorias y negativas, y relaciones de poder desiguales que consideran a ciertos grupos como subordinados a otros.

12. El Comité estuvo de acuerdo en que la definición propuesta representaba una mejora con respecto a la incluida en el documento CE164/12, Rev. 1. Sin embargo, algunas delegaciones fueron del parecer de que solo los elementos que en realidad se habían extraído de la resolución 72/162 de la Asamblea General podrían considerarse como una redacción acordada por consenso. Luego de una mayor deliberación, el Comité decidió pedir a la Oficina que encontrara una solución que presentara una versión revisada al 57.º Consejo Directivo.

13. Con respecto al párrafo 39, que incluía una referencia a los “determinantes sociales, ambientales y estructurales de la salud”, el Delegado de Estados Unidos señaló que la redacción acordada en la Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud (adoptada en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en octubre del 2011) era: “determinantes sociales, económicos y medioambientales”. Debido a que no había ninguna definición acordada internacionalmente del término “determinantes estructurales”, la delegación de Estados Unidos propuso que en el párrafo 39 se usara la redacción de la Declaración de Río.

14. El Comité acordó que la expresión “determinantes sociales, ambientales y estructurales” en el párrafo 39 debía sustituirse con “determinantes sociales, económicos y ambientales”.

15. La delegación de Estados Unidos también propuso otros cambios en el párrafo 21 y en los párrafos 22, 24, 28, 42 y 57 de la sección de contexto de la salud. El cambio propuesto en el párrafo 28 se retiró después de haberse aclarado que la redacción que aparecía en el documento CE164/12, Rev.1, había sido considerada y aprobada por el grupo de trabajo en junio.

16. En cuanto al párrafo 21, la propuesta de Estados Unidos consistía en revisar la frase “los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y romaníes” para que diga: “la población indígena, afrodescendiente y romaní” y suprimir la frase: “y personas cuya

condición migratoria es precaria” de la última oración: “Estas desigualdades marginan aún más a los grupos con menos poder social y económico, como las mujeres y las niñas, las personas en situación de pobreza, los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y romaníes, las personas con discapacidad y las personas cuya condición migratoria es precaria, entre otros, al tiempo que aumentan las oportunidades para los grupos con mayor posición social y más poder.”

17. Con respecto al primer cambio propuesto, el Delegado de Estados Unidos explicó que, en los contextos relacionados con los derechos humanos, los asesores legales de su delegación preferían centrarse en las personas y no en los grupos y, por consiguiente, preferiría el término las “personas indígenas”; sin embargo, la delegación podría aceptar la palabra “poblaciones”. Otras delegaciones preferían mantener el término los “pueblos indígenas”, y varias de ellas señalaron que el término tenía una definición legal específica en sus países. En aras de avanzar, la delegación de Estados Unidos estuvo de acuerdo en retirar su propuesta.

18. Con respecto al segundo cambio propuesto en el párrafo 21, el Delegado de Estados Unidos explicó que, a pesar de una investigación exhaustiva, su delegación no había podido encontrar ninguna referencia a las “personas cuya condición migratoria es precaria” en ningún texto aprobado internacionalmente. Sugirió reemplazar la frase con las “poblaciones migrantes” o los “migrantes”.

19. Otras delegaciones apoyaron esa propuesta. Se señaló que la Asamblea Mundial de la Salud había adoptado recientemente una decisión² en la que se hacía referencia a los “refugiados y migrantes” y se sugirió que, para fines de uniformidad, debía usarse esa redacción. El Comité estuvo de acuerdo en reemplazar la oración “las personas cuya condición migratoria es precaria” con el término “refugiados y migrantes”.

20. En el párrafo 22, Estados Unidos propuso suprimir la frase “en las agendas políticas y económicas” de la siguiente oración: “A nivel nacional, no se han desarrollado procesos claros de gobernanza sobre la salud pública ambiental ni se les ha dado prioridad en las agendas políticas y económicas”. El Delegado de Estados Unidos explicó que su delegación encontraba que la redacción limitaba innecesariamente la descripción de los retos y los problemas enfrentados con respecto a la salud ambiental. Reconoció que no se había asignado la prioridad suficiente al tema en las agendas políticas y económicas, pero señaló que en las agendas técnicas tampoco se le había asignado suficiente prioridad.

21. Otras delegaciones consideraron que era importante destacar la falta de atención a los asuntos de salud ambiental en las agendas políticas y económicas, y observaron que esa misma falta de atención había contribuido a la falta de atención a la salud ambiental en los programas técnicos. El Delegado de Estados Unidos dijo que luego de escuchar los argumentos convincentes de otras delegaciones, su delegación retiraría su propuesta de modificación.

² Decisión WHA72(14) (2019).

