



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

56.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

CD56/FR

27 de septiembre del 2018

Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	7
 Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales	7
Elección de la Mesa Directiva.....	7
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	8
Establecimiento de la Comisión General	8
Adopción del orden del día	8
 Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	8
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	9
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile	11
 Asuntos relativos a la política de los programas	
Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	11
Evaluación de la Política del presupuesto de la OPS.....	14
Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Estados Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019.....	15
Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030	16
Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030	19
Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023.....	21
Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023	24
 Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas	27
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017.....	28
Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS.....	30

ÍNDICE (cont.)*Página***Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités**

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP)	31
Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	31
Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/ Banco Mundial/OMS	32

Premios

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018	32
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud: Modificaciones de los procedimientos	32

Asuntos de información general

Evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	33
Proceso para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025	34
Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS	36
Proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2020-2021	36
Presentación de la metodología empleada a fin de elaborar los indicadores para medir el progreso en la ejecución del 13.º Programa General de Trabajo y análisis de los indicadores y las metas resultantes	40
Consulta regional acerca de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático	43
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud	46
Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas	47
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	49
Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas	51
Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans	53

ÍNDICE (cont.)*Página***Asuntos de información general (cont.)**

Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos	54
Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final	56
Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final	57
Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final.....	59
Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final	60
Estrategia y el plan de acción sobre eSalud: Informe final.....	61
Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final.....	63
La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final.....	64
Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final	65
Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final.....	65
Informes de progreso sobre asuntos técnicos	67
A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso.....	67
B. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia: Examen de mitad de período	68
C. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana: Examen de mitad de período.....	69
D. Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de mitad de período.....	69
E. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales: Examen de mitad de período.....	71
F. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis: Examen de mitad de período.....	72
G. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Examen de mitad de período.....	73
H. Plan de acción para eliminación de la malaria 2016-2020: Examen de mitad de período.....	74
I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso	75

ÍNDICE (cont.)*Página***Asuntos de información general (cont.)****Informes de progreso sobre asuntos técnicos (cont.)**

J. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso 77

K. Situación de los centros panamericanos 78

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS 78

A. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. Cuadragésimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

C. Organizaciones de integración subregional

Otros asuntos 79

Clausura de la sesión 79

Resoluciones y decisiones**Resoluciones**

CD56.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas 80

CD56.R2: Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023 81

CD56.R3: Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile 84

CD56.R4: Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) 87

CD56.R5: Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 88

CD56.R6: Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019 89

CD56.R7: Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud: Modificaciones de los procedimientos 95

CD56.R8: Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 98

CD56.R9: Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030 100

Resoluciones y decisiones (cont.)

Decisiones

CD56(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	103
CD56(D2): Establecimiento de la Mesa Directiva.....	103
CD56(D3): Establecimiento de la Comisión General.....	103
CD56(D4): Adopción del orden del día	103
CD56(D5): Selección de dos miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP).....	104
CD56(D6): Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS	104

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 56.º Consejo Directivo, 70.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., del 23 al 27 de septiembre del 2018.

2. El doctor Octavio Sánchez Midence (Ministro de Salud, Honduras, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo del doctor Sánchez Midence, la doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana), el señor Alex M. Azar II (Secretario de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América), el Excmo. Sr. Néstor Méndez (Subsecretario General, Organización de los Estados Americanos) y la doctora Soumya Swaminathan (Directora General Adjunta para Programas, Organización Mundial de la Salud). Sus respectivos discursos pueden encontrarse en la página web del 56.º Consejo Directivo.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Bolivia, Curaçao y Guatemala para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD56[D1]).

Elección de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CD56[D2]):

<i>Presidencia:</i>	Bahamas	(Excmo. Sr. Dr. Duane Sands)
<i>Vicepresidencia:</i>	Haití	(Dra. Marie Greta Roy Clément)
<i>Vicepresidencia:</i>	Ecuador	(Dra. María Verónica Espinosa Serrano)
<i>Relatoría:</i>	Costa Rica	(Sra. Adriana Salazar González)

¹Discursos disponibles en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14469:56th-directing-council&Itemid=40507&lang=es.

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

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

6. Se informó al Consejo que no sería necesario establecer un grupo de trabajo, dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, en los párrafos 84 a 88 más adelante).

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Cuba, Estados Unidos de América y Santa Lucía para integrar la Comisión General (decisión CD6[D3]).

Adopción del orden del día (documento CD56/1, Rev. 2)

8. El Consejo Directivo adoptó el orden del día propuesto por la Directora (documento CD56/1, Rev. 2) sin cambio alguno, junto con el programa de reuniones (documento CD56/WP/1) (decisión CD56[D4]).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD56/2)

9. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Panamá, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2017 y septiembre del 2018, haciendo hincapié en los temas que el Comité había examinado, pero que no se habían transmitido para su consideración al 56.º Consejo Directivo y observando que informaría acerca de los otros temas a medida que fuesen tratados por el Consejo. Entre los temas que no se habían presentado al Consejo se encontraban los informes anuales de la Oficina de Ética de la OPS, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS y del Comité de Auditoría de la OPS; una propuesta acerca del uso de los excedentes de los ingresos y del presupuesto que quedaban remanentes del Programa y Presupuesto 2016-2017; un informe sobre los proyectos que se llevarían a cabo con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital; modificaciones del Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana; un informe sobre gestión de los recursos humanos y la intervención de un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS; un informe sobre el estado de la implementación del Sistema de Información Gerencial de la OSP y la ciberseguridad en la OPS; y solicitudes de dos agentes no estatales para entablar relaciones oficiales con la OPS, así como el examen de 11 agentes no estatales que deseaban renovar su condición de organizaciones que

mantienen relaciones oficiales con la OPS. Se pueden encontrar más detalles acerca de estos temas en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD56/2).

10. La Directora agradeció al Presidente y a los Miembros del Comité Ejecutivo el compromiso demostrado con la Organización y su apoyo a ella.

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

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD56/3)

12. La Directora presentó su informe anual,² cuyo tema fue “Atención primaria de salud: ha llegado el momento”. Ella consideraba que el tema era sumamente pertinente, debido a que la Organización estaba celebrando el 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, que había aportado un enfoque centrado en las personas para abordar el tema de la salud y había impulsado el concepto de la “salud para todos” para darle prominencia mundial. En el informe se establecía la interrelación entre la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud, y se reflexionaba acerca de la mejor manera de superar los obstáculos al logro de la salud universal y de reducir las inequidades, por medio del fortalecimiento de la atención primaria de salud. También se examinaban los avances programáticos y administrativos fundamentales alcanzados en el transcurso del año.

13. Con el propósito de impulsar la transformación de los sistemas de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud centradas en la atención primaria, la Oficina había mejorado su cooperación centrada en los países al adaptar su cooperación técnica a la situación de cada país. Se había esforzado por abordar las cuestiones relativas a la gobernanza y la rectoría, el financiamiento de las actividades relacionadas con la salud, la legislación sobre salud y los modelos de prestación de servicios. Asimismo, había trabajado para fortalecer la acción multisectorial mediante el enfoque de la salud en todas las políticas, que era esencial para hacer frente a las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. Además, había participado en el mejoramiento del acceso a tecnologías sanitarias y medicamentos apropiados, asequibles y costo-efectivos, así como en el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud.

14. Los desastres naturales y los brotes de enfermedades transmisibles habían puesto a prueba las capacidades nacionales y regionales de preparación y de respuesta. La Oficina había colaborado con otros organismos y con las autoridades nacionales y locales para ayudar a los países afectados a superar esos retos y a mejorar la resiliencia de sus sistemas de salud. También se había asociado con diversos organismos para ayudar a que los países lograsen las capacidades básicas de aplicación del Reglamento Sanitario

² El texto completo del discurso de la Directora está disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=46793-cd56-div-7-s-informe-anual-director&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es.

Internacional (RSI), que eran fundamentales para poder dar respuesta a las emergencias de salud.

15. La Oficina había seguido poniendo en práctica las reformas administrativas y de gestión encaminadas a mejorar la eficiencia y la eficacia, además de asegurar la consonancia de la Región con la reforma y la planificación estratégica en curso en la OMS, al tiempo que se respetaba la condición de la OPS como organización internacional independiente. Había seguido perfeccionando el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), fortaleciendo el programa de gestión de riesgos institucionales, y mejorando la tecnología y la seguridad de la información, así como la planificación y la gestión de los recursos humanos.

16. Subsistían varios retos y, para superarlos, la Organización debía renovar el compromiso de velar por la prestación de servicios de salud de buena calidad, asequibles y centrados en la persona, así como por el desarrollo de sistemas de salud resilientes que hicieran avanzar a la Región hacia la salud universal, la justicia social y la reducción de las inequidades. La Oficina seguiría esforzándose por consolidar el enfoque de la atención primaria de salud y apoyaría a los Estados Miembros en su búsqueda para alcanzar la salud universal y el desarrollo sostenible de las actividades de salud en la Región de las Américas, de manera de que nadie se quedase atrás.

17. En el debate subsiguiente, los delegados elogiaron los numerosos logros destacados en su informe. El tema del informe se consideró muy oportuno teniendo en cuenta las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca de la tuberculosis y las enfermedades no transmisibles, que se habían efectuado en la misma semana que el Consejo Directivo, así como la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, programada para el 25 y el 26 de octubre del 2018. Se señaló que el informe también aportaba una buena base a fin de considerar cómo se prepararía la Región para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2019, cuyo tema sería la cobertura universal de salud.

18. Los delegados recibieron con agrado el énfasis del informe en la importancia crucial que tenían la atención primaria de salud y los sistemas de salud centrados en la persona en las iniciativas para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. También se recibió con beneplácito la importancia asignada a la incorporación de los servicios de salud mental en la atención primaria. Se señaló que, 40 años después de la adopción de la Declaración de Alma-Ata, todavía quedaba mucho por hacer para rectificar las desigualdades y las inequidades en materia de salud, así como en el acceso a los servicios y la cobertura, a fin de abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud. Se subrayó la necesidad de un compromiso político más fuerte, al igual que la necesidad de solidaridad y esfuerzo colectivo con miras a afrontar los retos comunes, como la epidemia de las enfermedades no transmisibles, la aparición y reaparición de algunas enfermedades transmisibles, y los efectos del cambio climático sobre la salud. Los delegados afirmaron la importancia de las actividades multisectoriales y que la salud era esencial para el desarrollo sostenible. También pusieron de relieve la

importancia de intensificar las actividades para atender las necesidades de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.

19. Varios delegados describieron las iniciativas de sus países destinadas a fortalecer los sistemas de salud y garantizar el acceso para todos a servicios de salud integrales y de buena calidad, y se reconoció el apoyo de la Oficina a esas iniciativas. Los delegados también agradecieron a la Oficina por su asistencia inmediata a los países afectados por huracanes y otros desastres naturales.

20. La Directora expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su compromiso con la salud de los pueblos de la Región de las Américas y con los principios de equidad, solidaridad y derechos humanos. Le agradaba observar que los delegados habían distinguido entre el enfoque de atención primaria de salud y el primer nivel de la atención, y habían subrayado la necesidad de adoptar un enfoque integral a la salud que incluyera no solo la atención curativa, sino también la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación. Asimismo, era alentador saber que los delegados habían reconocido la necesidad de incluir plenamente a las personas que vivían en situación de vulnerabilidad, ya que ellas mismas eran los pilares clave de su propio desarrollo. La Oficina seguiría colaborando con las autoridades nacionales de salud para hacer posible que toda la población de la Región pudiera llevar una vida saludable y productiva y, lo que era más importante, asegurar que nadie se quedase atrás.

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

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile (documento CD56/4)

22. El Consejo Directivo eligió a Barbados, Ecuador y Estados Unidos de América para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, y agradeció a Antigua y Barbuda, Argentina y Chile por sus servicios (resolución CD56.R3).

Asuntos relativos a la política de los programas

Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documentos CD56/5 y Add. I)

23. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Brasil, Vicepresidente del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 y segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El Comité había recibido con beneplácito los resultados positivos presentados, al tiempo que había manifestado inquietud acerca de los indicadores de impacto que no parecían encaminados a alcanzarse en el 2019. La actividad de evaluación se había contemplado como una oportunidad de reflexionar acerca de los éxitos logrados, pero también de determinar las brechas y los

retos persistentes, así como de aprovechar las enseñanzas extraídas. Se había destacado que las enseñanzas extraídas debían tenerse presentes en la formulación del Plan Estratégico 2020-2025 (véanse los párrafos 117 a 125 más adelante) y en la ejecución de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

24. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el informe y señaló que los informes sobre los resultados de cada categoría del Plan Estratégico podían consultarse en el portal en la web del Programa y Presupuesto de la OPS. En el informe se presentaba una actualización acerca de las metas de impacto del Plan Estratégico y se destacaban los logros y los retos clave por categoría, así como algunos logros ejemplares a nivel de país. La información utilizada en la evaluación programática se había extraído de la evaluación conjunta de los indicadores de los resultados intermedios e inmediatos, efectuada con los Estados Miembros, así como de otras fuentes al alcance de la Oficina. Hasta julio del 2018 se había evaluado aproximadamente el 80% de los indicadores.

25. Los resultados para cinco de las nueve metas de impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 indicaban que se encontraban en curso hacia su logro en el 2019. Los resultados de tres de las metas mostraban que se encontraban en riesgo (la meta 4 sobre reducción de la mortalidad debida a la mala calidad de la atención; la meta 5, acerca de reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la meta 7, sobre reducción de la muerte prematura debida a la violencia y los traumatismos) y una de las metas se encontraba en dificultades (la meta 6, mortalidad debida a las enfermedades transmisibles). Además, subsistían retos importantes con respecto al logro de las metas de equidad en materia salud y reducción de las muertes evitables debidas a las ENT y otras causas.

26. Con respecto a la ejecución del presupuesto, los fondos disponibles habían ascendido al 81% del monto aprobado en el programa y presupuesto para el 2016-2017. En términos generales, se había ejecutado el 78% del presupuesto aprobado, pero el nivel de ejecución del financiamiento disponible en realidad había sido del 97%. La categoría 1 (enfermedades transmisibles) y la 5 (preparación, vigilancia y respuesta) seguían siendo las categorías mejor financiadas, mientras que la categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) y la 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) todavía eran las que recibían menos financiamiento. El financiamiento por área programática también había sido desigual y algunas áreas seguían estando subfinanciadas de manera crónica. A pesar de que la Oficina había utilizado el financiamiento flexible para fortalecer las áreas programáticas más necesitadas, solo cinco de las ocho áreas prioritarias más importantes establecidas por los Estados Miembros habían alcanzado un nivel de 75% o más del financiamiento disponible.

27. El Consejo Directivo recibió con agrado el informe, que presentaba un panorama claro de los logros claves y de los retos en curso y emergentes, y que además aportaba información fundamental para la toma de decisiones. La actividad de evaluación conjunta se contemplaba como una contribución valiosa a la transparencia y la rendición de

cuentas que permitiría a los Estados Miembros adquirir mayor sentido de propiedad de los resultados logrados. Los delegados elogiaron el progreso alcanzado hacia las metas de impacto, pero expresaron preocupación por los objetivos y las metas en riesgo de no lograrse en el 2019. Se solicitó a la Oficina que indicara qué medidas concretas se adoptarían con miras a garantizar su logro. Se destacó que las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico actual debían tenerse presentes al formular el nuevo Plan Estratégico 2020-2025 y que las metas fijadas de conformidad con el nuevo plan deberían ser alcanzables, en particular, en el caso de las que dependían de las actividades de otros sectores.

28. Una delegada reiteró una preocupación expresada durante la sesión de junio del Comité Ejecutivo acerca de la manera en que se presentaban los informes de la ejecución del presupuesto; en particular, que el nivel de ejecución debería referirse no al monto del financiamiento presupuestado sino a los fondos que en realidad estaban disponibles, ya que no era posible ejecutar fondos que no existían. Otra delegada instó a la Oficina a que se asegurara de que las áreas programáticas responsables del trabajo clave recibieran el financiamiento adecuado que les permitiría brindar el apoyo apropiado para que los países logran resultados; también solicitó a la Oficina que siguiera trabajando para alinear mejor la movilización de recursos con las prioridades programáticas determinadas por los Estados Miembros y conseguir así que las áreas programáticas estuviesen plenamente financiadas a un nivel realista. Una tercera delegada recibió con beneplácito el nuevo portal en la web del Programa y Presupuesto de la OPS, y manifestó la esperanza de que pronto estaría disponible en español.

29. El señor Chambliss señaló que el informe contenía información tanto acerca de la ejecución de los fondos disponibles en realidad como del nivel de ejecución con respecto al presupuesto general aprobado. La Oficina seguiría trabajando, desde luego, para alcanzar las metas de impacto, pero su logro dependía de muchos factores. Estuvo de acuerdo en que las enseñanzas extraídas de la ejecución del Plan Estratégico actual serían valiosos aportes para el nuevo Plan Estratégico. La Organización quizá no tenía que establecer necesariamente metas de menor alcance pero, sin duda, debía considerar los retos que afrontaría para alcanzar las metas establecidas y las estrategias necesarias para superar esos retos.

30. La Directora agregó que para lograr plenamente algunas de las metas establecidas en el Plan Estratégico actual sería necesario abordar los determinantes sociales de la salud que se encontraban fuera del control directo del sector de la salud. La Oficina seguiría trabajando con los Estados Miembros para acelerar la puesta en práctica tanto del Plan Estratégico como de los planes de trabajo bienales. La Oficina estaba comprometida con la transparencia y la rendición de cuentas, y seguiría suministrando a los Estados Miembros información detallada sobre su trabajo.

31. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Evaluación de la Política del presupuesto de la OPS (documentos CD56/6 y Add. I)

32. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe preparado por la Oficina acerca de la *Política del presupuesto de la OPS* y un informe elaborado por un evaluador externo contratado por la Oficina para analizar si los recursos se habían asignado de conformidad con la política y formular recomendaciones acerca de los cambios necesarios en la política. El Comité había destacado que cualquier reforma de la política del presupuesto debía procurar que los países con las mayores necesidades no fuesen afectados desfavorablemente.

33. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) recordó que la política del presupuesto se había aprobado en el 2012 y abarcaba el mismo período que el actual Plan Estratégico 2014-2019. La intención había sido aplicar la política solo a los recursos del presupuesto ordinario, que comprendían las contribuciones señaladas y los ingresos varios presupuestados. Con la evaluación externa se había encontrado que, en términos generales, las asignaciones estipuladas de conformidad con la política del presupuesto habían cumplido las normas de equidad, solidaridad y panamericanismo, y eran congruentes con las expectativas. Sin embargo, desde la adopción de la política, tanto la OMS como la OPS habían adoptado un método integrado de presupuestación, en el que no había una asignación separada de los fondos del presupuesto ordinario. Por consiguiente, era necesario modificar la política para que siguiera siendo pertinente.

34. El evaluador externo había formulado nueve recomendaciones para mejorar las áreas clave de la política del presupuesto, entre ellas la simplificación de sus restricciones basadas en fórmulas. La Oficina estaba estudiando las recomendaciones y, en el ciclo de reuniones de los Cuerpos Directivos en el 2019, presentaría a los Estados Miembros sus propias recomendaciones con respecto a la política del presupuesto.

35. En el debate que siguió, los delegados expresaron en general su apoyo a las recomendaciones del evaluador externo, y estuvieron de acuerdo en que la política debía modificarse y que su enfoque debía adaptarse para orientar de manera adecuada las asignaciones de recursos equitativamente en todos los niveles funcionales. Sin embargo, se cuestionó la recomendación de cambiar el énfasis de la política del presupuesto ordinario a los fondos flexibles y se solicitó más información acerca de las consecuencias de ese cambio. Asimismo, se solicitó información acerca de lo que sucedería con los países clave en una política del presupuesto modificada. Una vez más se destacó que los países con las mayores necesidades no deberían sufrir repercusiones negativas debido a la disminución de las inversiones. Se reconoció que la utilización de fórmulas estrictas podría conducir a un proceso de presupuestación que fuese demasiado mecánico e inflexible, pero también se señaló que sin algún tipo de sistema de calificación la presupuestación podría tornarse demasiado arbitraria. Se instó a la Oficina a que buscara una solución intermedia entre esos dos extremos.

36. El señor Chambliss explicó que, tras el cambio a un presupuesto integrado, el presupuesto ordinario había sido reemplazado en gran parte por el concepto más amplio del financiamiento flexible, que incluía no solo las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y los ingresos varios sino también algunas contribuciones voluntarias y gastos de apoyo a programas. La Oficina estaba segura de que el financiamiento flexible había sido asignado a los países clave de acuerdo con el espíritu de la política del presupuesto, aunque la política no se hubiese seguido exactamente en el contexto actual de la presupuestación integrada. Los temas planteados en el debate, incluso el de las fórmulas, serían examinados por el Grupo Asesor del Plan Estratégico, como parte de la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025 (véanse los párrafos 117 a 125 más adelante), debido a que la política del presupuesto tenía consecuencias estratégicas.

37. El Consejo tomó nota del informe.

Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Estados Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019 (documento CD56/7)

38. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que a mediados de junio se había informado al Comité Ejecutivo que no se había llegado a ningún acuerdo dentro de la Organización de los Estados Americanos (OEA) acerca de la nueva escala de contribuciones señaladas y que estaban en curso los debates sobre el tema. También se había informado al Comité que se había programado una sesión extraordinaria de la Asamblea General de la OEA para octubre del 2018, con la expectativa de que durante dicha sesión se tomaría una decisión final.

39. El señor Dean Chamblis (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OPS) confirmó que el nivel general de las contribuciones señaladas para el bienio 2018-2019 se mantendría constante en \$210,6 millones,³ cifra que reflejaba cero crecimiento con respecto al bienio 2016-2017. Según el Artículo 24.A de la Constitución de la OPS, las contribuciones de los Estados Miembros se calculaban aplicando la misma tasa utilizada por la OEA. Para los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS, que no eran miembros de la OEA, los cálculos se basaban en parámetros demográficos y económicos. En junio del 2017, la Asamblea General de la OEA había adoptado una escala de cuotas transitoria para el 2018 mientras su Comité sobre Asuntos Administrativos y Presupuestarios seguía examinando la escala actual de contribuciones y la metodología utilizada. La OPS había adoptado la escala provisional de la OEA para el 2018 mientras esperaba la decisión de la OEA con respecto al 2019. En octubre del 2018, la Asamblea General de la OEA consideraría una nueva escala para la OEA aplicable en el 2019 y más allá, pero no se adoptaría ninguna decisión hasta después de la clausura del 56.º Consejo Directivo. En consecuencia, la Oficina proponía mantener en el 2019 la misma escala aplicada por la OPS en el 2018.

³ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de Estados Unidos.

40. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD56.R6, en la que se establecía la escala de contribuciones señaladas para la OPS en el 2019, basada en la escala aplicada por la OPS en el 2018.

Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 (documento CD56/8, Rev. 1)

41. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del proyecto de plan de acción. Los delegados habían estado de acuerdo con muchos aspectos del proyecto de plan, pero habían expresado opiniones dispares sobre el tema de la salud sexual y reproductiva y los derechos pertinentes. Una delegada había afirmado que la protección y la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas, en especial sus derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, eran fundamentales para su empoderamiento. Otra delegada había afirmado que, si bien su delegación brindaba apoyo a los programas de salud y de educación que facultaban a las adolescentes para que evitaran los riesgos sexuales así como el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual, no podía aceptar el uso de las expresiones “servicios de salud sexual y reproductiva” ni “derechos sexuales y reproductivos” en ningún contexto, ya que estas frases habían adquirido ciertas connotaciones y se estaban usando para promover el aborto y el derecho al aborto.

42. Aunque algunos delegados habían respaldado el proyecto de plan de acción, otros habían manifestado algunas críticas. Varios delegados habían sugerido que las consultas con los Estados Miembros acerca del plan debían proseguir en los meses antes del Consejo Directivo. El Comité había estado de acuerdo en formar un grupo de trabajo para seguir las consultas acerca del plan en el período entre las sesiones.

43. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) informó que, gracias a la reducción significativa de la mortalidad neonatal y de menores de 5 años en América Latina y el Caribe entre 1990 y el 2015, la Región había alcanzado la meta 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La esperanza de vida de las mujeres se había duplicado desde 1950. No obstante, el progreso había sido desigual, ya que algunos grupos poblacionales, como los grupos indígenas y los afrodescendientes, habían seguido padeciendo cargas mayores de mortalidad y morbilidad prevenibles.