22. Con respecto al párrafo 24, Estados Unidos propuso suprimir la oración “para satisfacer los derechos de todos los grupos en forma equitativa” del párrafo que decía: “El manejo de la migración, en particular cuando se registran desplazamientos grandes y repentinos de la población, ha suscitado preguntas profundas acerca de la resiliencia y la capacidad de adaptación de los sistemas de salud en la Región para satisfacer los derechos de todos los grupos en forma equitativa”. El Delegado de Estados Unidos explicó que su delegación prefería que en el párrafo se hiciera hincapié en los sistemas de salud mismos y en su fortalecimiento, tanto para la prestación de servicios como para el logro de mejores resultados en materia de salud para todas las personas. Propuso que, en lugar de referirse a los derechos de todos los grupos, se mencionasen las necesidades de salud de todos los grupos.

23. Otras delegaciones destacaron la importancia de mantener el énfasis en la equidad. La Delegada de Brasil propuso la siguiente redacción: “para lograr el acceso y la cobertura de la salud de manera equitativa en la Región”, que reflejaba la redacción usada en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.³ El Comité aceptó esa redacción.

24. En el párrafo 42, Estados Unidos propuso suprimir la palabra “migrante” de la última oración, que dice: “La situación requiere un esfuerzo conjunto, concertado y transnacional para promover y proteger la salud de los migrantes en estrecha colaboración con todos los sectores y agentes pertinentes”. El Delegado de Estados Unidos explicó que, inicialmente, su delegación había propuesto el cambio porque consideraba que la redacción podría ser muy limitante con respecto a las iniciativas transnacionales para promover la salud, no solo de los migrantes sino también de las comunidades circundantes; sin embargo, teniendo en cuenta los debates anteriores en relación con la salud de los migrantes, su delegación estaba dispuesta a retirar la eliminación propuesta.

25. Otras delegaciones estuvieron de acuerdo en que sería apropiado destacar la necesidad de proteger la salud no solo de los migrantes sino también de las poblaciones de acogida. Después de una mayor deliberación, el Comité estuvo de acuerdo en que debía modificarse la redacción para que dijese: “Por consiguiente, la situación requiere un esfuerzo conjunto, concertado y transnacional para promover y proteger la salud de los migrantes y de la población de acogida en estrecha colaboración con todos los sectores y agentes pertinentes”.

26. En relación con el párrafo 57, Estados Unidos propuso suprimir la frase “ejercer sus derechos” de la oración que decía: “La salud universal y el logro de la equidad en la salud dependen de la eliminación progresiva de los obstáculos geográficos, económicos, socioculturales, organizacionales y de género que dificultan que los diferentes grupos de la población tengan acceso a servicios de salud de buena calidad que satisfagan sus necesidades y les permitan ejercer sus derechos”. El Delegado de Estados Unidos explicó que, si bien reconocía el enfoque basado en los derechos que sustentaba todo el Plan

³ Véanse el documento CD53/5, Rev. 2 y la resolución CD53.R14 (2014).

Estratégico, en el párrafo 57 su delegación prefería centrarse en la prestación de los servicios de salud y en los resultados en materia de salud.

27. Otras delegaciones señalaron que el derecho a la salud estaba consagrado en las constituciones o las leyes de varios países de la Región y que, por ese motivo, se consideraba que debería mantenerse una referencia a los derechos, aunque se sugirió que podría insertarse la redacción relacionada con los derechos utilizada en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Luego de otros debates, el Comité estuvo de acuerdo en suprimir la frase “ejercer sus derechos” y, de conformidad con la estrategia, modificar el final de la oración para que dijera: “...obstáculos geográficos, económicos, socioculturales, organizacionales y de género que dificultan que los diferentes grupos de la población tengan acceso universal a servicios de salud oportunos y de buena calidad que satisfagan sus necesidades”.

28. En el apartado sobre gestión de riesgos del “Marco programático de resultados”, la Oficina propuso varios cambios relacionados tanto con el formato como con algunas cuestiones de fondo. Con respecto al formato, la Oficina propuso reemplazar el cuadro 2 del documento CE164/12, Rev. 1, con una lista de los riesgos, seguida de una lista de enfoques de mitigación, que se presentarían en los párrafos 80 y 81, respectivamente. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) explicó que se proponía el cambio para que el formato estuviese en consonancia con el formato del Plan Estratégico 2014-2019 y porque la Oficina se había dado cuenta de que varios de los enfoques de mitigación estaban relacionados con más de un riesgo.