44. Entre el 2015 y el 2018, habían finalizado cuatro estrategias y planes de acción de la OPS sobre salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Sobre la base del análisis de su ejecución, se había redactado un nuevo plan de acción integrado para proteger los logros alcanzados y abordar las brechas restantes. El plan de acción propuesto había sido tema de intensas consultas con todos los Estados Miembros, más de 80% de los cuales habían presentado observaciones durante el período de consulta. En julio, el grupo de trabajo formado por el Comité Ejecutivo, copresidido por Canadá y Panamá, había celebrado siete sesiones consultivas virtuales con los países. Cuatro

versiones del plan se habían analizado y enviado a los Estados Miembros, cuyos valiosos comentarios se habían analizado e incorporado en el documento de trabajo.

45. El doctor De Francisco Serpa agradeció a los Estados Miembros por su amplio trabajo y su espíritu constructivo, que habían permitido alcanzar el consenso acerca de la mayoría de los temas abordados en el plan. Señaló, sin embargo, que era necesario seguir trabajando en tres áreas del proyecto presentado al Consejo Directivo (documento CD56/8) para encontrar una redacción que fuese aceptable para todos los Estados Miembros.

46. En el debate subsiguiente, los delegados describieron el progreso de sus países en una amplia gama de ámbitos, entre ellos la reducción de la mortalidad materna, de la morbilidad materna grave y de la mortalidad neonatal; estrategias para interesar y empoderar a la población joven, incluidos servicios en la escuela y creación de entornos adaptados a los adolescentes; iniciativas para luchar contra la trata de personas y la violencia de género; y promoción de la salud y actividades de prevención de enfermedades en áreas como la nutrición y la salud sexual, mental, física, oral y general. Un delegado señaló que la presentación de informes era un problema en su país debido a la falta de registros electrónicos de salud. Otra delegada indicó que, en su país, una de las barreras a la promoción de la salud de los adolescentes eran las leyes que prohibían que el personal de salud suministrara anticonceptivos o tratamiento a pacientes menores de 18 años sin el consentimiento de los padres.

47. Había consenso en la necesidad de reducir la mortalidad materna; eliminar las inequidades en el acceso a la atención de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes mediante el abordaje de las barreras sociales, culturales y de género; enfocarse en los grupos en condiciones de vulnerabilidad y brindar apoyo al empoderamiento de las mujeres y las niñas. Aunque muchos delegados estuvieron de acuerdo en la necesidad del acceso a los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo de adolescentes mediante la educación sobre sexualidad y servicios de la salud sexual y reproductiva, la Delegada de Estados Unidos reiteró la oposición de su delegación al uso de los términos “servicios de salud reproductiva” y “derechos reproductivos” en todos los contextos. Su gobierno creía que esas frases se habían usado para promover el aborto y el acceso al aborto. Agregó que su gobierno favorecía los enfoques multisectoriales para apoyar, educar y proteger a los jóvenes, junto con programas educativos que facultaran a los adolescentes para evitar los riesgos sexuales y prevenir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual. Solicitó que se convocara de nuevo al grupo de trabajo para tratar los problemas restantes en cuanto a la terminología, una solicitud que fue respaldada por varios delegados más.

48. El doctor De Francisco Serpa señaló que la amplia participación observada en el proceso de consulta demostraba que la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes se consideraba como un tema de suma importancia. Señaló que entre los ámbitos de consenso se encontraba un fuerte compromiso de trabajar por la equidad; el apoyo a la integración de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes a lo largo de toda la vida; la necesidad de emprender iniciativas intersectoriales y de contar con sistemas de

información adecuados; así como la importancia de armonizar los planes de acción con otros instrumentos internacionales.

49. Dada la falta continua de consenso acerca de la terminología en el plan de acción, se había solicitado al grupo de trabajo que se reuniera nuevamente para tratar de encontrar una redacción aceptable para todos los Estados Miembros. La Delegada de Canadá informó posteriormente que, luego de dos reuniones, el grupo había elaborado un documento revisado (documento CD56/8, Rev. 1) que reflejaba un consenso fuerte. Instó al Consejo a que lo adoptara.

50. Los delegados agradecieron al grupo de trabajo por sus esfuerzos para tratar de alcanzar el consenso. Muchos delegados expresaron su apoyo firme al documento revisado del plan de acción y uno de ellos declaró que la adopción era esencial para que los Estados Miembros establecieran y fortalecieran las políticas públicas encaminadas a conseguir que cada mujer, niño y adolescente no solo viviera sino que prosperara en un entorno transformador que le permitiera alcanzar el grado máximo posible de salud. Otra delegada señaló que la redacción del documento era de naturaleza general y brindaba a los Estados la flexibilidad de ejecutar el plan de acción en conformidad con las disposiciones de sus leyes y reglamentos nacionales.

51. No obstante, la Delegada de Estados Unidos dijo que su delegación no podía apoyar el consenso porque el documento seguía incluyendo los términos “servicios de salud sexual y reproductiva” y “educación sexual integral” que, junto con el de “derechos sexuales y reproductivos”, estaban asociados con el derecho al aborto, la defensa del aborto o la derivación para el aborto. Su Gobierno brindaba apoyo a la mejora de la toma de decisiones por parte de los adolescentes mediante el acceso a información científica fidedigna, bajo la dirección y la supervisión apropiadas de los padres o tutores, a fin de preparar a los jóvenes de ambos sexos para evitar el riesgo, lograr la salud óptima y aumentar las oportunidades de prosperar en el futuro, pero no podía aceptar el término “educación sexual integral” en ningún contexto.

52. A petición de la Delegada de Estados Unidos, se hizo una votación nominal sobre el proyecto de resolución acerca del plan de acción. Según el sorteo, que estuvo a cargo del Presidente, Uruguay fue invitado a votar primero. Los resultados de la votación fueron los siguientes:

A favor:

Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Francia, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino Unido, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)

En contra:

Estados Unidos de América

Abstenciones:

Guatemala, Jamaica, Saint Kitts y Nevis

53. La resolución CD56.R8 fue aprobada con 24 votos a favor, uno en contra y tres abstenciones.

Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030 (documento CD56/9)

54. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, después de examinar el proyecto de plan de acción, los delegados habían reconocido que el cáncer cervicouterino era un grave problema de salud pública que afectaba en particular a las mujeres de comunidades vulnerables y, en general, habían apoyado el plan. Había habido consenso acerca de la necesidad del acceso universal a la atención integral y de la importancia de la vacunación contra la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Los delegados habían solicitado que se hicieran investigaciones sobre la implementación con respecto a la mejor manera de llegar hasta todos los adolescentes para vacunarlos y a los programas de vacunación para niñas y niños, financiados con fondos públicos, así como con respecto a las iniciativas para combatir las ideas erróneas en torno a la vacuna contra el VPH. Varios delegados habían destacado la importancia del acceso equitativo a la atención inmediata, como la estrategia de “ver y tratar”. También habían enfatizado la necesidad de fortalecer los sistemas de información para que ninguna mujer se quedara sin seguimiento.

55. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) informó que cada año se diagnosticaban más de 83.000 casos nuevos de cáncer cervicouterino en mujeres de la Región de las Américas y que más de 35.000 de ellas morían por causa de esta enfermedad, con lo cual se trataba de la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en 11 países y la segunda causa de muerte en 12 países. Por más de 20 años, la Oficina había prestado cooperación técnica con respecto a este problema como parte de su *Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino*, cuyo informe final se había presentado a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017.⁴ En la Conferencia, se había solicitado a la Oficina que elaborara un nuevo plan de acción con miras a acelerar las actividades encaminadas a reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino, una enfermedad que era en gran parte prevenible mediante la vacunación contra el VPH, además del tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

56. El nuevo plan de acción se había elaborado con aportes de los expertos y otros colaboradores, y se sustentaba en otros compromisos regionales relacionados, como los planes de acción sobre enfermedades no transmisibles, la vacunación, y la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). En este nuevo plan se concebía un futuro en el cual el cáncer cervicouterino se eliminaría como problema de salud pública mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y de prevención de las ITS, las vacunas contra el VPH, los servicios adecuados de tamizaje y de tratamiento de las

⁴ Documento CSP29/INF/4 (2017) disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41234&Itemid=270&lang=es.

lesiones precancerosas, el tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor y los cuidados paliativos. Estaba en consonancia con el llamamiento mundial a la acción para eliminar el cáncer cervicouterino, anunciado recientemente por el Director General de la OMS en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud. De ser aprobado, el plan se ejecutaría en estrecha colaboración con los asociados existentes en el sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales, grupos profesionales y organizaciones de la sociedad civil.

57. Los delegados reconocieron la gravedad de la situación con respecto al cáncer cervicouterino y se elogió a la Oficina por su trabajo en la elaboración del proyecto de plan de acción. Muchos de ellos indicaron que el plan de acción estaba en consonancia con sus planes nacionales y describieron el progreso y los retos de sus respectivos países en materia de prevención y control del cáncer cervicouterino; señalaron que era necesario intensificar las actividades para que nadie se quedara atrás. Hubo consenso en cuanto a la necesidad de emprender campañas eficaces de educación pública; lograr la cobertura universal, con tamizaje, tratamiento y seguimiento mejorados; contar con más personal de salud capacitado; fortalecer los sistemas de información y de registro del cáncer; ejecutar intervenciones costoeficaces, innovadoras y basadas en la evidencia; aumentar la vacunación contra el VPH; y comprar vacunas y material de laboratorio asequibles. La acción colectiva y la cooperación entre los países se consideraban esenciales. Con respecto a la vacunación contra el VPH, una delegada preguntó qué estrategias se utilizarían para aumentar la equidad en el acceso al tamizaje y el tratamiento, en particular para los grupos en situación de vulnerabilidad y para superar las ideas erróneas acerca de la vacunación.

58. Aunque la mayoría de los delegados apoyó el plan de acción, el Delegado de Estados Unidos indicó que su delegación no podía apoyarlo, debido a que el documento contenía referencias a la “salud sexual y reproductiva”, término que su delegación había objetado, según se había explicado en las deliberaciones sobre el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes* (véanse los párrafos 41 a 53 anteriores). Propuso varios cambios en la redacción del plan de acción, incluida la eliminación de una referencia al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad y el agregado de texto para dejar claro que la salud sexual y reproductiva no incluía el aborto. Sin embargo, otros delegados expresaron su apoyo por el documento tal como estaba redactado.

59. El doctor Hennis observó que se había reconocido ampliamente que el cáncer cervicouterino era prevenible mediante la vacunación y que el tamizaje, la detección temprana y el tratamiento podían prevenir su avance. También había consenso general en que las líneas propuestas de acción eran las actividades básicas que debían proseguirse para mejorar los programas existentes. Con respecto a lo que se haría para asegurar la equidad en el acceso para todos los grupos poblacionales, la Oficina prestaría apoyo técnico, pero se necesitarían inversiones de los países en los servicios de salud y los recursos humanos para la salud si se quería lograr un verdadero cambio. La Oficina también podría facilitar el acceso a las vacunas por medio del Fondo Rotatorio para la

Compra de Vacunas y a las tecnologías de tamizaje por medio del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (conocido como el Fondo Estratégico). Con respecto al llamamiento mundial a la acción, el doctor Hennis señaló que, por primera vez, estaba en marcha un movimiento para eliminar una enfermedad no transmisible. La Oficina trabajaría muy de cerca con los Estados Miembros para alcanzar esa meta.

60. Cuando se abordó el proyecto de resolución acerca del plan de acción, el Delegado de Estados Unidos reconoció el consenso evidente para mantener la redacción original y solicitó que se incluyera una nota en el registro oficial de la sesión en la que se disociaba a Estados Unidos de los párrafos 6, 18.a, 18.c, y 21.c. Afirmó que, a excepción de esos párrafos, Estados Unidos apoyaba el plan de acción.

61. El Consejo aprobó la resolución CD56.R9, mediante la cual se adoptó el plan de acción.

Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 (documento CD56/10, Rev. 1)

62. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había reconocido que las líneas estratégicas del proyecto de plan de acción se referían a temas importantes —como la igualdad de oportunidades, la equidad, la calidad, la gobernanza, el acceso y la educación sobre salud— que podrían ayudar a que los países abordaran las inequidades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y las calificaciones de los profesionales de salud. Los delegados habían recibido con beneplácito el énfasis del plan en el contexto y las prioridades nacionales, pero habían planteado algunas dudas en relación con los indicadores propuestos. Se había señalado, por ejemplo, que no todos los indicadores del plan eran aplicables a todos los países y que sería difícil para los países federados informar acerca de indicadores que exigían datos nacionales. Se había mencionado que durante las consultas sobre el plan de acción se había debatido mucho la manera de abordar el tema de la migración de la fuerza laboral y que los Estados Miembros del Caribe habían solicitado que el plan incluyera un indicador sobre la movilidad y migración del personal de salud, con mención específica del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*.

63. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) agradeció a todos los Estados Miembros que habían participado en la preparación del plan de acción y afirmó que la disponibilidad, distribución, aceptabilidad y calidad del personal en el ámbito de la salud eran factores fundamentales que debían abordarse para que los países pudieran lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Observó que, si bien los instrumentos de medición eran diferentes, había consenso en que la Región de las Américas estaba sufriendo una escasez grave de recursos humanos para salud. Las inequidades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal en el ámbito de la salud persistían entre los países y dentro de ellos, entre los diferentes niveles de la atención y entre el sector público y el

privado. Asimismo, la situación se caracterizaba por las tasas bajas de retención en las zonas rurales y subatendidas, por la movilidad y la migración elevadas, la especialización excesiva en la atención terciaria y las condiciones de trabajo precarias, todo lo cual obstaculizaba la ampliación gradual de los servicios de salud, en particular en el primer nivel de la atención.

64. El proyecto de plan de acción estaba en consonancia con la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* de la OMS, las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico y la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS; en esta última se proponían objetivos e indicadores específicos para brindar apoyo, guiar y dar seguimiento a su ejecución. El plan se había preparado luego de amplias consultas con los Estados Miembros, que habían mostrado la necesidad de contar con indicadores para reflejar cada una de las políticas prioridades y contextos propios de cada país. Se proponían varios indicadores a fin de respaldar la distribución más equitativa de los recursos humanos para la salud dotados con las capacidades necesarias. El plan podría guiar a los Estados Miembros en la organización de la capacitación interprofesional y la formación de equipos de recursos humanos para la salud destinados a mejorar la prestación de la atención primaria de salud, y responder a las necesidades de los sistemas de salud que estaban atravesando por una etapa de transformación; asimismo, apoyaría el progreso regional hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

65. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con agrado el plan y señalaron que sus tres líneas estratégicas de acción servirían de hoja de ruta en la formación de recursos humanos para la salud, que era fundamental para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El fortalecimiento y la consolidación de la gobernanza y el liderazgo de los recursos humanos para la salud se consideraban como la línea estratégica de acción más compleja de ejecutar, en particular dada la fragmentación actual de los sistemas de salud en algunos países. Al afirmar que el plan estaba en consonancia con las prioridades de los países, los delegados elogiaron su énfasis en la atención primaria. Sin embargo, un delegado preguntó si había una comprensión común de lo que implicaba ese concepto e hizo notar que la diversidad de interpretaciones podría impedir el progreso en la ejecución del plan. Para aclarar la definición de este y otros términos clave, otro delegado sugirió la creación de un glosario. Varios delegados mencionaron la necesidad de ajustar algunos de los indicadores y se formuló la sugerencia de que se modificara la perspectiva de género en la puesta en práctica del plan para adoptar una perspectiva social más amplia.

66. Hubo consenso acerca de la necesidad de contar con más personal de salud que además estuviera mejor capacitado, lo que exigiría mayores inversiones en el personal del área de la salud y una colaboración estrecha entre el sector de la salud y los sectores de educación, trabajo y otros. Se destacó que la capacitación debía ser flexible y estar al tanto de los adelantos en ciencia y tecnología, a la vez que debía hacer hincapié en los principios de la bioética a fin de preparar a los profesionales de la salud para prestar una

atención compasiva y centrada en el paciente. Varios delegados ofrecieron ayuda de sus países en materia de capacitación.

67. Varios delegados de países del Caribe pidieron que se hiciera énfasis en la retención de la fuerza laboral al mencionar el alto nivel de migración del personal de salud, en particular de las enfermeras especializadas, debido a la compensación inadecuada, a las malas condiciones de trabajo, a la falta de oportunidades para avanzar así como al incesante reclutamiento internacional. Se reconoció la necesidad de entablar un diálogo multilateral sobre el tema, aunque un delegado sugirió que era necesario ir más allá del diálogo y abogar por un umbral máximo, de acuerdo con la población, de personal internacional de salud. Se solicitó a la Oficina que informara a los Estados Miembros acerca de los cambios ocurridos en los modelos internacionales de reclutamiento desde la adopción del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*. Se observó la necesidad de contar con modelos integrados de atención y sistemas de información para poder calcular las necesidades de recursos humanos.

68. El doctor Fitzgerald dijo que era evidente que había habido un cambio en los últimos años al pasar de un enfoque administrativo de los recursos humanos para la salud a uno más estratégico basado en las políticas, que abarcaba los sectores de la salud, la educación y el trabajo, que eran actores clave en la promoción de las capacidades necesarias para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Era importante contar con la participación de todos los sectores para abordar las cuestiones fundamentales, con miras a reducir la migración de los médicos, las enfermeras y otro tipo de personal indispensable para garantizar el funcionamiento de los sistemas de salud. Por consiguiente, era necesario determinar los objetivos del proceso de transformación de los sistemas de salud y considerar la combinación de aptitudes necesarias a cada nivel del sistema para alcanzar dichos objetivos. Eso supondría un proceso de planificación estratégica, que debía estar encabezado por el sector de la salud, pero también incluiría a otros sectores, en especial los de trabajo y educación. La Oficina colaboraría con los países en los próximos años en la elaboración de cuentas nacionales sobre el personal de salud, específicas para el contexto, a fin de ayudar a los países en la formulación de planes de capacitación del personal necesario para el futuro.

69. El doctor Fitzgerald estuvo de acuerdo en que la gobernanza del sistema de salud era en realidad el problema más complejo porque múltiples actores tenían un interés considerable en el tema de los recursos humanos para la salud, entre ellos el sector privado, las asociaciones profesionales y los prestadores de servicios. Era importante invitar a esos grupos a las reuniones, oír sus inquietudes y procurar que los intereses del sector de la salud siguieran siendo de importancia capital en los debates.

70. La migración de personal en el área de salud era un tema pertinente para todos los países, aunque era motivo de preocupación especial en el Caribe, donde se registraba la segunda tasa más elevada de migración del mundo, en particular de enfermeras especializadas, que estaban dejando esa región en grandes números. En colaboración con los Estados Miembros del Caribe, la Oficina había empezado a considerar las razones que

impulsaban esa migración y habían encontrado que, si bien la remuneración era uno de los factores, no era el único y ni siquiera el principal. Las malas condiciones de trabajo y las oportunidades limitadas para el avance profesional parecían ser los factores principales que generaban el fenómeno. La Oficina seguiría trabajando con los países del Caribe y otros en el problema de la retención; para ello, desplazaría el debate desde el tema de la migración hacia las estrategias de retención que podrían minimizar y mitigar el impacto de la migración.

71. En cuanto a los indicadores, el doctor Fitzgerald señaló que estos se habían acordado conjuntamente después de extensos debates con los Estados Miembros. Informó al Consejo que estaban disponibles las especificaciones técnicas para todos los indicadores y que se elaborarían directrices para la ejecución. En cuanto al cambio propuesto para pasar de una perspectiva de género a una perspectiva social, señaló que en el transcurso de la preparación del plan de acción, los Estados Miembros habían subrayado que el género, la etnicidad y los derechos humanos debían seguir siendo aspectos transversales de la estrategia y observó que la perspectiva social estaba bien reflejada en los principios y valores del plan. En cuanto a la perspectiva de género, las mujeres que trabajan en el sector de la salud seguían enfrentándose a enormes retos, entre otros las desigualdades en la remuneración por el mismo trabajo y el prejuicio significativo basado en el sexo en cuanto a las oportunidades de promoción y avance profesional. Por consiguiente, consideraba que era importante mantener la perspectiva de género en el plan de acción.

72. Según la OMS, había una escasez absoluta de 800.000 trabajadores de salud en la Región de las Américas. Para lograr los ODS, en particular, la meta 3.8 sobre la cobertura universal de salud, se necesitarían más recursos humanos y, por lo tanto, más inversión en ellos. La inversión pública, en particular, sería crucial a fin de poder contar con la fuerza laboral necesaria para atender las necesidades de las zonas rurales y subatendidas, donde los prestadores privados de servicios a menudo se mostraban renuentes a trabajar.

73. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD56.R5, por medio de la cual se adoptó el plan de acción.

Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023 (documento CD56/11)

74. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con agrado el enfoque interinstitucional e intersectorial del plan de acción propuesto. Los delegados habían reconocido la importancia de fortalecer la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores más allá de las fronteras nacionales, y habían aplaudido los esfuerzos exitosos de Paraguay para eliminar la malaria. El cambio climático, la migración, el turismo a las zonas endémicas, el crecimiento urbano, la resistencia a los insecticidas y las desigualdades se habían citado como algunos de los motivos principales de la propagación de las enfermedades transmitidas por vectores. Había habido consenso en que era necesario aumentar los conocimientos del público acerca de las enfermedades

transmitidas por vectores, intensificar la vacunación, mejorar el manejo integrado de vectores, el seguimiento de la resistencia a los insecticidas y la vigilancia regular de las zonas de alto riesgo, y agregar entomólogos a los equipos de control de vectores. También se había destacado la necesidad de aumentar el financiamiento para apoyar las actividades de control de vectores.

75. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) introdujo el proyecto de plan de acción y observó que en el 2017 se había presentado el documento al Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Entomología en Salud Pública y Control de Vectores. También se había presentado para ser examinado por los equipos nacionales técnicos en diversas reuniones celebradas en el 2018. El plan tenía como finalidad mejorar el control vectorial, en particular de *Anopheles darlingi* (el vector de la malaria) y *Aedes aegypti* (el vector del dengue, el chikunguña y el zika). La reemergencia de la fiebre amarilla exigía el fortalecimiento de la vigilancia y el control de otros vectores de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, que eran los causantes del ciclo de transmisión selvático de la enfermedad, pero sin desatender el riesgo persistente de transmisión urbana por *Aedes aegypti*. Otras enfermedades, como la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, requerían el fortalecimiento de la capacidad nacional de vigilancia y control de triatomos y flebotomos.

76. En el plan se incluían cinco líneas estratégicas de acción y abarcaba el período del 2018 al 2023. En el 2021, se presentaría a los Cuerpos Directivos un informe de progreso de mitad de período y en el 2024, un informe final.

77. Los delegados elogiaron a la Oficina por el plan de acción y agradecieron su apoyo constante para la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores. Hubo consenso en cuanto a la importancia del plan de acción, dados los niveles elevados de la carga de morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, el chikunguña, el dengue, el zika y otras enfermedades tropicales desatendidas. Los delegados observaron que el plan estaba en consonancia con los mandatos vigentes de la OPS y de la OMS, y que en él se abogaba por el aumento de los presupuestos y la ejecución de estrategias comprobadas para combatir las enfermedades transmitidas por vectores, como el control integrado de vectores a nivel nacional y regional, campañas para mejorar los conocimientos sobre la salud y así promover la participación comunitaria, formación de capacidad, vacunación, vigilancia entomológica, seguimiento de la resistencia a los insecticidas, integración de la vigilancia entomológica y los sistemas de información sobre salud, además de la promoción de las mejores prácticas.

78. Los delegados describieron la situación de las enfermedades transmitidas por vectores en sus respectivos países y el progreso logrado en el control de vectores, y felicitaron a Paraguay por haber eliminado la malaria. Varios delegados observaron que, a pesar de esas actividades, los vectores se estaban propagando a nuevas zonas como resultado del cambio climático y la urbanización; por ende, se necesitaban medidas urgentes, como el uso de larvicidas y adulticidas respetuosos del medioambiente, junto

con los agentes biológicos apropiados. Varios delegados del Caribe de habla inglesa solicitaron a la Oficina que los apoyara en sus gestiones a fin de que sus países fuesen eliminados de la categoría I del esquema de clasificación de la OMS para los países donde se había detectado el virus del Zika, para lo cual argumentaron que no se había registrado ningún caso de transmisión activa del virus del Zika en los 18 meses anteriores y que la clasificación estaba afectando el turismo, lo que representaba millones de dólares en ingresos perdidos. Al comentarse que las capacidades nacionales debían fortalecerse en la Región, varios delegados ofrecieron asistencia técnica de su país a otros Estados Miembros.

79. El doctor Espinal señaló que las observaciones de los delegados reflejaban un compromiso fuerte para conseguir que se controlaran las enfermedades transmitidas por vectores. Reconociendo las inquietudes de los países, informó que la Oficina estaba ocupándose de que la OMS modificara o aboliera el esquema de clasificación sobre el zika, que había sido útil en el momento del brote, pero que era evidente que ahora era necesario modificarlo. La Oficina había organizado una reunión y había invitado a funcionarios de la OMS y a representantes de varios países del Caribe para que asistieran y trataran el tema. Se había informado a la Secretaría de la OMS que la circulación del zika era muy baja, y que los países estaban fortaleciendo la vigilancia, el control de vectores y la capacidad en materia de laboratorios, con la cooperación técnica de la Oficina.