29. La Oficina también proponía que se agregara un nuevo párrafo 83, que diría:

Las continuas mejoras del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) garantizan la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles de la Organización. Asimismo, brindan apoyo a la primera línea de rendición de cuentas, representada por los gerentes y el personal, y mejoran de manera proactiva la segunda línea de rendición de cuentas, representada por la gestión de riesgos, los controles internos y el cumplimiento, y complementada por revisiones independientes realizadas por los responsables de la supervisión de la Oficina.

30. El Comité aceptó el cambio en el formato. También aceptó el agregado del nuevo párrafo 83, con dos cambios en la redacción: “...garantizan la transparencia y la rendición de cuentas...” se modificaría para decir: “...favorecen la transparencia y la rendición de cuentas” y, al final, se cambiaría levemente la redacción para que dijera: “...representada por los controles internos, la gestión de riesgos y el cumplimiento, y complementada por revisiones independientes realizadas por los responsables de la supervisión de la Oficina”. El Comité planteó varias cuestiones en relación con la redacción propuesta de la lista de riesgos en el párrafo 80 y solicitó a la Oficina que modificara la redacción y presentara una propuesta revisada al 57.º Consejo Directivo.

31. En la lista de los enfoques de mitigación del párrafo 81, la delegación de Estados Unidos había propuesto suprimir una referencia a la equidad en la salud en el subpárrafo b), pero en vista del debate anterior sobre la equidad, la delegación retiró la propuesta.

32. Otro conjunto de cambios propuestos guardaba relación con algunas descripciones del alcance de los resultados intermedios y de los indicadores. La Oficina propuso revisar el indicador del resultado 1.b para que dijera: “Número de países y territorios que han fortalecido la capacidad resolutive del primer nivel de atención” en lugar de “Número de países y territorios que han aplicado estrategias para fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención”. Varias delegaciones cuestionaron el cambio propuesto, porque consideraban que transformaría el indicador, que dejaría de ser un indicador del resultado intermedio para convertirse en un indicador del impacto. También se preguntaban cómo se mediría el fortalecimiento de la capacidad resolutive del nivel de la atención primaria.

33. El doctor Hernán Luque (Asesor Regional sobre Servicios de Salud, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) explicó que la idea era aclarar el resultado intermedio buscado, que era el fortalecimiento de la capacidad resolutive del nivel de la atención primaria. El hecho de que los países hubiesen aplicado una estrategia no indicaba necesariamente que se hubiese logrado ese resultado intermedio. Con respecto a la pregunta de cómo se mediría el fortalecimiento de la capacidad resolutive, el doctor Luque explicó que la ficha técnica para el indicador incluiría ocho elementos que podrían usarse para medir hasta qué punto se había logrado el resultado. También explicó que un indicador del impacto mediría un resultado como una reducción de la mortalidad materna o de los años de vida sana perdidos.

34. El señor Chambliss agregó que el objetivo era desplazar el énfasis de la mera aplicación de una estrategia a la adopción de un enfoque más amplio para fortalecer la capacidad resolutive, medida por medio de los ocho elementos.

35. Algunas delegaciones expresaron su apoyo al cambio propuesto, mientras que otras opinaron que no podían aceptar el cambio hasta tanto no hubiesen examinado las fichas técnicas. En vista de que el Comité no pudo lograr consenso, se decidió que la redacción quedaría igual a la del documento CE164/12, Rev. 1. El punto podría seguir considerándose en el 57.º Consejo Directivo.

36. El señor Chambliss dijo que la Oficina se esforzaría por hacer circular el compendio de los indicadores antes del Consejo Directivo. Señaló que el compendio no era un documento formal de los Cuerpos Directivos, pero que sería útil para los Estados Miembros cuando analizaran los indicadores propuestos.

37. En cuanto a la descripción del alcance del resultado intermedio 8 (“Acceso a las tecnologías sanitarias”), Estados Unidos propuso agregar las palabras “en particular donde los mecanismos existentes de mercado no proporcionan incentivos para la investigación y el desarrollo”, al final de la oración que decía: “A fin de contener los costos en los sistemas de salud, adoptar estrategias integrales que aumenten la

asequibilidad y fomenten la competencia, como estrategias de productos genéricos y de diversas fuentes, mecanismos para fomentar el uso de productos médicos eficaces y de menor costo en lugar de productos más costosos de poco o ningún valor agregado, y medidas que promuevan, entre otros mecanismos innovadores, cuando sea posible, la desvinculación del costo de la investigación y el desarrollo de los precios finales de los medicamentos”.

38. El Delegado de Estados Unidos explicó que su delegación inicialmente había propuesto suprimir toda referencia a la desvinculación, que era un tema complejo con aspectos relacionados con el comercio y la industria, que estaban fuera de la competencia de los ministerios de salud y del sector de la salud. Sin embargo, su delegación reconocía que había fallas significativas del mercado que estaban obstaculizando el acceso universal adecuado a los medicamentos y podría aceptar que se mantuviera la mención de la desvinculación si se agregaba el cambio propuesto.