80. Recordó que dos años antes, el Consejo Directivo había aprobado la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales*,⁵ que se estaba ejecutando en los Estados Miembros. Se estaban probando herramientas nuevas sobre el terreno, como la introducción de mosquitos estériles, infectados por *Wolbachia*, además de mosquitos transgénicos. Sin embargo, se necesitaban más otros estudios para evaluar no solo la repercusión entomológica, sino también el impacto epidemiológico y ambiental de esas herramientas a fin de asegurar que no hicieran más daño que bien. Varios proyectos piloto ya estaban en marcha en el Caribe y en América del Sur.

81. El doctor Espinal agradeció a los Estados Miembros sus ofrecimientos de apoyo y asistencia técnica. La prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores exigían un enfoque multisectorial y la Oficina aprovecharía la pericia de los países en cuanto a los laboratorios, el control de vectores y el manejo de emergencias, además del agua y el saneamiento. Felicitó a los Estados Miembros que habían elaborado planes nacionales para la eliminación de las enfermedades transmitidas por vectores, en especial la malaria, y agregó que haría falta un esfuerzo a largo plazo, pero que había esperanzas de que esas enfermedades pudieran eliminarse en un futuro no muy distante.

⁵ Documento CD55/16 disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35738&Itemid=270&lang=es y la resolución CD55.R6 (2016) disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36384&Itemid=270&lang=es.

82. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Subdirector, OSP) dijo que la capacidad actual de vigilancia entomológica en la Región no bastaba para conseguir que las actividades de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores logaran los resultados buscados. Estaba seguro de que la ejecución del plan de acción contribuiría al desarrollo de la capacidad necesaria.

83. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD46.R2, mediante la cual se adoptó el plan de acción.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD56/12 y Add. I)

84. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité que, hasta junio del 2018, ningún Estado Miembro estaba atrasado 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. Trece Estados Miembros habían pagado el total de sus contribuciones correspondientes al 2018, mientras que ocho habían efectuado pagos parciales y 21 de ellos no habían hecho ningún pago. Estaba pendiente de pago la cantidad de \$2,4 millones correspondientes a las contribuciones señaladas del año anterior.

85. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) confirmó que ningún Estado Miembro estaba atrasado en sus pagos hasta el punto de que pudiera estar sujeto a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Informó que 17 Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados habían pagado el total de sus contribuciones, siete habían efectuado pagos parciales correspondientes al 2018 y dos habían hecho pagos anticipados correspondientes al 2019. Un total de 18 Estados no había efectuado pago alguno correspondiente al 2018, a pesar de que la fecha de vencimiento de esos pagos era el primer día del año.

86. En total, la Organización había recibido \$44 millones en concepto de contribuciones señaladas correspondientes al 2018, mientras que \$59,2 millones todavía estaban pendientes de pago. Otros \$2,4 millones estaban pendientes de años anteriores. El señor Puente subrayó que el pago oportuno de las contribuciones señaladas era esencial para asegurar la continuidad de las operaciones de la Organización e instó a los Estados Miembros que todavía no habían hecho sus pagos a hacerlos lo más rápidamente posible.

87. La Directora afirmó que la Organización realmente necesitaba que los Miembros pagaran sus contribuciones señaladas. Agradeció a los Miembros que ya habían cumplido con sus obligaciones.

88. El Consejo aprobó la resolución CD56.R1, en la que expresaba su agradecimiento a los Estados Miembros que ya habían efectuado los pagos correspondientes al 2018 e

instaba a los demás Miembros a que pagaran cuanto antes todas sus contribuciones señaladas pendientes.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017 (Documento Oficial 356)

89. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había considerado el Informe Financiero del Director después de escuchar las exposiciones por la Oficina y el Auditor Externo. El Comité había recibido con agrado el dictamen de auditoría no modificado del Auditor Externo y había felicitado a la Oficina por la respuesta a las recomendaciones de auditoría. Se había expresado preocupación acerca del déficit registrado en el 2017 y del aumento de 5,8% en los gastos. Se había instado a la Oficina a que utilizara las herramientas tecnológicas modernas, como las reuniones virtuales, a fin de reducir los viajes y otros gastos. También se la había alentado a mejorar las prácticas de gestión financiera para evitar la acumulación de gastos al final del bienio. Los delegados habían reconocido que la Oficina había adoptado medidas para abordar el problema recurrente de las contribuciones voluntarias no ejecutadas, pero también habían subrayado la necesidad de no tener que devolver fondos a los donantes. Se había instado a la Oficina a que adoptara medidas a fin de mejorar los controles internos para prevenir el fraude, los robos y la pérdida de bienes de la Organización.

90. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo recibió con agrado el dictamen de auditoría no modificado. Los delegados expresaron su agradecimiento a la Directora y al Auditor Externo por sus informes, que se consideraban herramientas inestimables para velar por la transparencia y la rendición de cuentas. Se recibió con beneplácito la intensificación de las actividades de la Organización para promover la salud a lo largo de todo el curso de la vida, así como sus esfuerzos para abordar los determinantes sociales de la salud en apoyo a la labor de la Región hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se aplaudió la asistencia brindada por la OPS a los países afectados en el 2017 por desastres naturales y emergencias.

91. El Consejo se hizo eco de las inquietudes expresadas por el Comité Ejecutivo con respecto al déficit de \$2 millones y al aumento de 5,8% en los gastos registrados en el 2017, la acumulación de los gastos al final del bienio y las contribuciones voluntarias no ejecutadas. Se instó a la Oficina a que siguiera esforzándose por mejorar la gestión de los recursos y la planificación de los gastos con miras a la resolución de esos problemas y el logro de un presupuesto equilibrado. También se la instó a mejorar los mecanismos para ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar el impacto de las contribuciones voluntarias. En este sentido, los delegados observaron la dependencia cada vez mayor de la Organización con respecto al financiamiento voluntario y destacaron la importancia de mantener buenos antecedentes de ejecución para seguir atrayendo ese financiamiento.

92. Los delegados expresaron inquietud acerca del aumento de las obligaciones relacionadas con el seguro de enfermedad y otras prestaciones, así como acerca de la jubilación inminente de numerosos miembros de la gerencia superior y la falta de

mecanismos para garantizar sistemáticamente la preservación y la transferencia de la memoria institucional. El uso continuo de procedimientos manuales y la manipulación de datos fuera del Sistema de Información Gerencial de la OSP, en particular para la conciliación de las cuentas bancarias, también eran motivo de preocupación.

93. Una delegada observó con satisfacción que la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas había aumentado, pero expresó su preocupación por la disminución de las contribuciones voluntarias de la OMS e instó a la Secretaría de la OMS a que intensificara sus actividades para consolidar esa fuente de financiamiento en la Región. Otro delegado señaló que la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas había disminuido de 65% en el 2016 a 57% en el 2017, e instó a los Estados Miembros a pagar sus contribuciones pendientes para facilitar la ejecución del programa de trabajo de la OPS.

94. Se instó a la Oficina a poner en práctica las recomendaciones del Auditor Externo, en particular las relacionadas con el proyecto Mais Médicos.

95. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) explicó que había dos razones del aumento de las obligaciones relacionadas con el seguro de enfermedad del personal: el uso de un cuadro nuevo sobre la esperanza de vida, que mostraba que la esperanza de vida había aumentado en dos años, y una disminución en las tasas de interés vigentes en el mercado, que habían pasado de 4,3% a 3,8%. Se había previsto que la obligación estuviese financiada plenamente para el 2049. El Comité de Supervisión Mundial del Seguro de Enfermedad del Personal había adoptado varias medidas de control de costos con miras a asegurar que la Organización pudiera cumplir con sus obligaciones del seguro de enfermedad del personal; entre otras, alentar a los funcionarios jubilados que reúnen las condiciones en los Estados Unidos a que participen en el programa de Medicare y desalentar al personal a que viaje para buscar atención médica en los Estados Unidos, país donde los costos de los servicios de salud son los más altos del mundo.

96. Como se había indicado, la Organización había concluido el 2017 con un déficit de \$2 millones; sin embargo, en el 2016 había registrado un excedente considerable, que había compensado con creces el déficit. En consecuencia, la Organización había concluido el bienio con un excedente. Era usual que hubiese un excedente en el primer año de un bienio y un déficit en el segundo año, puesto que en el segundo año se ejecutaba una porción mayor del presupuesto, lo cual significaba que el gasto era mayor. Al mismo tiempo, los ingresos en el segundo año solían ser inferiores a los del primer año.

97. Con respecto a la recomendación 4 del Auditor Externo, relativa al uso de subvenciones generales o partidas presupuestarias para el proyecto Mais Médicos, la Oficina difería de la conclusión del Auditor Externo de que se habían utilizado fondos de ese proyecto para actividades financiadas por una contribución voluntaria nacional diferente en Brasil. Los fondos se habían asignado correctamente de conformidad con los acuerdos pertinentes. En cuanto a la recomendación 6, acerca de la manipulación de datos

fuera del PMIS, los representantes del nuevo Auditor Externo, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, habían visitado recientemente la sede de la OPS y habían indicado que estaban satisfechos con los informes automatizados de conciliación de las cuentas bancarias generados por el PMIS. Por consiguiente, la Oficina tenía la intención de empezar a utilizar los informes automatizados, aunque seguiría efectuando las conciliaciones en forma manual hasta fines del 2018 como una medida de seguridad.

98. La Oficina había adoptado medidas para que los gastos se distribuyeran de forma más pareja a lo largo del bienio. El nivel de ejecución del presupuesto en el 2018, el primer año del bienio en curso, era mucho más alto en comparación con el 2016. Con respecto a la devolución a los donantes de las contribuciones voluntarias no ejecutadas, la cantidad devuelta había estado por debajo de 1%. En muchos casos, los acuerdos de contribuciones voluntarias abarcaban tres o más años. Cuando los fondos recibidos de conformidad con esos acuerdos seguían sin ejecutarse a fines de un ejercicio económico, sencillamente se transferían al presupuesto para el año siguiente.

99. La Directora señaló que la Oficina solo podía ejecutar los fondos que en realidad estuviesen disponibles. La cantidad del financiamiento recibido no siempre coincidía con la cantidad presupuestada. El nivel de ejecución de la Oficina de los fondos disponibles era muy notable. Se habían adoptado diversas medidas para prevenir la acumulación de los gastos al final del bienio, como garantizar alrededor del 80% de los fondos del presupuesto ordinario para todas las entidades. De igual manera, donde existía un acuerdo firmado con un donante tradicional, se había acelerado la ejecución de las contribuciones voluntarias mediante la aprobación de su utilización inmediata. La gerencia ejecutiva de la Oficina examinaba los fondos y las cuentas de la Organización cada dos meses para asegurar que se mantuviera en una base financiera sólida.

100. La Directora aseguró al Consejo que la Oficina había adoptado medidas para preservar la memoria institucional de la Organización; por ejemplo, se había creado una base de datos que contenía material de las entrevistas y los informes de fin de misión. También señaló que la responsabilidad principal del proyecto Mais Médicos recaía en el Gobierno de Brasil y que la función de la OPS con respecto al proyecto era limitada. Le informó el Consejo que el Gobierno de Brasil se había ocupado de todos los juicios entablados en relación con el proyecto.

101. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS (documento CD56/13)

102. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una modificación propuesta al artículo XII de las Reglas Financieras, relativo a la ejecución de las auditorías internas por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS. De acuerdo con las recomendaciones del Comité de Auditoría y del Instituto de Auditores Internos, se había propuesto incluir una referencia a un Estatuto de Auditoría interna en ese artículo. Se

había explicado que el Estatuto de Auditoría interna había existido por años en la OPS, pero no se lo mencionaba explícitamente en las Reglas Financieras. La redacción original de la modificación se había cambiado levemente de conformidad con una propuesta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración para que estuviera en consonancia con las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas y las normas de auditoría del Instituto de Auditores Internos.

103. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito los principios de integridad, objetividad y confidencialidad comprendidos en el Estatuto de Auditoría, y había considerado que contribuirían a aumentar la transparencia y la rendición de cuentas, lo que a su vez podría ayudar a la Organización a atraer nuevos asociados y, por ende, a aumentar sus recursos. El Comité había aprobado la resolución CE162.R6, mediante la cual se confirmaba la modificación.

104. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) (documento CD56/14)

105. El Consejo Directivo seleccionó a Argentina y Trinidad y Tabago para designar a una persona que integraría el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) para el mandato que comenzaría el 1 de enero del 2019 y concluiría el 31 de diciembre del 2021(decisión CD56[D5]).

Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD56/15)

106. El Consejo Directivo declaró a Guyana, México y Uruguay elegidos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME para un mandato de tres años a partir del 1 de enero del 2019, y agradeció a los miembros salientes, Argentina, Jamaica y Perú, por sus servicios (resolución CD56.R4).

Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (documento CD56/16)

107. El Consejo Directivo seleccionó a Ecuador como el Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar a una persona que formará parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por un período de cuatro años a partir del 1 de enero del 2019 (decisión CD56[D6]).

Premios

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 (documento CD56/17)

108. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud se había reunido en ocasión de la 162.^a sesión del Comité Ejecutivo celebrada en junio. El Comité estaba integrado por los Delegados de Antigua y Barbuda, Brasil, Canadá y Panamá. Después de haber examinado la información sobre los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS a la Gestión y el Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 se otorgara a la doctora Natalia Largaespada Beer, de Belice.

109. El Comité Ejecutivo había respaldado la decisión del Jurado y había aprobado la resolución CE162.R7, mediante la cual se confería el Premio OPS a la Gestión y el Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 a la doctora Natalia Largaespada Beer.

110. El Presidente dijo que le complacía otorgar este honor correspondiente al 2018 a la doctora Largaespada Beer. Defensora firme de la utilización de los datos para la toma de decisiones y la formulación de políticas, la doctora Largaespada Beer recibía este reconocimiento por sus considerables logros en la esfera de la salud maternoinfantil y por su contribución a la introducción y el fortalecimiento de estrategias de salud pública basadas en la evidencia y centradas en las personas y las comunidades, para mejorar la vida de las personas en situación de vulnerabilidad. El discurso de aceptación de la doctora Largaespada Beer puede encontrarse en la página web del 56.º Consejo Directivo.

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud: Modificaciones de los procedimientos (documento CD56/18)

111. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que el Jurado del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud deseaba proponer algunos cambios en los criterios y los procedimientos para la selección de los candidatos: en primer lugar, que el Jurado

debería estar integrado por un número impar de miembros para evitar la posibilidad de un empate en la votación y, en segundo lugar, que los criterios de selección de los candidatos debían incluir uno relacionado con el riesgo para la reputación. El Comité Ejecutivo había estado de acuerdo en que la propuesta debía presentarse al 56.º Consejo Directivo para su consideración.

112. El Consejo aprobó la resolución CD56.R7, mediante la cual se adoptaron los cambios propuestos de conformidad con el documento CD56/18.

Asuntos de información general

Evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 **(documento CD56/INF/1)**

113. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado una versión preliminar de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en la que se mostraba que la Agenda había cumplido su propósito como marco de referencia para las políticas y los planes estratégicos y que se habían logrado avances en todas las ocho áreas de acción establecidas. El Comité había señalado los problemas encontrados debido a que la Agenda de Salud no había incluido ninguna meta cuantificable ni indicadores, lo que había dificultado o imposibilitado la evaluación del progreso en algunas áreas, y había subrayado la necesidad de tener en cuenta esta y otras enseñanzas extraídas en la ejecución de la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

114. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) recordó que la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se había aprobado en el 2007 y que, desde entonces, había servido como el principal documento de política estratégica para guiar la planificación en el ámbito de la salud a los niveles regional, subregional y de país. En el 2017, los Estados Miembros habían aprobado la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030), en la que quedaba demostrado su compromiso con la ejecución de los aspectos relacionados con la salud de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y con el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

115. Durante la formulación de la ASSA2030, los Estados Miembros habían efectuado un examen del progreso logrado en la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, y el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (véanse los párrafos 117 a 125 más adelante) había solicitado que la Oficina presentara una evaluación integral final de la Agenda de Salud 2008-2017 a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2018, a fin de documentar las enseñanzas extraídas que podrían servir de sustento a la ejecución de la ASSA2030. En el informe incluido en el documento CD56/INF/1 se actualizaba y ampliaba la información presentada al Comité Ejecutivo, en especial la más reciente acerca de los indicadores indirectos usados para la evaluación y otros análisis de los resultados.

116. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Proceso para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (documento CD56/INF/2, Rev. 1)

117. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una propuesta para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Se había informado al Comité que la Oficina había propuesto que se estableciera un Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico para colaborar con ella en la elaboración del nuevo plan. El Comité había recibido con beneplácito el proceso participativo propuesto para la formulación del Plan Estratégico y había afirmado la necesidad de tener en cuenta las enseñanzas extraídas de la evaluación del Plan Estratégico 2014-2019 y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Se había hecho hincapié en la necesidad de que el nuevo plan estuviera en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo (13.º PGT) de la OMS y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas, al igual que con otros compromisos mundiales y regionales.

118. Los delegados habían subrayado la importancia de enfatizar el fortalecimiento de los sistemas de salud en el nuevo Plan Estratégico para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de la salud, proteger los logros en materia de salud pública alcanzados hasta la fecha y afrontar los numerosos retos relacionados con la salud en la Región. También se había destacado la necesidad de asignar prioridad a la preparación para las pandemias y otras situaciones de emergencia, al igual que la importancia de que la Oficina prestase asistencia técnica a los Estados Miembros para apoyarlos hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Con la finalidad de evitar la duplicación en las actividades de medición y de reducir la carga de la presentación de informes para los Estados Miembros, se había considerado recomendable usar las metas y los indicadores existentes en la medida de lo posible.

119. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) describió la hoja de ruta propuesta para la formulación del nuevo Plan Estratégico, y señaló que el objetivo era presentar una versión relativamente completa al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2019. El Plan Estratégico, junto con los programas y presupuestos en el período abarcado por el Plan, sería una manera esencial de velar por la transparencia y la rendición de cuentas de los resultados obtenidos. El Plan Estratégico estaría en consonancia programática con el 13.º PGT y también sería uno de los principales instrumentos para ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

120. El señor Chambliss también describió la cadena de resultados para el nuevo Plan Estratégico, en la que se mostraba de qué manera los resultados inmediatos y los resultados intermedios regionales estarían en consonancia con los resultados inmediatos y los resultados intermedios mundiales y contribuirían a su logro, al tiempo que seguían permitiendo la especificidad regional; asimismo, se indicaba cómo se vincularían las metas regionales de impacto de la Agenda de Salud Sostenible con los objetivos de los

“tres mil millones” del 13.º PGT y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Señaló que, además de las consultas individuales a nivel de país y del trabajo de los 21 miembros del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, los Estados Miembros tendrían amplias oportunidades de hacer otros aportes con respecto al Plan en las sesiones de los Cuerpos Directivos en el 2019.

121. El Consejo apoyó la hoja de ruta propuesta y recibió con agrado el proceso consultivo y la representación equitativa de las diversas subregiones en el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico. Se señaló que la Región era un modelo para otras regiones de la OMS y para la Secretaría de la OMS en cuanto a la organización de la consulta formal y los procesos de planificación que incluían a los Estados Miembros. Se instó a la Oficina a que siguiera apoyando las iniciativas de los Estados Miembros para obtener información oportuna de la OMS con miras a facilitar la formulación del Plan Estratégico.

122. Los delegados estuvieron de acuerdo en que el nuevo Plan Estratégico debía estar en consonancia con los programas mundiales, pero opinaron que sus metas, objetivos e indicadores también debían reflejar las prioridades de la Región y los avances en materia de salud pública que se habían hecho en los países del continente. Los delegados también estuvieron de acuerdo en la importancia de examinar lo que había funcionado y lo que no bajo el Plan Estratégico actual, y de aplicar las enseñanzas extraídas. Se sugirió que el concepto de los “países clave” debería reexaminarse y ajustarse para que los países fuesen retirados de la lista a medida que avanzaban. Los delegados destacaron que la reducción de las inequidades y el logro de la cobertura universal de salud debían ser el centro de interés principal del nuevo Plan Estratégico. Se puso de relieve el valor del método de Hanlon, adaptado por la OPS, como un medio objetivo de establecer las prioridades, pero se señaló asimismo que el valor del método podría potenciarse al máximo solo si todos los Estados Miembros lo entendían y lo aplicaban.

123. El señor Chambliss agradeció a los Estados Miembros por sus observaciones que se tendrían en cuenta mientras avanzaba el proceso de elaboración del Plan Estratégico. Señaló que la cuestión del concepto de países clave se abordaría en el capítulo acerca de la presencia de la OPS en el país y la evolución de su cooperación técnica.

124. La Directora expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su participación activa y entusiasta en la formulación del próximo Plan Estratégico de la Organización. Esa participación haría que el Plan reflejara mejor la realidad en los Estados Miembros y fuese más pertinente para ellos, lo cual era apropiado dado que los Estados Miembros compartían con la Oficina la responsabilidad de conseguir los resultados de conformidad con el Plan.

125. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS (documento CD56/INF/3)

126. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) observó que se había informado al Comité Ejecutivo que se había invitado al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración a que formulara observaciones sobre la forma y el contenido de un informe preparado de acuerdo con una solicitud de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Esta había instado a la Oficina a que el informe anual sobre la reforma de la OMS se transformara en un examen acerca de las cuestiones de importancia estratégica en la relación entre la OPS y la OMS. Varios delegados habían opinado que el informe carecía de los detalles y de la visión estratégica que los Estados Miembros deseaban ver. Se había sugerido que los informes futuros deberían incluir un análisis acerca de si las actividades descritas estaban en curso, de cómo podría mejorarse la colaboración entre la OPS y la OMS, además de información acerca del intercambio de mejores prácticas entre las dos organizaciones. Asimismo, se había sugerido que los informes futuros deberían incluir información acerca de los temas tratados en las reuniones más recientes del Consejo Ejecutivo y del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS, que fuesen de particular importancia para la Región.

127. En el transcurso del debate acerca del informe que tuvo lugar en el Consejo Directivo, una delegada solicitó que los informes futuros incluyeran información sobre los mecanismos y la periodicidad para informar de la OPS a la OMS desde la implementación del Sistema de Información Gerencial de la OPS. También solicitó la inclusión de información acerca de los problemas más frecuentes que la Oficina había experimentado en la ejecución del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*. Además, destacó la importancia de la participación de los Estados Miembros en la elaboración de los documentos tanto de la OMS como de la OPS, incluso del marco de impacto para el 13.^o Programa General de Trabajo de la OMS (véanse los párrafos 146 a 156 más adelante).

128. El Consejo tomó nota del informe.

Proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2020-2021 (documento CD56/INF/4)

129. El señor Bernard Tomas (Coordinador, Unidad de Planificación Estratégica y Operativa, OMS) presentó el proyecto de presupuesto por programas de alto nivel de la Organización Mundial de la Salud para el bienio 2020-2021, incluido en un anexo al documento CD56/INF/4, describió el proceso para la elaboración del presupuesto por programas e indicó que se presentaría una versión más detallada al Consejo Ejecutivo en enero del 2019. Observó que, en consonancia con la visión del 13.^o Programa General de Trabajo, el énfasis en el proceso de planificación del presupuesto por programas estaba en lograr un impacto a nivel de país. Para hacerlo, era esencial determinar las necesidades y las prioridades de los países; por lo tanto, se había asignado tiempo suficiente para la consulta con los Estados Miembros. Se había introducido un nuevo paso en el proceso de planificación para que estuviese centrado en el país: la formulación de planes de apoyo a

nivel de país, que definirían la manera en que la OMS brindaría apoyo a los países, la manera en que mediría el éxito y los recursos que se necesitarían para alcanzar los resultados previstos a nivel de país. La Secretaría de la OMS estaba colaborando estrechamente con el Departamento de Planificación y Presupuesto de la Oficina para lograr la convergencia entre la planificación del apoyo a los países con el proceso regional de asignación de prioridades que tendría lugar como parte de la formulación del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (véanse los párrafos 117 a 125 anteriores).

130. Se proponía un aumento general de \$266 millones para el bienio 2020-2021, lo cual significaba que el presupuesto total pasaría de \$4.420 millones a \$4.680 millones. La cantidad asignada a los programas básicos aumentaría en \$469 millones, al pasar de \$3.500 millones a \$3.980 millones. Al mismo tiempo, sin embargo, la cantidad asignada a la erradicación de la poliomielitis disminuiría en \$202 millones, suma que se trasladaría a los programas básicos. Casi 30% del aumento propuesto, unos \$132 millones, iría al nivel de país. La segunda porción más grande, \$108 millones, se usaría para fortalecer la labor normativa de la OMS. El aumento propuesto se financiaría mediante las contribuciones voluntarias; no habría ningún aumento de las contribuciones señaladas.

131. En cuanto a la distribución del presupuesto por nivel institucional, la cantidad asignada a las representaciones en los países aumentaría en 5%, un aumento sustancial en comparación con bienios anteriores, en los que los aumentos se situaron en el orden de 1%. La cantidad asignada a las oficinas regionales permanecería estable, mientras que disminuiría la suma asignada a la sede de la OMS. Se proyectaba que la cantidad asignada a la Región de las Américas pasaría de \$190,1 millones a \$219 millones. Las asignaciones a las regiones se habían calculado de acuerdo con el modelo acordado de la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios.⁶

132. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) afirmó que se usarían los resultados de la actividad de asignación de prioridades que tendría lugar junto con la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 para fundamentar la asignación de la porción correspondiente a la Región del presupuesto por programas de la OMS. El método de Hanlon adaptado por la OPS⁷ se usaría en la actividad de asignación de prioridades.

133. El Consejo elogió la armonización del proyecto de presupuesto por programas con la meta de los tres mil millones del 13.º PGT y recibió con beneplácito la utilización del enfoque orientado a la consecución de resultados en la presupuestación y el énfasis en los países. También recibió con agrado el proceso de consulta de abajo arriba y la oportunidad de hacer aportes acerca del presupuesto por programas en las primeras etapas del proceso de planificación y presupuestación. Se recomendó que en el futuro esos

⁶ Véase la decisión WHA69(16) (2016).

⁷ Véase el documento CD55/7 disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35729&Itemid=270&lang=es y la resolución CD55.R2 (2016) disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36372&Itemid=270&lang=es.

documentos se pusieran a disposición de los interesados con más anticipación, a fin de que los comités regionales dispusieran de más tiempo para considerarlos. Se elogiaron los esfuerzos de la Secretaría para incluir los indicadores sobre la igualdad de género y sensibles a la equidad en el marco de la planificación del presupuesto, y se alentó a fortalecer la capacidad de los programas para cumplir con sus compromisos establecidos en el 13.º PGT en relación con el género, la equidad y los derechos humanos.

134. Los delegados recibieron con agrado la noticia de que no se había previsto ningún aumento de las contribuciones señaladas, pero algunos expresaron dudas acerca de si sería posible el aumento propuesto de la asignación a los programas básicos en el contexto actual. Se encomiaron las medidas adoptadas por la Secretaría para aumentar la eficiencia y el rendimiento de los recursos pero, además, se instó a que se tratara de ampliar la base de donantes. Se destacó la necesidad de efectuar un análisis de riesgos para determinar el impacto de no contar con los fondos necesarios y prever situaciones alternativas en caso de que el aumento propuesto no fuese aprobado por los Estados Miembros. Se señaló que era difícil para los Estados Miembros apoyar el aumento propuesto sin disponer de elementos concretos acerca de cómo se utilizarían los fondos adicionales; por ende, se solicitaba a la Secretaría que presentara esos detalles en enero en la reunión del Consejo Ejecutivo. También se solicitó que se indicara específicamente cómo las actividades de asignación de prioridades a nivel de país guiarían la asignación de recursos y la prestación de cooperación técnica a los países.

135. Aunque se recibió con agrado el aumento propuesto de la asignación a los países de la Región de las Américas, se señaló que la porción porcentual del presupuesto general asignado a la Región quedaría al mismo nivel que en el bienio 2014-2015; además, el aumento propuesto dependería de la movilización de otras contribuciones voluntarias necesarias para financiar el aumento general del presupuesto. Un delegado solicitó una explicación acerca del motivo de la asignación propuesta de 1,5% por año por la inflación y señaló que, por lo general, no se incluía esa asignación en los presupuestos de los organismos de las Naciones Unidas y que lo usual era que esos costos inflacionarios los absorbiera cada organismo.

136. Se expresó inquietud acerca de una afirmación en el párrafo 14 del documento del presupuesto por programas de alto nivel que se refería a una base común para la priorización de los resultados, debido a que este método quizá no lograra tener en cuenta de manera adecuada las asimetrías en la capacidad institucional de los países. Se señaló que el método de Hanlon adaptado por la OPS suministraba maneras fiables y objetivas para el establecimiento de prioridades, tanto a nivel nacional como regional; por lo tanto, se instaba a la Secretaría a que pusiera este método a la disposición de las autoridades de salud de otras regiones por medio de la publicación en el *Boletín* de la OMS del documento acerca del método elaborado por el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS.

137. Se subrayó que las autoridades nacionales y las representaciones de la OMS deberían compartir la propiedad del proceso de asignación de prioridades. A este respecto, se expresó inquietud acerca de la manera en que se llevaría a cabo la actividad

de asignación de prioridades y cómo se daría el apoyo técnico a los Estados Miembros que no tuviesen una representación de la OMS en el país. Se consideraba esencial definir una cadena de resultados clara, que mostrara los resultados cuya responsabilidad recaía en la Secretaría y aquellos que les incumbían a los Estados Miembros.

138. La doctora Soumya Swaminathan (Directora General Adjunta para Programas, OMS), al señalar que muchos de los asuntos planteados en el debate guardaban relación con el proceso de transformación en marcha dentro de la OMS, recordó que el 13.º PGT se había adoptado con un año completo de anticipación con respecto a la fecha usual para la adopción de los programas generales de trabajo. Por consiguiente, se disponía de tiempo suficiente para asegurar que el proceso de planificación y presupuestación se hiciese de manera que permitiera a la Organización alcanzar las metas establecidas en el 13.º PGT, que contemplaba tres de los principales cambios estratégicos en la manera en que trabajaba la OMS: acelerar el liderazgo y la promoción de la causa de la salud a nivel mundial, asegurar que el impacto a nivel de país fuese fundamental en todas las actividades, y fortalecer la labor normativa de la Organización. En este último aspecto, en consonancia con el énfasis del impacto a nivel de país, la formulación de directrices y normas se fundamentaría en las necesidades de los países.

139. Según se describía en el 13.º PGT, el apoyo a los países comprendería desde el diálogo de política encaminado a mejorar las políticas nacionales hasta el aumento del apoyo operativo en los países donde los sistemas de salud se habían debilitado seriamente o se habían derrumbado en su totalidad como consecuencia de los desastres naturales o de conflictos políticos. Los tres niveles de la Organización colaborarían para atender con eficacia las necesidades de los países, mientras las representaciones en los países desempeñarían una función protagónica en la determinación y la comunicación de esas necesidades.

140. La doctora Swaminathan reconoció que el presupuesto por programas de alto nivel carecía de detalles y dijo que la Secretaría prepararía una propuesta más detallada una vez finalizado el proceso de asignación de prioridades en los países. Estaba segura de que sería posible movilizar los recursos necesarios para financiar el aumento propuesto; aunque, desde luego, había algunas incógnitas. Una de ellas era si sería posible lograr la eliminación de la poliomielitis para fines del 2018. Si esto no resultara posible, la propuesta de trasladar parte del presupuesto para la poliomielitis al presupuesto básico podría verse afectada.

141. El señor Tomas agregó que el actual presupuesto por programas de la OMS estaba financiado en aproximadamente el 91%, lo que era un signo esperanzador. No obstante, como parte del proceso de transformación, la Secretaría estaba trabajando para fortalecer su capacidad de movilizar recursos, en especial contribuciones voluntarias flexibles, que pudieran distribuirse según fuese necesario para financiar actividades en áreas prioritarias. Todas las regiones recibirían un aumento de conformidad con el proyecto de presupuesto por programas. Aunque podría parecer que algunas regiones estaban recibiendo aumentos más grandes de su porción relativa del presupuesto que otras, en realidad las asignaciones regionales coincidían con lo estipulado en la metodología de

asignación estratégica de los márgenes presupuestarios. El aumento evidente de la proporción relativa destinada a la Región de Asia Sudoriental reflejaba el traslado de una cantidad considerable de financiamiento de los programas contra la poliomielitis al segmento básico del presupuesto.

142. Aunque tradicionalmente se habían absorbido los costos inflacionarios, esos costos habían aumentado demasiado en los últimos años y la capacidad de la Organización de seguir absorbiéndolos se reducía cada vez más. La asignación para la inflación reflejaba esa realidad y se había incluido por razones de transparencia. No obstante, la Secretaría se había comprometido con lograr una mayor eficiencia que ahorrara \$99 millones y seguiría tratando de absorber los aumentos inflacionarios en la medida de lo posible.

143. El objetivo de los planes de apoyo a los países era conseguir que el apoyo técnico prestado por las oficinas regionales y por la sede de la OMS estuviese de acuerdo con las necesidades y las prioridades del país. La versión del presupuesto por programas que se prepararía para el Consejo Ejecutivo aportaría una imagen más clara de cómo se asignarían los recursos para apoyar a los países. De todas maneras, la OMS colaboraría con todos los países, independientemente de si había o no una representación de la OMS en ese país. En tales casos, el apoyo se prestaría a través de la oficina regional o de una oficina subregional.

144. El señor Chambliss aseguró al Consejo que todos los Estados Miembros tendrían la oportunidad de participar por igual en el proceso de asignación de prioridades que se llevaría a cabo a nivel regional. En los países del Caribe donde no había una representación, la oficina subregional situada en Barbados prestaría el apoyo, al igual que lo haría la Oficina. Con respecto a la observación sobre la necesidad de definir una cadena de resultados, señaló que los resultados regionales se estaban estableciendo como parte del proceso de formulación del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.

145. El Consejo tomó nota del informe.

Presentación de la metodología empleada a fin de elaborar los indicadores para medir el progreso en la ejecución del 13.º Programa General de Trabajo y análisis de los indicadores y las metas resultantes (documento CD56/INF/5, Rev. 1)

146. La doctora Samira Asma (Directora, Medición y Métricas, OMS) introdujo el *white paper* y el cuadro de metas e indicadores anexados al documento CD56/INF/5, Rev. 1, que se había preparado en respuesta a una solicitud formulada por el Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión. En el *white paper* se describía el proyecto del marco de impacto del 13.º Programa General de Trabajo, mientras que en el cuadro se mostraba un conjunto de metas e indicadores propuestos para medir el progreso hacia la meta establecida de los “tres mil millones”. La doctora Asma observó que la Región de las Américas era la primera de las regiones de la OMS en llevar a cabo una consulta regional acerca del proyecto del marco de impacto.

147. El marco de impacto comprendería tres niveles de medición. El primero, la esperanza de vida sana (EVS), era una medición integral de la salud promedio de la población para países individuales y mediría el progreso general hacia la meta de los tres mil millones. El segundo nivel mediría el progreso hacia cada meta por medio de un índice. El tercer nivel sería un conjunto flexible de metas e indicadores, todos en consonancia con los indicadores y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y con las metas y los indicadores establecidos de conformidad con diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, que los países podrían usar para hacer el seguimiento del progreso hacia el logro de las prioridades nacionales y regionales, así como de la ejecución del 13.º PGT y del cumplimiento de los ODS. Las 45 metas incluidas en el conjunto flexible se habían sometido a consultas con los Estados Miembros.

148. De acuerdo con el énfasis asignado a la equidad y la igualdad de género, tanto en el 13.º PGT como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, haría falta capacidad para desglosar los datos por género y por las variables de relativas a la equidad, como la situación socioeconómica. La Secretaría de la OMS estaba consciente de la necesidad de evitar toda carga indebida para los Estados Miembros resultante de la presentación de informes; por consiguiente, el sistema de medición utilizaría los datos existentes donde estuviesen disponibles. La Secretaría seguiría colaborando con las regiones y con los Estados Miembros para salvar cualquier brecha en los datos de una manera que fuese sostenible en los años venideros.

149. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros expresaron su agradecimiento a la Secretaría de la OMS por la actualización acerca del proyecto del marco de impacto, pero al mismo tiempo mencionaron varias inquietudes. Se expresó interés especial acerca de la posibilidad de que los cálculos pudieran usarse para informar acerca de indicadores para los cuales no había datos oficiales o para metas e indicadores que estuvieran fuera de la competencia del sector de la salud. Se subrayó que en caso de utilizarse estimaciones debería especificarse la fuente de información y el método usado en su cálculo. Los delegados destacaron la necesidad de uniformar los requisitos en materia de presentación de informes con respecto al 13.º PGT con otros procedimientos y requisitos mundiales y regionales a fin de aliviar la carga que la presentación de informes representaba para los Estados Miembros, además de evitar requisitos diversos y posiblemente duplicados en materia de información.

150. Varios delegados señalaron que algunas de las definiciones de los indicadores eran poco claras o debían ampliarse. Por ejemplo, en el indicador para la meta 10 (aumentar a $\geq 80\%$ el número de personas vulnerables en entornos frágiles a quienes se prestan servicios de salud esenciales), no quedaba claro cómo se definirían las “personas vulnerables en entornos frágiles”. El indicador para la meta 41 (reducir en un 10% el porcentaje de infecciones del torrente sanguíneo originadas por organismos resistentes a los antimicrobianos en los pacientes hospitalarios) debería ampliarse, ya que para enfrentar eficazmente la resistencia a los antimicrobianos era necesario reducir la incidencia de todas las infecciones, no solo de aquellas que eran farmacorresistentes.

También se señaló que algunos indicadores eran de naturaleza cualitativa y, por consiguiente, podrían dar lugar a interpretaciones diferentes.

151. Se expresó preocupación acerca de la falta de claridad con respecto a la cadena de resultados y varios delegados comentaron que no estaba claro cuánta responsabilidad asumirían los países para el logro de las metas del conjunto de herramientas ni de las metas generales de los tres mil millones, ni estaba clara tampoco la función que las oficinas regionales desempeñarían en ese sentido. Varios delegados preguntaron si las metas e indicadores del conjunto flexible permitirían la especificidad nacional y regional. Se destacó que las metas y los indicadores deberían tener en cuenta las realidades regionales y el trabajo realizado a nivel regional.

152. Una delegada solicitó que se aclarara de qué manera se habían llevado a cabo las consultas con los Estados Miembros acerca del conjunto flexible de indicadores y metas, mientras que otra delegada reiteró una sugerencia formulada por su delegación en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, a saber, que la Secretaría de la OMS debería establecer un proceso de consulta formal y elaborar una hoja de ruta para la definición y la aprobación de los indicadores. Varios delegados indicaron que los expertos técnicos de sus respectivos países todavía estaban examinando el proyecto de marco de impacto y pidieron información acerca de cómo podrían los Estados Miembros seguir haciendo aportes. También se solicitó una aclaración del proceso para ultimar el marco de impacto.

153. La doctora Asma, al observar que el marco de impacto era un trabajo en curso, dijo que había tomado nota de las inquietudes y recomendaciones de los Estados Miembros. Con respecto al marco de medición, el resto de las mejoras se haría durante una reunión programada para principios de octubre. La elaboración del marco había empezado durante la redacción del 13.^o PGT y se había hecho en consulta con las regiones. La información acerca de la base y las fuentes de datos para las metas y los indicadores se suministraría oportunamente, al igual que la información sobre los métodos para el cálculo y la presentación de informes acerca de los indicadores.

154. La doctora Soumya Swaminathan (Directora General Adjunta para Programas, OMS) dijo que la idea principal tras el marco era determinar el impacto del trabajo combinado de la Secretaría, las oficinas regionales y los Estados Miembros. Los indicadores estarían en consonancia con los de los ODS y otros indicadores existentes. Sería necesario seguir usando la elaboración de modelos en algunos ámbitos donde no se disponía de datos. Sin embargo, se emprenderían actividades importantes para mejorar los sistemas de datos en toda la Organización, lo que reduciría la necesidad de utilizar estimaciones.

155. La Directora observó que se había convertido en una práctica establecida en la Región que los Estados Miembros participaran activamente en la definición de los indicadores acerca de los cuales se había previsto que iban a presentar informes. Instó a la Secretaría de la OMS a que realizara un esfuerzo mayor a fin de fomentar la participación de los Estados Miembros en el proceso de definición de metas e indicadores para el 13.^o PGT y de procurar incluir a las autoridades nacionales de salud en lugar del personal de

las misiones permanentes en Ginebra. Creía que esa participación ayudaría a inspirar mayor confianza en el proceso y a mitigar las inquietudes de los Estados Miembros por la utilización de estimaciones que pudieran no reflejar la realidad en la Región.

156. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Consulta regional acerca de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático (documento CD56/INF/6)

157. La doctora Joy St. John (Subdirectora General para el clima y otros determinantes de la salud, OMS) presentó el proyecto de estrategia mundial sobre salud, medioambiente y cambio climático, y observó que, en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS celebrada en enero del 2018, los Estados Miembros habían apoyado firmemente la formulación de esta estrategia. El proyecto de estrategia se fundamentaba en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en diversas estrategias locales y regionales, así como en la evidencia y las enseñanzas extraídas. Entre los objetivos de la estrategia se encontraban el aumento de la prevención primaria, medidas intersectoriales para abordar los determinantes de la salud por medio de enfoques de la salud en todas las políticas, fortalecimiento del sector de la salud y de los sistemas de salud, creación de apoyo mediante mecanismos de gobernanza y generación de nuevos datos empíricos.

158. La función de la sede de la OMS, de las oficinas regionales y de las representaciones en los países consistiría en proporcionar el liderazgo, orientar la política, coordinar los procesos regionales y subregionales, además de conseguir que se oyera la “voz de la salud”. También participarían en la promoción de la causa y contribuirían a la síntesis de la evidencia. De acuerdo con el 13.º Programa General de Trabajo, la Secretaría procuraría mejorar el impacto directo a nivel de país al catalizar las actividades y tratar de influir en las decisiones sectoriales, mejorar la capacidad del sector de la salud, responder a las emergencias y llevar adelante iniciativas especiales, como la iniciativa sobre el cambio climático y la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

159. La estrategia mundial aportaría un marco que cada región y país podría adaptar para reflejar sus características y prioridades. Algunas regiones ya habían empezado a celebrar consultas con los países con miras a la elaboración una estrategia regional de ejecución. El proyecto se modificaría de acuerdo con las observaciones recibidas de los Estados Miembros y se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero del 2019 y, luego, a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo.

160. El Consejo Directivo expresó su apoyo general al proyecto de estrategia. Los delegados reconocieron que el cambio climático estaba afectando cada vez más a la salud, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Un delegado informó que una consulta celebrada en su país acerca del tema había dejado claro que la población joven veía el cambio climático no solo como un riesgo para la salud de las generaciones actuales y futuras, sino también como una grave preocupación existencial.

161. Los delegados consideraban que el documento de estrategia presentaba un panorama integral de los riesgos que el cambio climático y otros determinantes ambientales planteaban a la salud; uno de ellos comentó que, si bien algunos de los temas planteados se abordaban en otras estrategias y planes de acción, el proyecto de estrategia suministraba un enfoque “general”. Otro delegado advirtió, sin embargo, que muchas de las actividades necesarias no eran realmente esenciales para la misión y las funciones básicas de la OMS de reforzar la seguridad en materia de salud y la respuesta a las emergencias, apoyar a los Estados Miembros en el fortalecimiento de sus sistemas de salud y fomentar las alianzas internacionales e intersectoriales para hacer avanzar la salud mundial.

162. Se elogió el énfasis que se hacía en el proyecto de estrategia con respecto a la prevención primaria, al igual que la importancia asignada a los enfoques de todo el gobierno y de la salud en todas las políticas y su reconocimiento de la necesidad de colaboración intersectorial, ya que muchos determinantes ambientales de la salud se encontraban fuera del control directo del sector de la salud. Numerosos delegados observaron la necesidad de emprender actividades de educación y de sensibilización para concientizar a las autoridades de los sectores de la agricultura y ganadería, energía, transporte, planificación urbana y otros, acerca de las posibles consecuencias para la salud de las decisiones y las medidas adoptadas en esos sectores. Los delegados también subrayaron la importancia de garantizar la participación de los representantes del sector de la salud en los debates sobre el cambio climático y de integrar las consideraciones de salud en las políticas y los planes para la mitigación del cambio climático y la adaptación a él. Se destacó la importancia de la investigación para generar evidencia que sustentase la formulación de políticas.

163. Se recibió con agrado el énfasis del proyecto de estrategia en el aumento de la resiliencia de los sistemas de salud. Varios representantes de pequeños Estados insulares en desarrollo describieron el terrible impacto de los huracanes recientes en sus establecimientos de atención de salud y en la salud y el bienestar de sus poblaciones; uno de ellos informó que el huracán María en el 2017 había causado daños que ascendían a más de 200% del producto interno bruto de su país y otro observó que un solo huracán podría deshacer los logros en salud pública alcanzados a lo largo de más 50 años. Destacaron su necesidad de recibir apoyo para reconstruir sus sistemas de salud y prepararse para los futuros fenómenos climáticos extremos. En ese sentido, se instó a los Estados Miembros a que aprovecharan los mecanismos de financiamiento disponibles, como el Fondo de Adaptación y el Fondo Verde para el Clima, a fin de ayudarlos a mejorar su capacidad de responder a los retos del cambio climático.

164. Se formularon varias sugerencias con respecto a la forma de mejorar el proyecto de estrategia. Una delegada recomendó que en la estrategia debería prestarse mayor atención al impacto de los métodos de producción —como el uso de antibióticos en la ganadería y el uso de plaguicidas en los cultivos agrícolas— como determinantes de la salud. La misma delegada señaló que en la estrategia no se tenía en cuenta de manera adecuada el hecho de que una gran proporción de trabajadores en muchos países en

desarrollo estaban empleados en el sector no estructurado y, por consiguiente, no estaban protegidos por los servicios de salud ocupacional. Otro delegado sugirió que las prisiones deberían incluirse en los entornos clave para las intervenciones destinadas a abordar los riesgos ambientales para la salud. Se señaló que la fecha prevista para el logro de las metas propuesta en el proyecto de estrategia debía establecerse explícitamente y se indicó que la meta para el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento debería formularse en términos porcentuales y no como una cifra absoluta. Varias delegaciones indicaron que presentarían por escrito las sugerencias para mejorar el documento.

165. Con respecto al seguimiento y la presentación de informes de progreso de acuerdo con la estrategia mundial, varios delegados subrayaron la importancia de estar en consonancia con otros requisitos en materia de informes mundiales y regionales, y de utilizar indicadores a los que todos los países pudieran dar seguimiento mediante los sistemas de información actuales. A este respecto, un delegado advirtió contra el uso de indicadores que dependiesen de registros médicos o de sistemas de información electrónicos, que no existían en todos los países.

166. La doctora St. John dijo que estaba claro que la OMS necesitaba una estrategia mundial para ayudar a los Estados Miembros a afrontar los numerosos desafíos que los delegados habían mencionado en sus observaciones. Con respecto a la sugerencia de que la OMS quizá estaba extendiéndose más allá de su propósito, señaló que parte de ese propósito era desempeñar una función de movilización y facilitar la interacción entre el sector de la salud mundial y otros sectores. Esa función era importante porque, si bien muchos de los temas que afectaban al medioambiente y contribuían al cambio climático estaban fuera del control directo del sector de la salud, también eran determinantes de la salud. La Organización seguiría colaborando con sus asociados en el sistema de las Naciones Unidas para asegurar que los efectos sobre la salud de las medidas adoptadas en otros sectores se considerasen de una manera significativa.

167. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) dijo que la OPS había recibido con beneplácito la estrategia mundial, que era sumamente pertinente para la Región como había quedado demostrado por las observaciones formuladas y las inquietudes expuestas en el debate. La Directora estaba muy consciente de esas inquietudes y había creado recientemente una nueva unidad para abordar los riesgos ambientales para la salud, incluido el cambio climático. Además, había enviado varios funcionarios a Centroamérica y al Caribe para fortalecer la cooperación técnica de la Oficina sobre este problema en esas subregiones. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para que la estrategia mundial se adaptara a las necesidades de los Estados Miembros de la Región. Al igual que la Secretaría de la OMS, también trabajaría a fin de asegurar un lugar para la salud en la agenda mundial sobre el medioambiente.

168. La Directora afirmó que la Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros con el propósito de que sus planes de adaptación relativos a la salud estuviesen bien ubicados dentro de los planes nacionales de adaptación. También seguiría trabajando para fortalecer las capacidades operativas y la resiliencia de los sistemas de salud de la

Región, lo que incluiría la promoción de la estrategia de hospitales inteligentes, cuya eficacia había quedado demostrada. En algunos países del Caribe, por ejemplo, los únicos establecimientos de atención de salud que habían seguido funcionando tras los huracanes recientes fueron aquellos que habían aplicado la estrategia.