39. El Comité aceptó el cambio propuesto.

40. La Oficina propuso que se suprimieran la palabra “toda” del indicador 10.b del resultado intermedio 10, que dice: “Número de países y territorios que han asignado al menos 30% de toda la inversión pública en salud al primer nivel de atención”. El señor Chambliss explicó que la Oficina había propuesto inicialmente cambiar la palabra “inversión” a “gasto,” pero luego se había decidido mantener el término “inversión”, en respuesta a las inquietudes expresadas por algunos funcionarios de la Oficina.

41. Una delegada señaló que las fichas técnicas para el indicador se referían al “gasto” no a la “inversión”. La delegación de su país prefería mantener la palabra “gasto”. Otra delegada apoyó el cambio propuesto, pero observó que, si bien algunos países quizá tuvieran una fórmula para calcular la cantidad invertida o gastada en el primer nivel de la atención, otros dependerían de métodos indirectos para el cálculo. Sugirió que el indicador debería reflejar ese hecho. Un tercer delegado preguntó si el énfasis en el gasto público o la inversión pública —con exclusión del gasto privado o la inversión privada— no era demasiado estrecho.

42. La señora Claudia Pescetto (Asesora Regional en Economía y Financiamiento de la Salud, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) dijo que este departamento había recomendado que el indicador se refiriese al “gasto” para estar en consonancia con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, en la que se instaba a un nivel de gasto para la salud pública equivalente al 6% del producto interno bruto. Por otro lado, se consideraba que el término “gasto” era más preciso que el de “inversión”, que podría prestarse a distintas interpretaciones. El indicador tenía por objeto medir solo el gasto público, principalmente, porque el gasto privado —un componente significativo que provenía de los pagos en efectivo efectuados por los usuarios de los servicios de salud— se consideraba como la fuente menos equitativa del financiamiento de la salud. Con respecto al método de cálculo, la Oficina proponía que se utilizara la metodología del Sistema de Cuentas de Salud 2011.

43. El Comité estuvo de acuerdo en que el indicador del resultado 10.b debería decir: “Número de países y territorios que han asignado al menos 30% del gasto público en salud al primer nivel de la atención”. El Comité también aceptó el agregado de la siguiente nota a pie de página en relación con la metodología de cálculo, propuesta por la Delegada de Brasil: “La metodología para calcular el valor del 30% puede variar según el contexto nacional, dada la estructura del primer nivel de atención de salud en cada país”.

44. La Oficina propuso consolidar los indicadores del resultado intermedio 22.a, 22.b y 22.d en un único indicador 22.a, que diría: “Número de países y territorios que están ejecutando una política, estrategia o agenda financiada sobre la investigación y la innovación para la salud”. El indicador 22.c seguiría siendo igual, pero pasaría a ser indicador 22.b.

45. El Comité recibió con agrado la simplificación del indicador y aceptó la propuesta de la Oficina.

46. Tanto la Oficina como Estados Unidos formularon propuestas en cuanto al resultado intermedio 23 (“Preparación para las emergencias de salud y reducción de los riesgos”). Estados Unidos propuso agregar las palabras “medido usando el marco de seguimiento y evaluación del RSI y las herramientas conexas”, al final del indicador 23.b del resultado intermedio 23, que dice: “Número de Estados Partes que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)”. La propuesta de la Oficina era agregar la siguiente nota a pie de página al párrafo 37, relacionada con el cumplimiento de las disposiciones del RSI y la presentación de información a la Asamblea Mundial de la Salud: “El marco de seguimiento y evaluación del RSI incluye un componente obligatorio (la presentación de informes anuales por parte de los Estados Partes) y tres voluntarios (examen posterior a la acción de eventos de salud pública, simulacros y evaluaciones externas voluntarias)”.

47. La delegación de Estados Unidos favorecía la aprobación de ambas propuestas. Otras delegaciones expresaron su apoyo al agregado de la nota a pie de página, pero no a la modificación propuesta del indicador del resultado porque en las fichas técnicas para el indicador no se mencionaba el marco de seguimiento y evaluación del RSI.

48. El Comité estuvo de acuerdo en mantener la redacción existente del indicador del resultado 23.b y en agregar la nota a pie de página propuesta por la Oficina al párrafo 37.

49. El señor Chambliss reiteró que todos los cambios acordados se incorporarían en la versión del proyecto de Plan Estratégico que se sometería a la consideración del 57.º Consejo Directivo. El señor Palanque expresó su agradecimiento por el alto nivel de participación y flexibilidad mostrado por todos los participantes, y luego declaró finalizada la reunión.

- - -