169. El Consejo tomó nota del informe.

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (documento CD56/INF/7)

170. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado el informe sobre la 46.^a sesión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Se había informado al Comité Ejecutivo que el Comité Asesor había evaluado el progreso en varias iniciativas concretas de investigación y había instado a la Oficina y a los Estados Miembros a que siguieran apoyando y promoviendo la investigación, de conformidad con las prioridades y necesidades nacionales. Se había alentado al Comité Asesor y a la Organización en su totalidad a que se centrara en la ciencia de la ejecución y en una evaluación programática robusta para lograr que los Estados Miembros crearan capacidad para evaluar y modificar las intervenciones de salud, según correspondiera, con miras a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

171. En el debate que siguió, los delegados agradecieron las recomendaciones formuladas en el informe, en particular las recomendaciones para reactivar en la Región la red de políticas basadas en la evidencia (EVIPNet) de la OMS y para avanzar en la formación de capacidad con los equipos locales de investigación y las redes regionales. Se puso de relieve la necesidad de trabajar continuamente para cerrar las brechas entre los países y entre las regiones en cuanto a la capacidad para la investigación; además, se subrayó la importancia de ofrecer becas y promover oportunidades de capacitación con esa finalidad. Se alentó a la Oficina a que aumentara sus actividades para divulgar información acerca de los recursos de capacitación, como los que ofrecía la organización Cochrane.

172. Se señaló que las oportunidades de investigación acerca de la salud poblacional y de los sistemas y servicios de salud seguían siendo limitadas en comparación con las oportunidades para la investigación clínica y biomédica; se subrayó la necesidad de intensificar la investigación sobre la salud colectiva y los determinantes de la salud. Se consideró que esa investigación era esencial a fin de determinar las razones que justificaban las políticas para abordar las desigualdades y las inequidades en salud y generar la evidencia necesaria. También se señaló que la investigación dejaría de tener sentido si no se disponía de mecanismos fiables para difundir los resultados y traducir la investigación en conocimientos pertinentes que mejorasen la salud de la población. Se destacó la función de la OPS para aumentar la visibilidad del contenido de la investigación.

173. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) estuvo de acuerdo en la importancia de la investigación relativa a la equidad

y los factores que impedían el acceso de la población a los servicios de salud y a la cobertura universal de salud. Observó que la Directora había adoptado la decisión de fortalecer el área de investigación sobre los sistemas de salud e informó al Consejo que la Oficina tenía previsto elaborar un programa integral para fortalecer la capacidad de investigación de los Estados Miembros en esa especialidad. Durante varios años, la OPS había trabajado con ahínco a fin de promover la investigación para la salud y había numerosas investigaciones en curso en la Región. Pero, lamentablemente, estas investigaciones no siempre estaban en consonancia con las prioridades de los ministerios de salud ni generaban la evidencia necesaria para guiar la toma de decisiones y la formulación de políticas. El Comité Asesor de Investigaciones en Salud había destacado la necesidad de estructurar la agenda de investigación en torno a las prioridades de los países. La Oficina seguiría apoyando el trabajo del Comité Asesor.

174. La Directora expresó su agradecimiento a los miembros del Comité Asesor por su trabajo y por el asesoramiento que prestaban a la Oficina. En su opinión, el ámbito de la investigación para la salud podría beneficiarse enormemente de la cooperación Sur-Sur, que podría ayudar a mejorar la capacidad de los Estados Miembros y a promover el intercambio de los resultados de la investigación. La Oficina sabía que en la Región se estaban haciendo muchas investigaciones importantes, pero estas no siempre se difundían a la comunidad internacional. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para velar por la difusión más amplia de los resultados de la investigación regional.

175. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas (documento CD56/INF/8)

176. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un documento acerca del trabajo de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas, establecida por la Directora con el objetivo de recabar y evaluar la evidencia disponible acerca de las causas de las inequidades y las desigualdades en materia de salud, y de formular recomendaciones encaminadas a mejorar la salud y el bienestar de todas las personas de la Región. Los miembros de Comité Ejecutivo habían apoyado firmemente el trabajo de la Comisión; uno de ellos señaló que esta Comisión representaba un paso decisivo desde la reflexión y el debate acerca de la equidad y las desigualdades hacia la acción. Los delegados habían elogiado el énfasis de la Comisión en los determinantes sociales de la salud y en los cuatro temas transversales de género, etnicidad, equidad y derechos humanos. También se habían recibido con beneplácito los esfuerzos de la Comisión para crear un registro de estudios de casos y de métodos positivos e innovadores. Varios delegados habían subrayado la importancia de contar con datos fidedignos y con una base robusta de evidencia para apoyar la toma de decisiones y para detectar y enfrentar las desigualdades en la esfera de la salud.

177. Sir Michael Marmot (Director, Instituto de Equidad en Salud, University College London, y presidente de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las

Américas) presentó el resumen del informe de la Comisión, contenido en el documento CD56/INF/8, donde se señalaba que el informe completo se publicaría en marzo del 2019. Empezó por mencionar que la evidencia contradecía la idea de que la buena salud era simplemente una cuestión de volverse más rico. Canadá, por ejemplo, tenía un producto nacional bruto por persona que era casi una cuarta parte menor que el de Estados Unidos, el país más rico de la Región, y, sin embargo, la esperanza de vida en Canadá era de dos años más para las mujeres y de cuatro años más para los hombres. Chile, Costa Rica y Cuba tenían ingresos nacionales mucho menores que los de Estados Unidos, pero la esperanza de vida era levemente superior en esos países que en Estados Unidos. En consecuencia, quedaba claro que la buena salud estaba relacionada con algo más que la riqueza. En efecto, por encima de un nivel del ingreso nacional bruto de \$16.000 por persona, ajustado por la paridad del poder adquisitivo, sencillamente no había ninguna relación entre el ingreso nacional y la esperanza de vida.

178. En el informe de la Comisión se analizaban los factores estructurales que impulsaban las desigualdades en materia de salud, como las desigualdades en los escenarios políticos, sociales, culturales y económicos; el impacto desigual que tienen la degradación del medioambiente, el cambio climático y los desastres naturales en los grupos poblacionales socialmente desfavorecidos; y la repercusión continua del colonialismo, la esclavitud y el racismo estructural en toda la Región. En el informe además se formulaban recomendaciones para abordar estos elementos impulsores a fin de promover mejor la salud a lo largo de toda la vida. Una recomendación clave era la de asegurar la equidad desde el principio para todos los niños, en particular en las condiciones de vida y en la educación, ya que la experiencia de una persona en la primera infancia tenía un impacto fundamental en lo que sucedía en etapas posteriores de la vida. Otras recomendaciones eran garantizar el acceso al trabajo digno, el mejoramiento de los ingresos y la protección social, la reducción de la violencia y la protección de los derechos humanos. El informe también presentaba ejemplos de las medidas que habían producido resultados tangibles en cuanto al abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, y en cuanto a la reducción de las inequidades y las desigualdades en materia de salud.

179. En el debate que siguió, los delegados aplaudieron el trabajo de la Comisión y reconocieron la importancia de abordar los determinantes de la salud y las desigualdades entre los países y dentro de ellos para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se subrayó la necesidad de la acción multisectorial. Un delegado señaló que el género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos habían sido temas transversales importantes en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y subrayó que debían seguir siéndolo en el nuevo Plan Estratégico 2020-2025 (véanse los párrafos 117 a 125 anteriores). Otro delegado informó que el enfoque preconizado por la Comisión, y por Sir Michael Marmot personalmente en su libro “The Health Gap: The Challenge of an Unequal World” [la brecha de salud: el reto de un mundo desigual], había contribuido a la formulación del plan de su país para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

180. Sir Michael Marmot, luego de manifestarse de acuerdo en que la colaboración multisectorial era esencial para afrontar problemas complejos como la violencia, agregó que el objetivo de la Comisión era proponer ideas prácticas que pudieran servir de base para la acción gubernamental transversal que podría generar un cambio real con respecto a la equidad en el ámbito de la salud.

181. La Directora expresó su agradecimiento a Sir Michael Marmot y los demás miembros de la Comisión por su trabajo esclarecedor. Señaló que la Oficina tenía previsto publicar y difundir a nivel regional el informe completo en marzo del 2019, tras lo cual se le daría difusión también a nivel subregional y nacional. El informe se pondría a disposición en los cuatro idiomas oficiales de la Organización. Esperaba que los resultados planteados en el informe sirvieran para impulsar las decisiones y las medidas necesarias con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y procurar que toda la población de la Región pudiera gozar de salud y bienestar, así como vivir una vida digna y productiva.

182. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (documento CD56/INF/9)

183. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido una actualización sobre el progreso de los Estados Miembros en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y había examinado las medidas adoptadas por los Estados Miembros y la Oficina para fortalecer las capacidades básicas con respecto al RSI y responder a los eventos agudos de salud pública. El Comité había recibido con beneplácito el progreso logrado, aunque varios delegados habían reconocido que hacía falta más trabajo a fin de lograr y mantener la plena aplicación del Reglamento. También se había observado la necesidad de aumentar la transparencia y la rendición de cuentas mutua. Los delegados habían apoyado el *Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública* y el marco de seguimiento y evaluación del RSI. Aunque se reconocía la utilidad potencial de las tres herramientas de seguimiento voluntario del marco, varios delegados habían subrayado que la autoevaluación y la presentación de informes anuales debería seguir siendo el único requisito para los Estados Partes. Otros delegados habían destacado el valor de las evaluaciones externas conjuntas para determinar dónde estaban funcionando bien las capacidades básicas y donde había posibilidades de mejorar.

184. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) informó que desde el 1 de enero del 2018, se habían notificado 99 eventos agudos de salud en la Región de las Américas, es decir, una tercera parte de este tipo de eventos notificados a nivel mundial. De esos eventos, 56% habían sido notificados por funcionarios nacionales y 44% por otras fuentes. En unos cuantos casos había habido retrasos de hasta siete u ocho días en la notificación o en responder a las solicitudes de información formuladas por la Oficina; pero, en su mayor parte, los eventos agudos se habían notificado con prontitud. Entre los eventos notificados se encontraban brotes de fiebre amarilla, sarampión y difteria, además de un repunte en los casos de malaria.

185. La Región de las Américas era una de las más avanzadas del mundo en cuanto al desarrollo de las capacidades básicas del RSI. Se había observado un progreso constante en ese sentido, pero había sido desigual en las diversas subregiones. Al igual que en años anteriores, las puntuaciones más bajas con respecto a las capacidades básicas se encontraban en las áreas de los eventos químicos y las situaciones de emergencias radiológicas. No obstante, se habían logrado avances significativos en el mejoramiento de las capacidades en esas áreas, en particular en el Caribe, gracias en gran medida a la colaboración entre los Estados Miembros de esa subregión, la Oficina y el Organismo Internacional de Energía Atómica. Varios países habían indicado su interés en emprender una evaluación externa conjunta voluntaria de su ejecución de las capacidades básicas. La Oficina seguiría apoyando a cualquier país que deseara llevar a cabo ese tipo de evaluación.

186. El Consejo recibió con beneplácito el progreso logrado, pero reconoció la necesidad de seguir adelante con las actividades a fin de lograr y mantener un nivel adecuado de preparativos para abordar los brotes de enfermedades y otras emergencias de salud pública que pudieran representar una amenaza para la seguridad regional y mundial en el ámbito de la salud. Se destacó la necesidad de seguir fortaleciendo las capacidades básicas con respecto a los peligros químicos y de radiación. Los delegados destacaron la importancia del RSI para detectar y comunicar las emergencias de salud pública de posible importancia internacional y reafirmaron el compromiso de sus países con la ejecución del Reglamento. Varios delegados describieron las medidas que se estaban adoptando a nivel nacional para fortalecer las capacidades de vigilancia y respuesta, de alerta temprana y de comunicación de riesgos. Se subrayó la importancia de mantener tasas elevadas de cobertura de vacunación para prevenir otros brotes de enfermedades.

187. Los delegados apoyaron el *Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública 2018-2023* y el marco de seguimiento y evaluación del RSI. Varios delegados informaron que sus países habían emprendido o se proponían emprender evaluaciones externas conjuntas y alentaron a otros países a que hicieran lo mismo. Una delegada comentó que, si bien su Gobierno estaba dispuesto a usar la herramienta revisada de autoevaluación, su uso debería considerarse voluntario, ya que la herramienta no había sido examinada ni aprobada por los órganos deliberantes de la OMS. La misma delegada destacó que las evaluaciones externas conjuntas deberían seguir siendo voluntarias y no deberían usarse como indicadores para evaluar la aplicación del RSI. Se señaló que las actividades para fortalecer las capacidades básicas de los países debían tener en cuenta los contextos y las necesidades del país, y que los instrumentos del marco de evaluación y seguimiento debían adaptarse a las características de los países. A este respecto, se recibieron con agrado las iniciativas de la OPS para ayudar a los pequeños Estados insulares a afrontar sus singulares desafíos.

188. Varios delegados destacaron la necesidad de fortalecer la respuesta regional a los retos de salud pública planteados por la migración. Se destacó la necesidad de adoptar enfoques que respetaran plenamente la dignidad y los derechos humanos de los migrantes. Una delegada solicitó que se examinaran las recomendaciones de la OMS

acerca de la vacunación contra la fiebre amarilla y la lista de los países expuestos al riesgo de transmisión de la enfermedad, ya que su país, a pesar de no haber tenido ningún caso de fiebre amarilla desde 1974, seguía en la lista, con lo cual a algunos viajeros que solo estaban en tránsito en el país se les exigía que presentaran prueba de vacunación para ingresar a otros países.

189. El doctor Ugarte explicó que, si bien la OPS apoyaría a los Estados Miembros que buscaban una modificación de su condición de país expuesto al riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, era responsabilidad del Grupo Asesor Científico y Técnico de la OMS sobre Cartografía de los Riesgos de Fiebre Amarilla decidir qué países se incluían en la lista de los que presentaban riesgos. Este grupo también establecía las recomendaciones en cuanto a la vacunación.

190. Al elogiar a los países que habían emprendido o habían previsto emprender evaluaciones conjuntas externas, señaló que esas evaluaciones no eran un objetivo por sí mismas. Se llevaban a cabo para establecer los aspectos fundamentales en los que se necesitaban mejoras y luego se creaban soluciones para abordar los problemas detectados. La Oficina reconocía que las herramientas de evaluación del marco de seguimiento y evaluación del RSI tenían que adaptarse a las condiciones y las necesidades de los países individuales, y estaba colaborando estrechamente con la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental a fin de elaborar un enfoque apropiado para los pequeños Estados insulares en desarrollo.

191. La Directora dijo que la Oficina estaba dispuesta a apoyar a los Estados Miembros que llevaran a cabo evaluaciones conjuntas externas y los alentaba a hacerlo. Sin embargo, no bastaría sencillamente con hacer esa evaluación una vez y adoptar medidas en las esferas fundamentales detectadas para el mejoramiento. Una vez que las capacidades básicas del RSI estuviesen implantadas, los Estados Miembros debían asegurarse de que se mantuvieran. Las autoevaluaciones anuales eran esenciales en ese sentido, y posiblemente también fuese aconsejable realizar las evaluaciones conjuntas externas de manera cíclica. Instaba a todos los Estados Miembros a cumplir el requisito de autoevaluación anual y presentación de informes estipulado en el RSI.

192. El Consejo tomó nota del informe.

Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas (documento CD56/INF/10)

193. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido una actualización acerca de los desafíos del suministro de vacunas inactivadas contra la poliomielitis (IPV, por su sigla en inglés) en la Región y las actividades de la Oficina para mantener el suministro adecuado, por conducto del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Se había informado al Comité que la Oficina esperaba poder obtener suministros suficientes para satisfacer gran parte de la demanda del 2018 y estaba tramitando la compra de los suministros para el 2018 y

el 2019. El Comité también había recibido información acerca de las medidas adoptadas a fin de preparar a los países para administrar una fracción de la dosis de la vacuna. El Comité había subrayado que era fundamental mantener la erradicación de la poliomielitis en la Región y aumentar la concientización, tanto del personal de salud como del público general, acerca de la importancia de la vacunación, así como del potencial de reintroducción del poliovirus salvaje y la aparición del poliovirus de origen vacunal. Los delegados habían encomiado los esfuerzos de la Oficina para prepararse en caso de una escasez y habían subrayado la importancia de la capacitación del personal de salud en la administración correcta de la fracción de la dosis de la IPV para asegurar la inmunogenia.

194. Durante el debate sobre el informe en el Consejo, los delegados agradecieron a la Oficina sus iniciativas para obtener suministros suficientes de la IPV a precios asequibles y la alentaron a que prosiguiera las negociaciones con los proveedores. Los delegados señalaron la necesidad de capacitar al personal de salud para administrar, en la forma adecuada, la fracción de la dosis de la IPV e instaron a la Oficina a que siguiera prestando apoyo técnico en esa esfera. La capacitación en materia de gestión de las existencias de vacunas también se consideraba necesaria. Dado el potencial de reintroducción de la poliomielitis por los viajes internacionales, los delegados subrayaron la necesidad de mantener la cobertura de vacunación elevada y la vigilancia continua, además de la detección temprana de todo caso de parálisis flácida aguda, y de asegurar una respuesta inmediata en caso de que se detectaran presuntos casos de poliomielitis.

195. El señor John Fitzsimmons (Jefe, Programa Especial del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, OSP) estuvo de acuerdo en que era importante mantener la vigilancia y la preparación, y afirmó que la Oficina seguiría trabajando con los ministros de salud y los directores de los programas de vacunación para asegurar los suministros adecuados de vacunas. El personal de la Oficina estaba en comunicación continua, y seguiría estándolo, con los proveedores de la IPV y con los asociados mundiales, lo que incluía una próxima reunión con los fabricantes y proveedores que se celebraría en Copenhague bajo el patrocinio conjunto del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA) y la OMS. Después de esa reunión, el personal de la Oficina se reuniría con cada Estado Miembro para evaluar el saldo de los suministros solicitados para el cuarto trimestre del 2018 y procuraría acelerar la entrega de la vacuna a los países, según fuese necesario.

196. La Directora agradeció a los Estados Miembros su vigilancia para que la poliomielitis no se reintrodujera en la Región, al observar la preocupación justificada acerca de la disponibilidad de la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados. Reiteró el compromiso de la Oficina de seguir negociando con los fabricantes de la IPV para conseguir que la Región dispusiera de dosis suficientes y estuviese preparada para manejar la escasez.

197. El Consejo tomó nota del informe.

Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento CD56/INF/11, Corr.)

198. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que el Comité Ejecutivo había examinado un informe en el que se resumían las conclusiones principales del informe preparado por la Directora de acuerdo con la resolución CD52.R6 sobre las barreras que encontraban las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT) con respecto a la salud. En el debate del informe por el Comité, se había reconocido que las personas LGBT seguían enfrentándose a dificultades persistentes para tener acceso a servicios de salud de calidad, y se había considerado que le competía a los Estados Miembros reconocer las causas de las disparidades en el acceso.

199. En el debate del informe por el Consejo, los delegados afirmaron el compromiso de sus gobiernos de luchar contra la discriminación que afectaba a las personas LGBT y de eliminar las barreras que impedían su acceso a los servicios de salud. Varios delegados también describieron las medidas que sus respectivos gobiernos estaban adoptando en ese sentido, como la aprobación de políticas públicas, la capacitación del personal de salud y, en un caso, la elaboración de un protocolo para la prestación de atención de salud a las personas LGBT. Un delegado informó que, en su país, la orientación sexual y la identidad de género se consideraban como determinantes sociales de la salud. Otra delegada señaló que les incumbía a todos abordar conjuntamente las causas de las disparidades en el acceso a los servicios de la salud, ya que las desigualdades en los sistemas de salud servían para socavar los adelantos colectivos alcanzados en materia de salud. La misma delegada destacó la necesidad de fortalecer el análisis de género, lo que a su vez significaba fortalecer la recopilación de datos sobre la diversidad de género.

200. Otros delegados subrayaron la necesidad de contar con servicios de salud integrales que abordaran no solo las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas LGBT sino todas sus necesidades de salud en todas las etapas de vida, desde la niñez hasta la vejez. Con respecto a los servicios de salud mental, se subrayó la necesidad de evitar evaluaciones basadas exclusivamente en la orientación sexual o la identidad de género. Se sugirió que el término “minoritario” en el informe debería reemplazarse con el de “grupo minorizado”, ya que el primero se entendía, por lo general, como una minoría estadística, mientras que este último término destacaba la naturaleza sociocultural de los procesos que creaban minorías dentro de las estructuras de poder.

201. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica) observó que el trabajo sobre este tema había sido un proceso iterativo y colaborativo que había incluido a los Estados Miembros, así como a la Oficina; agregó que las observaciones y sugerencias del Consejo se tendrían en cuenta para finalizar el informe, que se publicaría en breve.

202. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos (documento CD56/INF/12)

203. El doctor Miguel Mayo Di Bello (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe acerca de la situación de la salud en la República Bolivariana de Venezuela y los países vecinos, y de la cooperación que la OPS estaba prestando en respuesta a esa situación. En el debate que siguió a la presentación del informe, un delegado había subrayado la necesidad de seguir respondiendo a la situación con espíritu de solidaridad y colaboración para proteger los logros regionales en materia de salud pública, y había sugerido que, además de las actividades recomendadas en el documento, la Oficina y los Estados Miembros deberían tratar de mejorar el intercambio de información acerca de la dinámica de la migración y buscar oportunidades para fortalecer la cooperación en las zonas fronterizas, además de administrar los recursos internacionales de cooperación destinados a las iniciativas regionales conjuntas. La Delegada de la República Bolivariana de Venezuela había expresado su agradecimiento a la Organización por su ayuda para superar las dificultades que estaba enfrentado su país y había subrayado que su Gobierno atribuía gran importancia a la salud.

204. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) resumió el contenido del informe y señaló que la Oficina se había mantenido muy activa en cuanto a la respuesta a la situación de la salud en la República Bolivariana de Venezuela y los países vecinos, a fin de mantener un programa eficaz de cooperación técnica con esos Estados Miembros. Señaló que se habían registrado brotes de difteria, sarampión y malaria en diversos países de la subregión. Venezuela se había visto afectada en particular, pero las enfermedades también se habían propagado como resultado de la migración de la población. Se habían encontrado dificultades con respecto al acceso a los servicios de salud, en especial en las zonas fronterizas y las comunidades autóctonas a las que era difícil llegar. No obstante, el Gobierno de Venezuela había hecho inversiones considerables en infraestructura y equipo relacionados con la salud, y los hospitales y los servicios de salud seguían funcionando y prestando servicios a miles de personas.

205. En respuesta a la situación de la salud, la Oficina había intensificado su cooperación con Venezuela y otros países afectados. Sus actividades en Venezuela se habían orientado no solo a responder ante los brotes de enfermedades y controlarlos, sino también hacia el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para afrontar otros retos, como la tuberculosis y la infección por el VIH/sida. Asimismo, se había asignado particular importancia al fortalecimiento de la atención primaria de salud. La vacunación había sido otra área importante a la que se asignaba un interés especial. La Oficina también había prestado cooperación técnica en las especialidades de manejo de las emergencias, suministro y distribución de medicamentos y otros insumos, salud mental y mortalidad materna. En los países vecinos, se había apoyado a las autoridades de salud en la prestación de servicios de salud a los migrantes y se les había suministrado información regularmente, por medio de informes diarios, acerca de los brotes y otros eventos que pudieran tener consecuencias para la salud pública a nivel internacional.

206. El doctor Ugarte hizo hincapié en las recomendaciones formuladas en el documento CD56/INF/12 y subrayó la necesidad de mantener tasas elevadas de cobertura de vacunación en todos los países.

207. El Delegado de la República Bolivariana de Venezuela expreso su agradecimiento por la cooperación técnica de la Oficina y reconoció que su país estaba atravesando una compleja situación económica y sociopolítica que había afectado negativamente sus indicadores sociales y de salud. Observó que, desde el 2014, Venezuela había sido objeto de medidas coercitivas impuestas por otros países, lo que había tenido graves consecuencias económicas y había limitado la capacidad del país para adquirir medicamentos, vacunas y otros suministros médicos. Como resultado, el país había registrado un resurgimiento del sarampión y la difteria, además de un aumento de los casos de malaria. No obstante, gracias a las medidas adoptadas por el gobierno y las actividades intensas de cooperación llevadas a cabo con otros países y con la OPS, ya estaban bajando las tasas de sarampión, difteria y malaria. De acuerdo con un plan de recuperación nacional introducido en agosto del 2018, había varias actividades en marcha para sostener la economía del país y fortalecer los sistemas de atención de salud y de protección social. Después del inicio del plan “Vuelta a la Patria”, un número cada vez mayor de migrantes venezolanos estaban regresando al país. Sin embargo, quedaba mucho por hacer y Venezuela instaba a todos los Estados Miembros a que aunaran esfuerzos y trabajaran por el bien común de la población de la Región.

208. El Delegado de Nicaragua expresó solidaridad con las personas y el Gobierno de Venezuela, y afirmó que el gobierno venezolano no podía ser responsabilizado por los brotes de enfermedades y la migración de los venezolanos, que habían sido desencadenados por las sanciones económicas a las cuales se había sometido al país. Instó a la OPS a que siguiera prestando cooperación técnica a Venezuela y los países vecinos.

209. Un representante de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes recordó que, al adoptar en el 2016 la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, los Estados Miembros de las Naciones Unidas habían contraído un compromiso de proteger la salud y el bienestar de los migrantes. También señaló que la atención de las necesidades de salud de los migrantes contribuía a proteger la salud pública mundial.

210. La Directora agradeció a los Estados Miembros por su disposición a abordar la situación en un espíritu de salud pública y solidaridad. Felicitó al personal de salud de Venezuela y los países vecinos por sus enormes esfuerzos para reducir los casos de sarampión, difteria y malaria, así como para aumentar el acceso a los servicios de salud. Era necesario adoptar un enfoque regional para mantener los logros de la salud pública y afrontar algunos fenómenos, como la migración de las poblaciones, que era una inquietud no solo para Venezuela y sus vecinos, sino para todos los países de la Región. Tenía previsto comunicarse con los Estados Miembros en un futuro próximo para invitarlos a que participaran en un debate acerca de la mejor manera de responder a situaciones como la que estaba ocurriendo en Venezuela y en los países circundantes. Señaló que hoy eran

esos países los afectados, pero mañana podrían ser otros. Por consiguiente, era esencial preparar una respuesta regional basada en la solidaridad y la evidencia.

211. Al observar que la cobertura de vacunación había disminuido en la Región, la Directora se hizo eco de la exhortación del doctor Ugarte a los Estados Miembros para que mantuvieran la cobertura alta, en especial en los grupos rurales y remotos y los grupos en las zonas fronterizas.

212. El Consejo tomó nota del informe.

Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final (documento CD56/INF/13)

213. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que, si bien se habían logrado avances para cumplir varios de los objetivos incluidos en el plan de acción, todavía quedaba mucho por hacer. Seguían haciendo falta varias reformas, como por ejemplo, mejorar la legislación sobre los límites de velocidad, el uso obligatorio del casco para los ciclistas y el uso obligatorio de los cinturones de seguridad. También deberían abordarse los riesgos emergentes, como las distracciones mientras se conduce debido al uso de dispositivos móviles. Los delegados habían estado de acuerdo en que la seguridad vial debía considerarse como una prioridad de salud pública y habían afirmado su compromiso con la continuación de las actividades para alcanzar los objetivos del plan de acción. Había habido consenso en cuanto a la necesidad de abordar temas como las distracciones al conducir y la conducción bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas.

214. El Consejo elogió el progreso logrado de conformidad con el plan, pero reconoció la necesidad de continuar las actividades para lograr la meta 6 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (“De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.”). Los delegados estuvieron de acuerdo en que la seguridad vial debía reconocerse como una prioridad de salud pública. Se subrayó la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial y de salud en todas las políticas, al igual que la necesidad del compromiso político firme y de contar con recursos financieros y humanos suficientes. También se consideraron esenciales los enfoques descentralizados para asegurar la participación de los interesados directos locales y regionales. Varios delegados enfatizaron la necesidad de mejorar la recopilación de datos para analizar los factores que incidían en las colisiones de tránsito y generar información destinada a la formulación de políticas. Se solicitó el apoyo de la Oficina en esa esfera.

215. Los delegados describieron las medidas que sus países estaban adoptando para mejorar la seguridad vial y reducir los traumatismos y las muertes causados por el tránsito; entre otras, reducir los límites de velocidad y aprobar o modificar la legislación relativa a la conducción bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, las distracciones mientras se conduce y el uso de cinturones de seguridad y dispositivos de retención para niños. Varios delegados señalaron que, en respuesta al aumento significativo en el uso de las motocicletas y el incremento consiguiente de las muertes y

los traumatismos relacionados con las motocicletas, sus países habían introducido reglamentos que exigían el uso del casco y otras medidas de seguridad. Algunos delegados comentaron que la falta de cumplimiento de las leyes vigentes era un problema constante en su país.

216. Una delegada informó que el ministerio de salud de su país estaba llevando a cabo un proyecto piloto en las unidades neonatales de varios hospitales en el que se enseñaba a los nuevos padres acerca del uso adecuado de los dispositivos de retención para niños; al mismo tiempo, el personal de salud destacaba la importancia del uso de cinturones de seguridad para todos los pasajeros. Esta delegada sugirió también que el proyecto, que se estaba llevando a cabo en colaboración con la OPS, podría servir de modelo para otros países. También sugirió que la promoción de la seguridad vial debía enfocarse de la misma manera que la vacunación, haciendo hincapié en la prevención y, en particular, en la gran eficacia de las medidas pasivas de seguridad para prevenir los traumatismos causados por el tránsito.

217. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) felicitó a los Estados Miembros por las medidas adoptadas para mejorar la seguridad vial y el progreso logrado en ese sentido. Sin embargo, quedaba claro que todavía había mucho por hacer, en particular para reducir las muertes debidas a las motocicletas. Estuvo de acuerdo en que el liderazgo político acerca de este problema era fundamental. También era esencial hacer cumplir las leyes existentes. La OPS seguiría colaborando con los países para reunir a los diversos interesados a fin de encontrar maneras de reducir la mortalidad y la discapacidad causadas por el tránsito.

218. La Directora dijo que se necesitaban medidas urgentes para reducir las colisiones de tránsito, que seguían cobrándose demasiadas vidas en la Región, especialmente de hombres jóvenes. La seguridad vial era un problema de la sociedad que exigía una respuesta multisectorial. El sector de la salud por sí solo no podía abordar todos los factores que contribuían a los traumatismos y las muertes causados por el tránsito. Los niveles más altos del gobierno tenían que asumir la responsabilidad de que se aplicara un enfoque holístico y que se hicieran las inversiones necesarias.

219. El Consejo tomó nota del informe.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final (documento CD56/INF/14)

220. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que solo se habían alcanzado parcialmente los tres objetivos principales del plan de acción. Se había subrayado que los Estados Miembros y la Oficina debían proseguir con su compromiso y sus actividades para consolidar los logros alcanzados y abordar la agenda inconclusa en el ámbito de la morbilidad y la mortalidad maternas. En el debate del informe por el Comité, los delegados habían afirmado la necesidad de seguir esforzándose para hacer el seguimiento

y reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, además de mejorar los resultados de salud para las mujeres. Se había señalado que los países utilizaban criterios diferentes para definir la morbilidad materna grave, lo que había dado lugar a variaciones considerables en los datos notificados. Se había enfatizado la necesidad de estandarizar las definiciones.

221. El Consejo reconoció que, si bien era cierto que se habían hecho progresos para reducir la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, todavía quedaba mucho por hacer. Los delegados señalaron que muchos Estados, cuyos recursos eran limitados, necesitaban asistencia financiera y técnica para poder llevar a cabo la investigación adecuada sobre salud reproductiva, aplicar programas de control de calidad, ejecutar la vigilancia de la salud materna y mejorar los sistemas de información. Los delegados también observaron la necesidad de contar con definiciones estandarizadas para toda la Región, de mejorar la presentación de informes y de utilizar registros electrónicos de los datos sobre la salud para arrojar luz sobre las inequidades existentes entre los grupos de población. Varios delegados expresaron su preocupación acerca de la hemorragia obstétrica, aludiendo a la iniciativa de cero muertes maternas por hemorragia. Otros hablaron de la necesidad de disponer de servicios de salud reproductiva y de métodos anticonceptivos culturalmente aceptables. Se destacó que la Oficina y los Estados Miembros tenían que trabajar en el diseño, el desarrollo y la ejecución de modelos de vigilancia, prevención y tratamiento para la morbilidad materna grave a fin de alcanzar las metas nacionales y regionales en el marco de los ODS.

222. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) señaló que, si bien en el informe final se mostraban algunos adelantos, la meta de alcanzar una gran reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave no se había cumplido. La evidencia suministrada por los Estados Miembros había llevado a rediseñar otras intervenciones y actividades con miras a acelerar la reducción de la mortalidad materna, lo que había abarcado un análisis detallado de las causas de muerte en mujeres. La Directora había puesto en marcha un programa destinado a prestar apoyo técnico a los diez Estados Miembros que registraban la tasa más elevada de mortalidad materna para determinar las causas específicas y cuáles serían las intervenciones para abordarlas.

223. Con respecto a la información, el Sistema de Información Perinatal (SIP), apoyado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), estaba prestando cooperación técnica. El SIP suministraba detalles acerca de los embarazos, la salud de la madre y del lactante en el período perinatal, y las medidas tomadas por los servicios de salud, que podrían facilitar la determinación de las mejoras necesarias. Sin embargo, seguía faltando cierta información importante, en particular la que permitiría detectar los grupos poblacionales que se encontraban en situación de vulnerabilidad. A menudo, la información suministrada no incluía detalles sobre la etnicidad o si el lugar de residencia era urbano o rural, lo que era fundamental para la formulación de políticas destinadas a atender las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad.

224. La iniciativa “Cero muertes maternas por hemorragia” ofrecía un modelo exitoso para ser aplicado en los Estados Miembros donde las defunciones por hemorragia obstétrica seguían siendo prevalentes, lo que había quedado demostrado cuando cuatro países donde se había aplicado la iniciativa no notificaron ninguna defunción materna por esa causa. El doctor De Francisco Serpa señaló que era importante considerar el problema de la morbilidad y la mortalidad maternas en relación con el proceso continuo de la atención, lo que significaba que también se tenían en cuenta otros problemas como la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar, además de la disponibilidad de anticonceptivos de acción prolongada que permitirían a las mujeres decidir cuándo deseaban tener hijos y así planificar su futuro.

225. La Directora manifestó la esperanza de que con la finalización del plan de acción, los Estados Miembros adoptasen un método más integrado para abordar el tema, mediante la aprobación del proyecto de plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y los adolescentes (véanse los párrafos 41 a 53 anteriores). Como bien sabían los Estados Miembros, en la Región no se había logrado alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la reducción de la mortalidad materna. Por consiguiente, la Oficina estaba colaborando asiduamente con los Estados Miembros para mejorar la situación. Era importante considerar las tasas de embarazo en adolescentes, porque una proporción alta de las muertes maternas y de los casos de morbilidad materna grave ocurrían en las adolescentes. La Oficina había desplegado unos diez funcionarios a los países con las tasas más altas de mortalidad materna, lo que, combinado con la labor que llevaba adelante el CLAP, estaba generando resultados significativos; por ejemplo, un país, Trinidad y Tabago, ya había alcanzado su meta para el 2030. Desde luego, era fundamental poder mantener los logros obtenidos; por lo tanto, la cooperación técnica de la Oficina estaba orientada principalmente al aumento de la capacidad a nivel nacional.

226. El Consejo tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final (documento CD56/INF/15)

227. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que la Región había logrado avances en varios ámbitos de acuerdo con la estrategia y plan de acción, y que la Región en su totalidad había cumplido la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4A de reducir en dos terceras partes la mortalidad de los menores de 5 años. Sin embargo, el progreso había sido desigual entre los países y dentro de ellos, y quedaban muchos desafíos por afrontar con respecto a la mortalidad infantil y al mejoramiento de la situación de los niños que se encontraban en condiciones de vulnerabilidad. El Comité había destacado la importancia fundamental de los seis primeros años de vida para el crecimiento y el desarrollo infantiles, y había destacado la importancia de adoptar enfoques multisectoriales para atender las necesidades de los niños en situación de vulnerabilidad.

228. En el debate del informe por el Consejo, los delegados recibieron con beneplácito el progreso logrado y afirmaron el compromiso de sus gobiernos de seguir trabajando

para mejorar la salud infantil, en particular de los niños en situación de vulnerabilidad. Se subrayó la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales para abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y otros servicios. Se dirigió la atención al problema cada vez mayor del sobrepeso y la obesidad infantiles, y se subrayó la necesidad de fomentar la alimentación saludable y la actividad física, al igual que la importancia de promover la lactancia materna.

229. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP), al encomiar el progreso logrado de acuerdo a lo establecido en la estrategia y plan de acción, observó que el nuevo plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y los adolescentes (véanse los párrafos 41 a 53 anteriores) se centraría no solo en velar por la supervivencia infantil mediante intervenciones como la vacunación, sino también en mejorar la calidad de vida de los niños y sus oportunidades de educación y desarrollo.

230. El Consejo tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final (documento CD56/INF/16)

231. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que los Estados Miembros habían avanzado considerablemente en relación con todas las líneas estratégicas de acción de la estrategia y el plan de acción y, en algunos casos, habían excedido las metas establecidas en el plan de acción. Para mantener los logros alcanzados, se había recomendado que los Estados Miembros aumentaran la capacidad en los ministerios de salud y siguieran brindando apoyo a la participación de los representantes del sector de la salud en el programa mundial sobre el cambio climático; determinaran las vulnerabilidades de los sistemas de salud y elaboraran planes y hojas de ruta con miras a hacerle frente; además de formular propuestas a fin de recaudar financiamiento para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud al cambio climático y mitigar sus efectos. El Comité había felicitado a la OPS por su función de liderazgo y sus actividades de promoción de medidas que permitieran abordar los riesgos que entrañaba el cambio climático para la salud y el bienestar. Se había señalado que los huracanes recientes ocurridos en la Región habían demostrado el impacto que el cambio climático podía tener en las personas, los sistemas de salud y las sociedades, y se había destacado la necesidad de prepararse para el impacto futuro del cambio climático.

232. El Consejo Directivo también elogió el liderazgo de la OPS en cuanto al problema del cambio climático y recibió con agrado el progreso logrado de conformidad con la estrategia y plan de acción, al tiempo que subrayó la necesidad del trabajo continuo con la finalidad de concientizar acerca de los riesgos para la salud planteados por el cambio climático y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para abordar esos riesgos y mitigar el impacto de huracanes y otros fenómenos climáticos extremos. Varios delegados describieron las medidas que sus países habían tomado de acuerdo con las cuatro líneas estratégicas de acción del plan; entre otras, formulación de políticas y planes

de acción nacionales, investigación para generar datos epidemiológicos fidedignos acerca de los efectos sobre la salud del cambio climático, actividades de sensibilización y de capacitación para personal y funcionarios del sector de la salud, ejecución de proyectos de establecimientos de atención de salud “inteligentes” y otras medidas destinadas a consolidar la resiliencia del sistema de salud, además de la promoción de asociaciones con otros sectores. Los delegados apoyaron las recomendaciones para la acción futura formuladas en el informe y solicitaron que se elaborara una nueva estrategia regional, en consonancia con la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medioambiente y cambio climático (véanse los párrafos 157 a 169 anteriores).

233. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) dijo que la Oficina redactaría una estrategia regional una vez que se hubiese aprobado la estrategia mundial de la OMS y que seguiría apoyando a los Estados Miembros en sus actividades para abordar los efectos del cambio climático sobre la salud.

234. La Directora, al señalar que el tema del cambio climático había adquirido una extraordinaria importancia en los últimos años, afirmó que la Oficina seguiría colaborando con la OMS en la formulación de la estrategia mundial y luego prepararía una estrategia y plan de acción para satisfacer las necesidades específicas de la Región.

235. El Consejo tomó nota del informe.

Estrategia y el plan de acción sobre eSalud: Informe final (documento CD56/INF/17)

236. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité que el número de países con estrategias nacionales de *eSalud* había aumentado en 50% durante el período abarcado por la estrategia y plan de acción, mientras que 25 países estaban en proceso de redactar estrategias para el desarrollo de la *mSalud*. Además, 16 países habían informado que utilizaban la *mSalud* para la vigilancia y el seguimiento, 9 tenían sistemas de información de salud electrónicos mientras que 17 ofrecían servicios de telerradiología. No obstante, subsistían algunos retos; entre otros, la falta de integración y de interoperabilidad entre los sistemas de salud, los sistemas organizacionales y las distintas tecnologías. Los delegados habían reconocido el valor de la ciber salud como herramienta para mejorar la salud de la población y fortalecer la capacidad nacional de promoción de la salud, así como para prevenir las enfermedades no transmisibles, y habían solicitado el apoyo constante de la Oficina en las esferas de evaluación de tecnologías, formación de capacidad, interoperabilidad, y el seguimiento y control de los determinantes de la salud.

237. En el debate del informe por el Consejo, los delegados recibieron con beneplácito el progreso logrado y agradecieron a la Oficina su apoyo en cuanto al fortalecimiento de los sistemas de información sobre salud en la Región. Observaron la utilidad de varios recursos como la plataforma regional de ciber salud, el laboratorio de ciber salud y el Campus Virtual de Salud Pública, y manifestaron su compromiso con la iniciativa de Sistemas de Información para la Salud (IS4H por su sigla en inglés). Los delegados

describieron el progreso que sus países habían hecho en esferas como la recopilación de datos; el desarrollo de plataformas en la web, repositorios y centros de datos, y marcos de capacitación; la creación de registros electrónicos de salud y de hospitales digitales; el uso de la tecnología móvil para la prestación de servicios de salud y promoción de la salud; y el desarrollo de software. También se mencionaron áreas que necesitaban fortalecimiento, como los marcos conceptuales, la formación de capacidad, la infraestructura, la interoperabilidad de los sistemas de información y el financiamiento para soluciones informáticas sostenibles.

238. Se puso de relieve la necesidad de seguimiento y análisis del acceso a la ciber salud, así como su cobertura y su uso, al igual que la necesidad de evaluación de las tecnologías y el análisis de costos y beneficios para apoyar las decisiones de inversión basadas en la evidencia. También se destacó la importancia de los marcos legales para garantizar la protección de los datos personales.

239. El doctor Francisco Becerra Posada (Director Interino, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, OSP) felicitó a los Estados Miembros por sus éxitos en la esfera de *eSalud*. Afirmó que la ciber salud ofrecía un gran potencial. Sin embargo, se trataba de un campo complejo y sin un marco legal nacional apropiado podría resultar difícil desarrollar ese potencial. La gobernanza nacional y los marcos de política eran fundamentales, ya que la ciber salud involucraba el manejo de grandes cantidades de datos personales. Al mismo tiempo, sin embargo, se necesitaba una política de datos abierta para asegurar el acceso a los datos epidemiológicos a fin de poder analizarlos. Con respecto a la iniciativa de IS4H, observó que la Oficina había estado trabajando con los Estados Miembros en la elaboración de un marco conceptual y en la prestación de apoyo técnico para permitir que los países efectuaran una autoevaluación de sus sistemas de información de salud para determinar las áreas donde hacía falta fortalecerlos.

240. Sin duda, era importante la evaluación de las tecnologías sanitarias para determinar las tecnologías que podrían tener mayor impacto y las que ameritaban las principales inversiones. Por conducto de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas, los Estados Miembros podían recibir orientación en cuestiones de biotecnología, incluida información sobre los costos, beneficios, distribuidores y otros asuntos pertinentes, como los requisitos de mantenimiento.

241. La Directora también felicitó a los Estados Miembros por sus logros de conformidad con el plan de acción. Creía, sin embargo, que la Región no había aprovechado al máximo los beneficios que podían obtenerse de la ciber salud en cuanto a las funciones esenciales de salud pública, la ampliación de los servicios y el mejoramiento de la calidad de la atención. Estaba claro que la Región tenía que acelerar el ritmo de implementación y utilizar la tecnología disponible de manera más eficaz. Era importante no seguir reinventando la rueda sino aprovechar el cúmulo de conocimientos y experiencia que ya había en la Región y crear un enfoque que permitiera a todos los países utilizar eficazmente las tecnologías de la ciber salud.

242. El Consejo tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final (documento CD56/INF/18)

243. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité que se había alcanzado la mayor parte de las metas establecidas en la estrategia y plan de acción. Asimismo, había aumentado el número de Estados que contaban con políticas o programas relacionados, mientras que 18 Estados Miembros habían adoptado el Campus Virtual de Salud Pública como una plataforma de ciberaprendizaje. Varios Estados Miembros también habían adoptado como plataformas el Programa de Acceso a la Investigación para la Salud (Hinari) y la Biblioteca Virtual en Salud; por otro lado, las bases de datos como LILACS y MEDLINE se habían puesto a disposición del público a través de la plataforma de la Biblioteca Virtual en Salud. Se había alentado a los Estados Miembros a que siguieran trabajando para establecer la gestión del conocimiento, el acceso a la información y la comunicación sobre salud como elementos clave de sus políticas, programas y prácticas.

244. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con agrado el progreso logrado y expresaron su apoyo a las recomendaciones para la acción futura. Describieron el progreso de sus respectivos países en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones, así como los retos que debían afrontar; entre los principales se encontraba la escasez de recursos. También subrayaron la necesidad de seguir trabajando para cumplir los objetivos de la estrategia. Se elogió el plan de la Oficina para establecer un portal regional con el perfil de los países. Se consideraba que el portal facilitaría el intercambio de información valiosa y permitiría a los países aprovechar las enseñanzas extraídas. Se destacó la necesidad de seguir trabajando para reducir las barreras al acceso a las tecnologías y promover la capacidad de los recursos humanos para usar los datos eficazmente. Se pidió a la Oficina que explicara por qué no se había logrado el indicador 1.2.1 (“La OPS contará con un comité técnico asesor en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones”) y que indicara cuándo se iba a establecer ese comité.

245. La doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) agradeció a los Estados Miembros por su labor a lo largo de los seis años anteriores, que había contribuido al logro de muchos de los objetivos y las metas del plan de acción. Señaló que la promoción de la transferencia y el intercambio de conocimientos figuraba en los ODS; por lo tanto, el trabajo en esa esfera debería seguir. Vivir en la era de la información significaba que las autoridades del sector de la salud estaban abrumadas con información; por lo tanto, era necesario separar el trigo de la paja para que los encargados de adoptar las decisiones dispusieran de la información pertinente para asegurar los mejores resultados y el uso más eficaz de los recursos. En cuanto al indicador 1.2.1, señaló que estaban en marcha las conversaciones acerca del establecimiento del comité consultivo técnico y que, oportunamente, se suministraría más información a los Estados Miembros.

246. El Consejo tomó nota del informe.

La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final (documento CD56/INF/19)

247. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado el informe final; en él se resumían las principales medidas adoptadas por la Oficina a fin de fortalecer las capacidades de los equipos nacionales de salud para obtener mejores resultados de la cooperación internacional. Los delegados habían recibido con agrado las iniciativas de la Organización para ayudar a fortalecer las oficinas de relaciones internacionales de la salud (ORIS) y la instaron a proseguir con esas iniciativas. Los delegados también habían subrayado la necesidad de seguir fortaleciendo la capacidad en cuanto a la diplomacia en el ámbito de la salud, la gestión de la cooperación internacional y la participación en la gobernanza de los asuntos de salud a nivel mundial. Se había destacado el valor de sistematizar e intercambiar experiencias exitosas y mejores prácticas en esas esferas. Se había instado a la Oficina a que siguiera prestando su apoyo a la cooperación técnica entre países y al trabajo con las ORIS, para determinar las áreas en las que esa cooperación podría aportar los beneficios máximos.

248. En el debate del informe por el Consejo, los delegados reconocieron la importancia de la cooperación internacional como un factor que contribuía tanto al desarrollo nacional en materia de salud como al cumplimiento eficaz de los compromisos internacionales relacionados con la salud. Se elogiaron las actividades emprendidas para promover esa cooperación, en particular los pasos dados para promover la cooperación entre los países y fortalecer las oficinas de relaciones internacionales de la salud. Se señaló que esas oficinas desempeñaban una función clave en el cumplimiento de los compromisos internacionales, pero también conocían la situación a nivel nacional y, por consiguiente, se encontraban en una buena posición para determinar las áreas prioritarias en las que los proyectos de cooperación Sur-Sur podrían agregar valor, aunque evitando la superposición con otras iniciativas de colaboración. Se instaba a la Oficina a seguir fortaleciendo las ORIS. A este respecto, los delegados recibieron con beneplácito el establecimiento de una comunidad virtual de práctica y expresaron la voluntad de sus gobiernos de intercambiar experiencias y mejores prácticas.

249. El señor Alberto Kleiman (Director, Departamento de Relaciones Externas, Alianzas y Movilización de Recursos, OSP) aseguró al Consejo que la Oficina seguiría trabajando para ayudar a los países a que fortalecieran sus oficinas de relaciones internacionales de la salud. Un objetivo primordial del trabajo emprendido había sido brindar a esas oficinas la oportunidad de intercambiar experiencias; por ende, la Oficina estaba comprometida a facilitar ese intercambio por conducto de la comunidad virtual de práctica.

250. La Directora afirmó que la Oficina seguiría brindando oportunidades de formación de capacidad para el personal de los ministerios de salud que se ocupaba de las relaciones internacionales en el ámbito de la salud. También seguiría con los programas para la cooperación Sur-Sur y los mejoraría a fin de promover el desarrollo de la salud a

nivel nacional, además de crear y mantener plataformas para el intercambio de información entre las ORIS.

251. El Consejo tomó nota del informe.

Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final (documento CD56/INF/20)

252. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio se había recordado al Comité que la Organización tenía una larga trayectoria de colaboración con las instituciones nacionales de diversos sectores, como los grupos de estudio, las instituciones académicas y las organizaciones de la sociedad civil. Esas relaciones habían enriquecido los procesos de consulta llevados a cabo en los países para la formulación de estrategias de cooperación, y habían facilitado la difusión y la aplicación de políticas, normas y estándares de salud pública. Asimismo, se había informado al Comité que la Oficina seguía comprometida a colaborar con las instituciones nacionales de conformidad con el *Marco para la colaboración con agentes no estatales*.

253. En el debate subsiguiente, se apoyó la propuesta presentada en el informe de considerar terminados los mandatos contenidos en la resolución CD50.R13 con respecto a las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica. El *Marco para la colaboración con agentes no estatales* y la red de centros colaboradores se consideraban los mecanismos más actualizados para promover la cooperación técnica. Se instaba a la Oficina a que promoviera el fortalecimiento de los centros colaboradores por medio de las capacidades establecidas por las instituciones nacionales y también a mejorar la comunicación con las representaciones en los países y las autoridades nacionales de salud con respecto a los programas de trabajo con los centros colaboradores a fin de catalizar la cooperación.

254. La señora Ana Solís Treasure (Jefa, Oficina para la Coordinación de Países y Subregiones, OSP) dijo que estaba claro que la cooperación de la Oficina con las instituciones nacionales ahora estaba guiada por nuevos mandatos y que se seguiría procurando fortalecer el trabajo con los centros colaboradores.

255. El Consejo respaldó la propuesta de considerar terminados los mandatos establecidos en la resolución CD50.R13.

Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final (documento CD56/INF/21)

256. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que los Estados Miembros habían logrado progresos notables al impulsar la integración de la ética en el ámbito de la salud, en especial en dos áreas prioritarias clave: ética de la investigación y ética de la salud pública. Entre otros logros, los países habían elaborado marcos normativos y habían

fortalecido su capacidad para realizar revisiones minuciosas y eficientes de los aspectos éticos de la investigación que incluía a sujetos humanos. La Oficina había apoyado esas actividades por medio del suministro de orientación detallada acerca de la ética, así como de directrices prácticas y recursos para facilitar las revisiones éticas. En el debate del informe por el Comité, se había sugerido que debían proponerse recomendaciones más concretas para fortalecer los sistemas de ética de la investigación, como adopción de las leyes pertinentes y formulación de reglamentos y directrices; formación de capacidad en los comités de ética de la investigación, a los niveles tanto local como nacional; consolidación de los mecanismos de supervisión del cumplimiento; y capacitación de los investigadores especializados en ética de la investigación.

257. En el debate acerca del informe que tuvo lugar en el Consejo, los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por su labor en el área de la bioética y expresaron apoyo a las recomendaciones relativas a las actividades futuras para seguir fortaleciendo los sistemas de ética de la investigación e integrando la ética en el trabajo de salud pública y los procesos de toma de decisiones. Los delegados afirmaron la importancia de las revisiones éticas para proteger los derechos de los sujetos de investigación humanos y recibieron con beneplácito la creación de la plataforma ProEthos en línea. Se destacó que las revisiones éticas no debían verse como un impedimento para investigar, sino como un imperativo social que velaba por la protección de los seres humanos y fortalecía el proceso de investigación.

258. También se destacó la importancia de examinar los aspectos éticos en los entornos clínicos. Se señaló que los comités de ética de los hospitales prestaban un apoyo valioso a la toma de decisiones acerca de complejos problemas clínicos y biomédicos, y podían ayudar a resolver los conflictos que surgieran entre los profesionales médicos y los pacientes y sus familias. Varios delegados destacaron la naturaleza intersectorial de la bioética al señalar que podía contribuir a la toma de decisiones éticas y a la formulación de políticas públicas adecuadas, no solo en el campo de la salud sino también en relación con la ciencia y la tecnología, el medioambiente, las leyes, los derechos humanos y otras áreas.

259. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) elogió a los Estados Miembros por el extraordinario progreso logrado con respecto a la bioética desde la aprobación, en el 2012, del documento de exposición de conceptos sobre el tema (documento CSP28/14, Rev. 1). Observó que se habían hecho adelantos muy importantes en la preparación y adaptación de directrices y marcos jurídicos, así como en el fortalecimiento de la capacidad de los comités de revisión ética. Sin embargo, subsistían algunas dificultades con respecto al fortalecimiento de los marcos reglamentarios y normativos, formulación de normas y directrices, y el mejoramiento de la capacidad de los recursos humanos para abordar aspectos éticos, no solo en las áreas de investigación y práctica clínica, sino también en la salud pública, donde habían aumentado los retos en relación con temas como la privatización dentro de los sistemas de salud y la asignación de los recursos limitados.

260. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CD56/INF/22)***A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso***

261. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los Miembros del Comité Ejecutivo habían reafirmado su apoyo a la estrategia y plan de acción, y habían recibido con beneplácito el progreso logrado hacia el cumplimiento de las metas y los objetivos, aunque al mismo tiempo habían reconocido la necesidad de intensificar las actividades para enfrentar y acabar con el problema de la violencia contra la mujer. Los delegados también habían apoyado las medidas propuestas en el informe a fin de mejorar la situación. Se reconoció en particular la importancia de trabajar para abordar la intersección entre las diversas formas de violencia. Varios delegados habían señalado que la violencia contra la mujer era un problema complejo y multifactorial, y habían subrayado la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales y multidisciplinarios.

262. En el debate que siguió, los delegados reafirmaron el compromiso de sus respectivos gobiernos con la reducción y la prevención de la violencia contra la mujer. Se subrayó la importancia de la colaboración multisectorial para abordar el problema. Aunque se reconocía la necesidad de adoptar medidas urgentes para abordar la violencia contra la mujer, se señaló que la violencia era una de las principales causas de muerte de hombres y niños en la Región; por lo tanto, se instaba a la Oficina a elaborar estrategias para apoyar a los países en el abordaje de ese fenómeno.

263. Dada la importancia de llevar a cabo un seguimiento del impacto concreto de la violencia contra las adolescentes, se instó a la Oficina a que incluyera datos desglosados por edad en los futuros informes de progreso y a que apoyara a los Estados Miembros en la promoción de su capacidad para efectuar ese desglose. También se la instó a que apoyara las investigaciones operativas que permitirían establecer las intervenciones eficaces, en particular, en el ámbito de la prevención primaria, y a que difundiera información acerca de las experiencias exitosas y las mejores prácticas.

264. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP), al recordar que la Región de las Américas había sido la primera región de la OMS en la cual las autoridades de salud habían respaldado una estrategia y plan de acción sobre la violencia contra la mujer, dijo que, a pesar de los considerables progresos logrados, todavía había retos que superar, en particular con respecto a la calidad y disponibilidad de los datos. Según se había observado en el debate, también era necesario fortalecer la capacidad para el desglose de los datos. La Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros en esas áreas.

265. El Consejo tomó nota del informe.

*B. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia:
Examen de mitad de período*

266. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los miembros del Comité Ejecutivo habían estado de acuerdo en que el abordaje de la obesidad en niños y adolescentes era una prioridad de salud pública, y habían subrayado la necesidad de la acción multisectorial y de divulgar las experiencias exitosas. Se había señalado que, si bien se habían logrado buenos progresos en algunos indicadores del plan de acción, en otros era muy poco lo que se había hecho. Se había enfatizado la necesidad de que todos los Estados Miembros se comprometieran con el logro de las metas y los objetivos del plan. Los delegados también habían destacado la necesidad de vincular las actividades previstas en el plan de acción con el recién adoptado *Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030* y con las iniciativas para luchar contra las enfermedades no transmisibles.

267. En el debate del informe de progreso por el Consejo, los delegados afirmaron que el sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia era un problema urgente de salud pública, que estaba contribuyendo a la epidemia cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles. Los delegados reconocieron la necesidad de adoptar métodos multisectoriales encaminados a promover la alimentación saludable y la actividad física, además de crear ambientes que promuevan y protejan la salud. Un delegado expresó inquietud acerca del énfasis del informe de progreso en los impuestos a las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico, al señalar que la evidencia acerca de los efectos sobre la salud de esos impuestos no era concluyente. Instó a la Oficina a que diera una mejor orientación acerca de las intervenciones de eficacia comprobada. Otros delegados informaron que ciertas medidas, como los impuestos a las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico, las restricciones a la publicidad de esos productos y la prohibición de vender o de servir bebidas azucaradas en las escuelas habían generado resultados tangibles en sus respectivos países.

268. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) observó que la obesidad infantil planteaba una amenaza existencial para la sociedad. En efecto, por primera vez en la historia, la generación actual de niños y adolescentes estaba expuesta al riesgo de vivir una vida más corta y menos saludable que sus padres. Recibió con beneplácito los ejemplos de intervenciones exitosas mencionadas por los delegados y observó que, sin duda, la promoción de la salud y la educación sobre la salud eran importantes, pero la reglamentación y la reformulación de productos también deberían tener una función que cumplir en aras de la salud pública. Aunque la decisión de qué comer y beber era una cuestión personal, los gobiernos tenían la responsabilidad de crear entornos en los que la opción de consumir alimentos y bebidas saludables fuese la más fácil.

269. El Consejo tomó nota del informe.

C. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana: Examen de mitad de período

270. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había recordado al Comité que quedaban solo tres años para cumplir los objetivos acordados por los Estados Miembros de conformidad con la estrategia y plan de acción. También se había informado al Comité que 80% de población de la Región vivía actualmente en zonas urbanas y que preveía que, para el 2030, esta proporción aumentaría a 85%. Se había señalado que era necesario emprender iniciativas multisectoriales para procurar que la planificación urbana propiciase la salud.

271. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con beneplácito el progreso logrado hasta la fecha hacia el cumplimiento de los objetivos de la estrategia y plan de acción, y expresaron su apoyo a las recomendaciones para la acción futura. Los delegados estuvieron de acuerdo en que las actividades multisectoriales concertadas eran esenciales para abordar los determinantes de la salud, además de promover y mejorar la salud en las zonas urbanas. Se subrayó la necesidad de adoptar medidas a nivel local, así como la capacidad de los gobiernos locales para promover la acción multisectorial y la participación de las comunidades. Se puso de relieve el valor de intercambiar conocimientos e información acerca de las mejores prácticas. Se señaló que las redes de ciudades y municipios saludables podían ser un vehículo para el intercambio de información.

272. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) dijo que era evidente la importancia de colocar a las personas y las comunidades en el centro de interés de la planificación urbana. Asimismo, era importante promover el liderazgo local y la participación comunitaria, como se había indicado durante el debate. Se indicó que las redes regionales de ciudades y alcaldes estaban ayudando a estimular el debate y la participación local, así como a crear entornos urbanos que fuesen no solo adecuados según la edad o adaptados para los niños, sino que promovieran la salud para los habitantes de todas las edades.

273. El Consejo tomó nota del informe.

D. Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de mitad de período

274. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los miembros del Comité habían estado de acuerdo en que la resistencia a los antimicrobianos, tanto en seres humanos como en animales, planteaba una grave amenaza de salud pública y habían afirmado la importancia de utilizar un enfoque multisectorial de

“Una sola salud”⁸ para abordar el problema. También habían estado de acuerdo en la importancia de promover el uso apropiado de los antibióticos en la salud humana y animal, y de acabar con la venta de esos medicamentos sin la receta de un profesional. Subrayaron la necesidad de cooperación intersectorial entre los sectores agropecuario y de la salud, de colaboración entre organizaciones internacionales especializadas, de vigilar la resistencia a los antimicrobianos, de capacitar al personal de salud y de emprender iniciativas conjuntas en investigación, desarrollo de vacunas y métodos de diagnóstico.

275. El Consejo recibió con beneplácito el informe y elogió a la Oficina por su liderazgo en el combate de la resistencia a los antimicrobianos. Los delegados estuvieron de acuerdo en que la resistencia a los antimicrobianos planteaba una importante amenaza para la salud pública, lo que había quedado demostrado con la aparición de las enfermedades e infecciones multirresistentes. Al describir el progreso que habían hecho sus países en la ejecución del plan de acción, los delegados reafirmaron la importancia de un enfoque multisectorial y de “Una sola salud” como el medio más prometedor de enfrentar este complejo y crucial problema de salud. Se señaló que las actividades para reducir la resistencia a los antimicrobianos harían que los sistemas de salud fuesen más fuertes y más resilientes, además de aumentar la probabilidad de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Hubo consenso en cuanto a la necesidad de intensificar la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, de colaborar entre los sectores de salud y agropecuario y de ejecutar planes nacionales para la utilización adecuada de los antimicrobianos. Asimismo, se consideraron esenciales el aumento de la capacidad de los laboratorios para hacer pruebas y diagnósticos, la armonización de los reglamentos farmacéuticos, la educación y comunicación acerca del uso apropiado de los antibióticos y la prevención de las infecciones, además del aumento de los recursos humanos y económicos.

276. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) subrayó la importancia de abordar la resistencia a los antimicrobianos para preservar la eficacia de los pocos antibióticos que quedaban en el arsenal médico. El combate de la resistencia a los antimicrobianos exigía la ejecución de planes nacionales de acción fuertes, en consonancia con los planes regionales y mundiales. Esos planes debían ser amplios y de carácter intersectorial. Era esencial la colaboración con los sectores de la agricultura, la ganadería y la salud animal. Al destacar la estrecha colaboración entre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en materia de resistencia a los antimicrobianos, el doctor Espinal

⁸ El enfoque de “Una sola salud” reconoce que la salud de las personas está vinculada con la salud de los animales y el medioambiente. Se trata de un enfoque colaborativo, multisectorial y transdisciplinario que se aplica a nivel local, nacional, regional y mundial, y tiene como propósito lograr resultados óptimos de salud al reconocer la interconexión entre las personas, los animales, las plantas y el entorno en el que coexisten. El enfoque de “Una sola salud” es importante porque seis de cada diez enfermedades infecciosas en los seres humanos se propagan por medio de los animales.

agregó que la Oficina había ampliado el equipo en la Sede que trabajaba en la resistencia a los antimicrobianos a fin de incluir a expertos en vigilancia, laboratorios y capacitación. El equipo estaba colaborando muy de cerca con el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud en el ámbito de la reglamentación.

277. La Directora dijo que la resistencia a los antimicrobianos era un desastre en ciernes. No bastaba con tener planes nacionales para abordar este problema. Se necesitaban medidas urgentes para asegurar un enfoque de “Una sola salud”, educación de las comunidades, formación de capacidad, inversión en tecnología, detección temprana de la resistencia y otras medidas indispensables. Era también esencial que los gobiernos hicieran cumplir los reglamentos. La Oficina estaba preparada para apoyar a los Estados Miembros, pero eran los Estados Miembros por sí mismos quienes debían tomar la delantera para abordar el problema.

278. El Consejo tomó nota del informe.

E. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales: Examen de mitad de período

279. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se habían logrado avances considerables para cumplir los objetivos del plan de acción y las metas de la iniciativa de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (conocida como ETMI-Plus) y promover el tamizaje universal de las donaciones de sangre. Los delegados habían recibido con beneplácito el progreso logrado en la ampliación de la cobertura de vacunación para la hepatitis B y aplaudido el apoyo de la Oficina a la introducción de una dosis de la vacuna al nacer. Habían alentado el apoyo a las estrategias basadas en la evidencia para la prevención, el tratamiento y el control de las hepatitis virales, así como el fortalecimiento de la capacidad del país para elaborar y utilizar la información estratégica y el análisis de la relación costoeficacia en la toma de decisiones. El precio elevado de los medicamentos antivirales se había mencionado como un motivo de preocupación grave, y los delegados habían instado a la promoción del acceso equitativo a los medicamentos para todas las personas.

280. En el debate del informe por el Consejo, los delegados expresaron satisfacción por el progreso de la Región hacia la eliminación de las hepatitis virales como amenaza de salud pública y agradecieron a la Oficina sus actividades encaminadas a ayudar a los Estados Miembros en la aplicación de las estrategias basadas en la evidencia para la prevención, el tratamiento y el control de las hepatitis virales. Pidieron mayor compromiso político por parte de los gobiernos y subrayaron la necesidad de mejorar los sistemas de tamizaje y de información, la vacunación, la atención a los grupos poblacionales especiales, la ampliación de los servicios para las personas con hepatitis B y C, y la reducción de los precios de los medicamentos para tratar la hepatitis. Un delegado destacó la función del sector privado en la investigación y el desarrollo, y subrayó la necesidad de hacer cumplir los derechos de propiedad intelectual, que habían servido como una poderosa herramienta para el desarrollo de los tratamientos existentes.

281. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP), al afirmar que las hepatitis virales eran curables y que todas las personas afectadas debían tener acceso al tratamiento, informó que la Oficina estaba trabajando con los países para reducir los precios de los medicamentos antivirales. También subrayó la importancia del compromiso político con la meta de eliminación de las hepatitis virales como problema de salud pública; señaló, además, que el financiamiento de los donantes para actividades relacionadas con las hepatitis era escaso y que, por consiguiente, la mayor parte del financiamiento tenía que provenir de los presupuestos nacionales.

282. La Directora dijo que se sentía alentada por el progreso de los Estados Miembros con respecto a las hepatitis virales. Al mencionar la necesidad de trabajar tanto en la prevención de la enfermedad como en el acceso al tratamiento, destacó la importancia de las negociaciones que estaban en marcha para reducir el precio de medicamentos para la hepatitis C y se comprometió a que la Oficina velaría por que los medicamentos se pusieron a disposición de todos los Estados Miembros al precio negociado.

283. El Consejo tomó nota del informe.

F. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis: Examen de mitad de período

284. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con agrado el progreso significativo de la Región en materia de prevención y control de la tuberculosis, al tiempo que reconocía que quedaba mucho por hacer a fin de alcanzar la meta para el 2019. Los delegados habían destacado la necesidad de ejecutar actividades multisectoriales, de adoptar estrategias basadas en la evidencia, del diagnóstico y tratamiento tempranos, y de asignar prioridad a la terapia preventiva y la búsqueda de casos de tuberculosis. Los delegados habían manifestado la esperanza de que la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca del fin de la tuberculosis impulsase las medidas para eliminar la enfermedad a nivel mundial y regional.

285. En el debate subsiguiente, los delegados felicitaron a la Oficina por sus esfuerzos y su liderazgo en materia de prevención y control de la tuberculosis. Reconocieron, sin embargo, que era necesario seguir avanzando para alcanzar las metas del plan de acción. Se destacó la necesidad de mejorar el diagnóstico mediante el fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios, así como la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario basado en la evidencia. Al observar que los problemas estructurales eran el principal obstáculo a la prevención y el control de la tuberculosis, varios delegados abogaron por la aplicación de estrategias nacionales, la asignación de mayores recursos y el fortalecimiento del compromiso político. Se destacó la importancia de transmitir las estrategias exitosas. Los delegados expresaron inquietud acerca de la multirresistencia y destacaron la necesidad del tratamiento estrictamente supervisado y de la vigilancia del cumplimiento del tratamiento. También se subrayó la necesidad de intensificar el tratamiento preventivo de la tuberculosis, la búsqueda de casos y el

seguimiento. Al señalar que los grupos poblacionales que se encontraban en situación de vulnerabilidad se veían particularmente afectados por la tuberculosis, los delegados enfatizaron la necesidad de fortalecer las actividades en las zonas vulnerables, de mejorar la comunicación y el tratamiento adaptados a las necesidades de esos grupos, y de trabajar para luchar contra el estigma que desanimaba a las personas con tuberculosis de buscar diagnóstico y tratamiento.

286. La respuesta del doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) a las observaciones sobre los planes de acción sobre la tuberculosis, la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, y la malaria se encuentra en los párrafos 292 y 293 más adelante.

G. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Examen de mitad de período

287. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los Miembros del Comité habían aplaudido los adelantos en cuanto a la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Al mismo tiempo, se había señalado el progreso limitado hacia el cumplimiento de las metas relacionadas con las pruebas y la cobertura de tratamiento para la infección por el VIH y las ITS, en especial en los grupos vulnerables. Dada la inquietud por la farmacoresistencia primaria, se había recibido con beneplácito la importancia asignada por la OPS a las actividades para monitorear y reducir al mínimo la resistencia del VIH. Los delegados también habían felicitado a la OPS por su liderazgo en la iniciativa mundial para la doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis, y elogiaron el éxito de los seis Miembros que habían logrado la eliminación. Sin embargo, se había señalado que se habían encontrado obstáculos para lograr un progreso mayor debido a la escasez de penicilina benzatínica. Se consideraba necesario ampliar el alcance de las pruebas para detectar la infección por el VIH y las ITS, y la cobertura de profilaxis, además de intensificar las actividades para satisfacer las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad, entre otros los trabajadores sexuales y las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans e intersexuales.

288. En el debate del informe de progreso por el Consejo, los delegados aplaudieron la naturaleza integral del plan de acción al señalar que los elementos clave para su éxito eran el mantenimiento del compromiso político con respecto a la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA y las ITS; el fortalecimiento de la prevención y el seguimiento; la atención centrada en el paciente y la adopción de estrategias diferenciadas de tratamiento. Un delegado elogió el énfasis del plan de acción en la planificación estratégica y la gobernanza, en particular en la formulación de planes relativos a la infección por el VIH y las ITS, así como la actualización de las directrices nacionales de tratamiento a fin de asegurar su consonancia con las normas mundiales más recientes. Otro delegado destacó la importancia de los sistemas de datos e información sobre la salud en la vigilancia de la infección por el VIH y las ITS. Hubo consenso en cuanto a la importancia del tamizaje para la infección por el VIH y las ITS, en especial en

los grupos de población clave, así como de las actividades para mejorar la comunicación, utilizando las nuevas tecnologías. Los delegados abogaron por el uso del Fondo Estratégico a fin de asegurar la disponibilidad de medicamentos ante los retos actuales resultantes del aumento de la resistencia a los antimicrobianos del virus de la inmunodeficiencia humana y de los microorganismos que causan las ITS, además de la escasez mundial de penicilina benzatínica.

289. Para la respuesta por el doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) a las observaciones sobre los planes de acción sobre tuberculosis, la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, y la malaria, véanse los párrafos 292 y 293 a continuación.

H. Plan de acción para eliminación de la malaria 2016-2020: Examen de mitad de período

290. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que un país de la Región, Paraguay, había tenido éxito en la eliminación de la malaria y que otros 18 países estarían en condiciones de lograrla en un futuro próximo. En el debate del Comité acerca del examen de mitad de período, se había felicitado a Paraguay por su éxito, y se había instado a los Estados Miembros a que mantuvieran sus actividades para ejecutar el plan de acción. Un delegado había expresado su inquietud acerca del repunte brusco en los casos de malaria y las muertes por esa causa en un subconjunto de países de la Región; por eso, había solicitado un aumento de los recursos internos destinados a la eliminación de la malaria a fin de revertir esa tendencia perturbadora.

291. En el debate del informe por el Consejo, los delegados aplaudieron el progreso logrado en la ejecución del plan de acción y felicitaron a Paraguay por haber obtenido la certificación de la eliminación de la malaria. No obstante, se reconoció que la eliminación de la malaria no era una tarea fácil y que no podía lograrse en toda la Región a menos que colaboraran todos los países afectados. Las debilidades estructurales en los programas contra la malaria y la falta de recursos se consideraban como los principales obstáculos al logro de los objetivos del plan de acción. Hubo consenso en la necesidad de que los Estados Miembros aumentaran los recursos para ciertas actividades como la vigilancia epidemiológica en las zonas fronterizas, los programas de control de vectores en países donde la malaria es endémica y los programas para prevenir el restablecimiento de la transmisión de la malaria. También se destacó la importancia de la acción multisectorial.

292. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) aseguró a los Estados Miembros que la Oficina estaba comprometida a colaborar con ellos para acelerar la prevención, el control y la eliminación definitiva de la tuberculosis, la infección por el VIH y las ITS, además de la malaria, al igual que lo estaban otros asociados, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La Oficina estaba

facilitando el acceso de los Estados Miembros a los medicamentos que salvan vidas, a productos básicos y a los métodos de pruebas rápidas por conducto del Fondo Estratégico; además, estaba colaborando con los fabricantes para abordar la escasez de penicilina benzatínica. Por otro lado, los Estados Miembros estaban aumentando su inversión interna en la prevención y el control de la tuberculosis, la infección por el VIH, las ITS y la malaria, y habían logrado grandes avances. Muchos, por ejemplo, habían eliminado la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis. Expresó su reconocimiento a la doctora Merceline Dahl-Regis, Heroína de la Salud Pública de la OPS, por sus contribuciones en ese sentido.

293. Sin embargo, quedaba mucho por hacer. La vacuna más antigua, la BCG, todavía se estaba utilizando para la prevención de la tuberculosis porque en el mercado no había ninguna otra, aunque doce ya se habían sometido a pruebas. Por consiguiente, era fundamental la investigación y el desarrollo de vacunas nuevas. La tuberculosis multirresistente era una grave amenaza que debía abordarse mediante el aumento del acceso a la prueba y el tratamiento rápido, y el mejoramiento de la detección de casos. Con respecto a la eliminación de la infección por el VIH, el reto principal estribaba en cumplir las metas de 90-90-90 y asegurar que cada persona tuviera acceso a las pruebas y el tratamiento. En cuanto a la malaria, los países que habían erradicado la malaria tendrían que permanecer atentos para detectar cualquier caso importado y evitar la reintroducción del virus. Otro reto era el de asegurar la sostenibilidad financiera de las iniciativas de control de enfermedades. Era importante seguir trabajando para liberar a los países de la Región de la tuberculosis, la infección por el VIH, las ITS y la malaria, que tanto daño habían hecho a las sociedades y los pueblos de la Región.

294. El Consejo tomó nota del informe.

I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso

295. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que los Miembros del Comité habían reafirmado su compromiso con la ejecución del plan de acción y habían apoyado las actividades internacionales para impulsar la reducción del riesgo de desastres. La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, las asociaciones con interesados directos públicos y privados, y la participación de la población se habían considerado importantes para establecer sistemas de salud pública sostenibles que pudieran responder eficazmente a los desastres y las emergencias de salud pública.

296. En el debate del informe por el Consejo, los delegados agradecieron a la Oficina su apoyo en las emergencias y los desastres y expresaron su reconocimiento a su labor para fortalecer la capacidad de las personas, los hogares y las comunidades de mitigar el riesgo y proteger la salud y la seguridad de la población. Sin embargo, se reconoció que el logro de todos los objetivos del plan de acción exigiría la adopción o modificación de las políticas públicas para disponer de las estructuras, el personal y el presupuesto necesarios para dar una respuesta adecuada.

297. Varios delegados subrayaron la importancia del Reglamento Sanitario Internacional para establecer sistemas de salud sostenibles y resilientes capaces de dar una respuesta eficaz a los eventos de salud y otros desastres. Un delegado instó a los Estados Miembros a que utilizaran varios instrumentos, como las evaluaciones externas conjuntas del RSI (véanse los párrafos 183 a 192 anteriores), para ayudar en la evaluación de la capacidad del sector de la salud en el país. Otro delegado recordó a la Oficina su compromiso de publicar varios documentos clave, como una guía para la preparación de un plan del sector de la salud en caso de múltiples amenazas, para ayudar en la redacción de normas y reglamentaciones nacionales relativas a la reducción de los riesgos de desastres. Se puso de relieve la importancia de la participación de diversos interesados directos, al igual que la necesidad de integrar las consideraciones de igualdad de género en las políticas y los programas de reducción del riesgo de desastres. También se subrayó la necesidad de la atención de salud mental y el apoyo psicosocial tras un desastre.

298. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) señaló que el informe de progreso era un resumen de un informe más extenso que se pondría a disposición de los Estados Miembros. Observó que las actividades de la OPS con respecto a los desastres estaban vinculadas con su labor de preparación y respuesta ante epidemias y pandemias, e informó que se iba a celebrar en Brasil una reunión regional conjunta de los directores de los organismos de mitigación de desastres y los jefes de la aplicación del RSI, con el propósito de considerar el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres* y otros temas relacionados, como la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y el *Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres, 2015-2030*. El proyecto de documento sobre los planes multirriesgo estaba finalizado y se ultimaría para su publicación en una reunión próxima en Honduras.

299. Era gratificante observar que la mayoría de los establecimientos de salud de la Región habían seguido funcionando después de un desastre importante. Aunque el funcionamiento continuo de los hospitales era esencial, había que reconocer que el sector de la salud estaba contribuyendo al cambio climático debido a sus emisiones de dióxido de carbono. Con el apoyo del Reino Unido, la Región había presentado la Iniciativa de Hospitales Inteligentes, que ahora era la norma para los establecimientos de salud resilientes y ecológicos.

300. La Directora comentó que el “sistema de salud resiliente” se refería no solo a las estructuras físicas, sino también a que los establecimientos de salud fuesen seguros y ecológicos, y tuviesen la flexibilidad necesaria para seguir prestando servicios y ampliarlos en caso de desastres. El término también abarcaba el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional, el desempeño de funciones esenciales de salud pública y el acceso y la cobertura universales, todo lo cual mejoraría los preparativos en caso de desastre a nivel de país. Sin embargo, los países nunca iban a estar realmente preparados hasta tanto no se hubieran puesto a prueba sus planes; en consecuencia, era necesario efectuar simulacros regulares. La Oficina había definido con suma claridad su función en la preparación para casos de desastre y en la reducción de riesgos, y seguiría

apoyando a los Estados Miembros para que sus poblaciones pudieran contar con los servicios de salud cuando los necesitaran.

301. El Consejo tomó nota del informe.

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

302. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había tomado nota del informe de progreso sin formular ninguna observación.

303. En el debate del informe por el Consejo Directivo, un delegado recibió con beneplácito los adelantos en el fortalecimiento de los mecanismos de compras de la Organización, que habían permitido que los Estados Miembros aprovecharan las economías de escala y la posibilidad de comprar medicamentos y productos biológicos, equipo y suministros a precios competitivos. Observó, sin embargo, que algunas veces los Estados Miembros no había recibido a tiempo los productos comprados e instó a la Oficina a mejorar la prontitud de la entrega.

304. El señor John Fitzsimmons (Jefe, Programa Especial del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, OSP) dijo que la Oficina reconocía la importancia de la entrega oportuna de las vacunas y otros suministros, e informó que estaba en marcha una evaluación de las operaciones y de la cadena de suministro del Fondo Rotatorio, así como la adopción de un plan de negocios para mejorar las operaciones del Fondo Estratégico. La Directora informaría a los Estados Miembros en un futuro próximo acerca de los resultados de esas dos iniciativas.

305. La Directora recordó que los Estados Miembros habían solicitado a la Oficina que se asegurara de que los fondos de compras de la Organización no utilizarían recursos del presupuesto ordinario ni del financiamiento flexible destinado a los programas. Le garantizó al Consejo que todos los costos asociados con las actividades de compras eran sufragados por los cargos pagados por los Estados Miembros que hacían pedidos por conducto de los fondos de compras. La Oficina era consciente de que el volumen de las compras estaba aumentando y, por consiguiente, había adoptado medidas para mejorar el plan de negocios y el modelo operativo de los fondos de compras. Se habían creado oficinas especiales para el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico, que se asegurarían de que todos los gastos relacionados con las compras se financiarían con los cargos establecidos. También se apoyaría a los Estados Miembros en sus proyecciones de la demanda y se harían todos los esfuerzos posibles para asegurar la entrega oportuna de los pedidos de vacunas, medicamentos y otros suministros.

306. El Consejo tomó nota del informe.

K. Situación de los centros panamericanos

307. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en la consideración por el Comité del informe sobre el estado de los centros panamericanos, una delegada había expresado su inquietud acerca de las actividades del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), observando que el aborto no era reconocido por la comunidad mundial como un método de planificación familiar y que su gobierno no aprobaba la prestación o promoción de servicios de aborto en las actividades apoyadas por la OPS. Tanto la Directora como el Subdirector anterior, el doctor Francisco Becerra, habían afirmado que la OPS no promovía ni recomendaba el aborto como un método de planificación familiar.

308. El Consejo tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD56/INF/23)

A. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. 48.^o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

C. Organizaciones subregionales

309. El señor Carlos Gallinal Cuenca (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que el Comité Ejecutivo había recibido un informe acerca de las resoluciones y otras acciones de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud y de diversos organismos subregionales consideradas de interés para los Estados Miembros de la OPS. Entre los temas tratados por la Asamblea de la Salud que se consideraban de interés particular para la Región se encontraban el 13.^o Programa General de Trabajo 2019-2023 y los preparativos para las reuniones de las Naciones Unidas de alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles y la tuberculosis. Otras resoluciones y decisiones de interés para los países de la Región abordaban la alimentación del lactante y del niño pequeño, la escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos, así como la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*.

310. Con respecto a las actividades de los organismos subregionales de interés para la OPS, se había observado que los temas de salud seguían ocupando un lugar prioritario en los programas de trabajo de los organismos de integración subregional como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR); también eran de interés en un contexto más amplio, por ejemplo, en la reunión de la Conferencia de Jefes de Gobierno de CARICOM, celebrada en el 2017, en la que se había prestado considerable atención al tema de las enfermedades no transmisibles. La OPS estaba respondiendo mediante su cooperación técnica a las prioridades determinadas por los diversos mecanismos de integración y continuaba comprometida a apoyar esos mecanismos, como quedaba reflejado en el fortalecimiento

de las oficinas subregionales de la Organización en el Caribe, Centroamérica y América del Sur.

311. En el debate que siguió, el Delegado de la República Bolivariana de Venezuela expresó su agradecimiento a la Directora y al personal de la Oficina por sus esfuerzos para promover la salud y el bienestar en la Región, y reconoció que la OPS era un foro multilateral en el cual los Estados Miembros se reunían de manera profesional e imparcial para crear estrategias de protección de la salud. Observó que la Organización de los Estados Americanos, por otro lado, parecía haber abandonado los valores del multilateralismo, como quedaba demostrado en la resolución aprobada por la Asamblea General de la OEA acerca de la situación en su país (AG/RES.2929 (XLVIII-O/18)), que representaba una violación tanto de la Carta de la OEA como de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas.

312. La Directora explicó que los Estados Miembros habían solicitado a la Oficina que les informara acerca de las resoluciones y las medidas adoptadas por las organizaciones intergubernamentales que podrían ser de interés para la OPS. En consecuencia, había informado sobre las resoluciones aprobadas por la Asamblea General de la OEA. Le aseguró al Consejo que la Oficina estaba consciente de los derechos soberanos de los Estados Miembros y que no adoptaría ninguna posición con respecto a la resolución mencionada por el Delegado de Venezuela ni ninguna otra resolución aprobada por otro organismo intergubernamental.

Otros asuntos

313. A lo largo de la semana del 56.º Consejo Directivo, se llevaron a cabo varias actividades paralelas, como el reconocimiento al Presidente de Uruguay, doctor Tabaré Ramón Vázquez Rosas, como Héroe de la Salud Pública de las Américas, y la presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel sobre la “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata” por la presidenta de la Comisión, doctora Michelle Bachelet, expresidenta de Chile y la actual Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Clausura de la sesión

314. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurado el 56.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

315. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el 56.º Consejo Directivo.

Resoluciones**CD56.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas****EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD56/12 y Add. I) y la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión con respecto al estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;

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

Observando que, hasta el 23 de septiembre del 2018, 18 Estados Miembros no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2018,

RESUELVE:

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CD56/12 y Add. I).
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 2018 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) siga estudiando mecanismos que aumenten la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas;
 - b) informe al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de su compromiso de pago de las contribuciones señaladas;
 - c) informe al 57.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas correspondientes al 2019 y años anteriores.

(Segunda reunión, 23 de septiembre del 2018)

CD56.R2 *Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023***EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023* (documento CD56/11) en el que se propone acelerar la prevención, el control y la eliminación en la Región de algunas enfermedades transmitidas por vectores, ampliar el manejo integrado de vectores, mejorar la vigilancia y el manejo de la resistencia a los insecticidas, brindar apoyo a las oportunidades de formación y capacitación en entomología aplicada a la salud pública, y contribuir al logro de las metas propuestas del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030;

Reconociendo los importantes logros alcanzados en la Región en la prevención, control y eliminación de los vectores y de las enfermedades transmitidas por vectores, incluidos los arbovirus transmitidos por mosquitos y la malaria, la eliminación de la transmisión de oncocercosis en cuatro países, la eliminación local de los principales vectores de la enfermedad de Chagas en varios países, y la eliminación o el control de otras enfermedades infecciosas desatendidas transmitidas por vectores o de sus vectores en diversos países y territorios desde la publicación del marco estratégico mundial de la OMS para el manejo integrado de vectores en el 2004;

Consciente de que, a pesar de estos logros, las enfermedades transmitidas por vectores siguen siendo una grave amenaza para la salud, el bienestar y la economía de los pueblos y las naciones en la Región de las Américas y de que, en algunos casos, han reaparecido históricamente en las zonas en las que se han debilitado el compromiso y los esfuerzos en la lucha contra una enfermedad; y observando, además, que en los últimos decenios se ha producido una importación accidental a la Región de vectores nuevos, como en el caso de *Aedes albopictus*;

Consciente de que los esfuerzos para la prevención, el control o la eliminación de determinados vectores y enfermedades transmitidas por vectores requerirán: *a)* una mejor coordinación de todos los asociados e interesados directos; *b)* la revisión y la actualización de la formación y la capacitación de los especialistas y los técnicos en control de vectores, las políticas y los marcos estratégicos; *c)* el uso de nuevas herramientas y técnicas de control de vectores; *d)* una mejor vigilancia sostenida de los vectores y las enfermedades transmitidas por vectores a todos los niveles del sistema de salud; *e)* el compromiso sostenido de los interesados directos; *f)* enfoques adaptados a las condiciones ambientales y epidemiológicas locales; y *g)* una preparación para eliminar los vectores seleccionados y prevenir el establecimiento de nuevos vectores;

Considerando que el reciente documento de la OMS sobre la *Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030* —en el que se presenta un enfoque estratégico mundial, actividades prioritarias y metas para fortalecer la capacidad nacional y local de responder de manera más efectiva a la presencia y la amenaza de los vectores y las

enfermedades que estos transmiten durante el período que se extiende hasta el 2030—tiene una visión audaz de un mundo sin sufrimiento humano causado por enfermedades transmitidas por vectores y tiene como objetivos reducir la mortalidad por las enfermedades transmitidas por vectores a nivel mundial en al menos un 75% para el 2030 en comparación con el 2016, reducir la incidencia de casos de enfermedades transmitidas por vectores a nivel mundial en al menos un 60% en comparación con el 2016 y prevenir las epidemias de enfermedades transmitidas por vectores en todos los países para el 2030;

Reconociendo que este plan de acción es la plataforma para la ejecución de la *Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030* de la OMS y su abordaje estratégico en la Región,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023* (documento CD56/11).
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:
 - a) afirmen la importancia cada vez mayor de la entomología y el control de vectores como una prioridad de salud pública para los Estados Miembros de la Región;
 - b) examinen y actualicen los planes nacionales estratégicos y operativos o formulen nuevos planes orientados a la vigilancia, prevención, control o eliminación de los vectores, invirtiendo en los recursos humanos y de capital apropiados y en nuevas herramientas y estrategias; empleen enfoques adaptados a cada caso que aborden la transmisión de enfermedades por vectores en el contexto de los determinantes sociales de la salud y los sistemas de atención de salud existentes; y faciliten una mayor colaboración interprogramática e intersectorial;
 - c) aumenten su participación en los esfuerzos para abordar los vectores y las enfermedades transmitidas por vectores, incluida la coordinación con otros países y las iniciativas subregionales pertinentes en la vigilancia entomológica y epidemiológica, la vigilancia de la resistencia a los insecticidas y las medidas adecuadas para controlarla y prevenirla o revertirla, los esfuerzos colaborativos para el seguimiento y la evaluación de herramientas y tecnologías nuevas desplegadas en la Región, y la difusión de los resultados del seguimiento y la evaluación;
 - d) aseguren la disponibilidad de los suministros clave para el control de vectores, incluidos los insecticidas recomendados por la OMS y otros biocidas y redes insecticidas tratadas, trampas para vectores y otras herramientas de control, mediante la planificación y previsión eficaces de las necesidades nacionales, utilizando el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS para realizar compras conjuntas, según proceda;

- e) fortalezcan los servicios entomológicos y los servicios epidemiológicos y de salud pública apropiados, y los armonicen con las directrices y recomendaciones basadas en la evidencia de la OPS/OMS sobre la vigilancia, la prevención y el control de vectores y sobre la vigilancia de la resistencia a los insecticidas;
 - f) sustenten el compromiso tanto de los países endémicos como de los que no endémicos para combatir las enfermedades transmitidas por vectores sobre las que se quiere actuar, incluido el intercambio de información sobre la vigilancia de vectores, donde sea factible; y fortalezcan los sectores apropiados (por ejemplo, agricultura y ganadería, vivienda, infraestructura y medioambiente) para ayudar a los ministerios de salud a combatir los vectores y las enfermedades que estos transmiten, en particular en cuanto a la planificación colaborativa y el mantenimiento o aumento de las inversiones y la provisión de los recursos necesarios de esos sectores;
 - g) establezcan estrategias integradas entomológicas, epidemiológicas, de salud pública y de control de vectores, y promuevan capacidades para vigilar, prevenir y controlar el establecimiento o restablecimiento de los vectores y las enfermedades que estos transmiten, con una amplia participación de la comunidad para que el proceso ayude a fortalecer y mantener los sistemas nacionales de salud, la vigilancia y los sistemas de alerta y de respuesta, y los programas de control y eliminación de enfermedades, prestando atención a los factores relacionados con el género, la etnicidad y la equidad social;
 - h) participen en un diálogo regular sobre la colaboración en el control de vectores con los gobiernos subnacionales y municipales, los interesados directos y las comunidades locales cuyas condiciones de vida las hacen más vulnerables a la aparición y la transmisión de las enfermedades transmitidas por vectores; redoblen sus esfuerzos en la formación de profesionales y técnicos de la salud pública en cuanto a la prevención y el control de los vectores, y en la formación e involucración de poblaciones y grupos ocupacionales que viven en zonas muy sensibles o vulnerables a los vectores y las enfermedades que estos transmiten;
 - i) respalden la participación en las pruebas, la evaluación y el seguimiento de herramientas y técnicas nuevas o ampliadas para el control entomológico y de vectores, en el contexto de un programa organizado de investigación operativa que aborde los vacíos importantes existentes en el conocimiento, los aspectos operativos y la tecnología sobre la vigilancia y el control de los vectores en los diversos contextos de actuación en la Región.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) brinde apoyo a la ejecución del *Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023* y proporcione cooperación técnica, incluidas las iniciativas de creación de capacidad en cuanto a las necesidades de entomología y control de vectores de los países, con objeto de elaborar y ejecutar planes nacionales estratégicos u operativos o de establecer planes nuevos orientados a la vigilancia,

- la prevención, el control o la eliminación de los vectores, y la vigilancia y el manejo de la resistencia a los insecticidas;
- b) coordine los esfuerzos de alcance regional para eliminar los vectores seleccionados o las enfermedades que estos transmiten y prevenir el establecimiento de vectores nuevos en cualquier lugar de la Región o el restablecimiento de los vectores existentes en zonas en las que no están, en colaboración con países, territorios y asociados;
 - c) asesore respecto a la puesta en práctica de los planes estratégicos nacionales de control de vectores, los sistemas de vigilancia de la resistencia a los insecticidas y los planes de gestión eficaces;
 - d) siga abogando por la asignación y la movilización activa de recursos en los diversos países, así como a nivel mundial, y promueva una colaboración estrecha para forjar asociaciones estratégicas que brinden apoyo a la ejecución de esfuerzos nacionales, subregionales y regionales, con la inclusión de las poblaciones y grupos ocupacionales que viven en lugares de difícil acceso y en condiciones vulnerables;
 - e) emplee enfoques adaptados entomológica y epidemiológicamente a las circunstancias locales para abordar los determinantes sociales de la salud que obstaculizan el control y la eliminación de los vectores, mejorar la colaboración interprogramática, y facilitar la acción intersectorial;
 - f) informe a los Cuerpos Directivos sobre el progreso en la ejecución del plan de acción y el logro de sus metas a la mitad (2021) y al final del período de ejecución (2024).

(Cuarta reunión, 24 de septiembre del 2018)

CD56.R3 *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile*

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

Considerando que fueron elegidos Barbados, Ecuador y Estados Unidos de América para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Barbados, Ecuador y Estados Unidos de América para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Antigua y Barbuda, Argentina y Chile los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO
de septiembre de 1995 a septiembre del 2020

PAÍS	2019 al 2020	2018 al 2019	2017 al 2018	2016 al 2017	2015 al 2016	2014 al 2015	2013 al 2014	2012 al 2013	2011 al 2012	2010 al 2011	2009 al 2010	2008 al 2009	2007 al 2008	2006 al 2007	2005 al 2006	2004 al 2005	2003 al 2004	2002 al 2003	2001 al 2002	2000 al 2001	1999 al 2000	1998 al 1999	1997 al 1998	1996 al 1997	1995 al 1996
ANTIGUA Y BARBUDA																									
ARGENTINA																									
BAHAMAS																									
BARBADOS																									
BELICE																									
BOLIVIA																									
BRASIL																									
CANADÁ																									
CHILE																									
COLOMBIA																									
COSTA RICA																									
CUBA																									
DOMINICA																									
EL SALVADOR																									
ECUADOR																									
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA																									
GRANADA																									
GUATEMALA																									
GUYANA																									
HAÍTÍ																									
HONDURAS																									
JAMAICA																									
MÉXICO																									
NICARAGUA																									
PANAMÁ																									
PARAGUAY																									
PERÚ																									
REPÚBLICA DOMINICANA																									
SAINT KITTS Y NEVIS																									
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS																									
SANTA LUCÍA																									
SURINAME																									
TRINIDAD Y TABAGO																									
URUGUAY																									
VENEZUELA																									

(Quinta reunión, 25 de septiembre del 2018)

CD56.R4 Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente que el Artículo VI del Estatuto de BIREME establece que el Comité Asesor de BIREME estará constituido por un representante nombrado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y otro nombrado por el Gobierno del Brasil como miembros permanentes, y que los cinco miembros no permanentes deberán ser seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre los miembros de BIREME (que en este momento incluyen a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS), teniendo en cuenta la representación geográfica;

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

Considerando que fueron elegidos Guyana, México y Uruguay para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2019 por llegar a su término el mandato de Argentina, Jamaica y Perú,

RESUELVE:

1. Declarar a Guyana, México y Uruguay electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME por un período de tres años (2019-2021).
2. Agradecer a Argentina, Jamaica y Perú por los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Asesor de BIREME durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 25 de septiembre del 2018)

CD56.R5 *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (documento CD56/10, Rev. 1), presentado por la Directora;

Tomando en cuenta que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en septiembre del 2017 la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, en cuya resolución se solicita a la Directora que elabore para el 2018 un plan de acción regional con objetivos e indicadores específicos a fin de avanzar de manera más expedita en la ruta establecida en esta estrategia;

Considerando que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (documento CD56/10, Rev. 1).
2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con los objetivos e indicadores establecidos en dicho plan de acción y considerando su propio contexto y prioridades, a que:
 - a) promuevan la implementación del *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal de salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* para avanzar de manera más efectiva en su implementación.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye técnicamente a los Estados Miembros a fin de fortalecer las capacidades nacionales y los sistemas de información para los recursos humanos para la salud que contribuyan a la implementación del plan y el cumplimiento de sus objetivos.

(Sexta reunión, 25 de septiembre del 2018)

CD56.R6 *Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Estados Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019*

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó por medio de la resolución CSP29.R6 el Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019 (*Documento Oficial 354*) y que aproximadamente un tercio del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 se financiará con las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS;

Considerando que en el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano y en el párrafo A del artículo 24 de la Constitución de la OPS se dispone que la escala de contribuciones señaladas que se aplique a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS deberá determinarse sobre la base de la escala de cuotas aprobada por la Organización de los Estados Americanos (OEA);

Recordando que la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la escala de contribuciones señaladas de la OPS para el ejercicio financiero 2018 (resolución CSP29.R13), adaptada de la escala de transición de la OEA para el 2018, y estableció las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS para el 2018 (resolución CSP29.R14);

Observando que en la resolución CSP29.R13 de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana también se solicitó que la Oficina Sanitaria Panamericana sometiera a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS una escala de contribuciones revisada para el ejercicio financiero 2019 basada en la escala de cuotas de la OEA para el 2019;

Considerando que la Asamblea General de la OEA todavía no ha adoptado su escala de cuotas para el período del 2019 en adelante;

Habiendo considerado el informe que figura en el documento CD56/7, *Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019*,

RESUELVE:

1. Establecer la escala de contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS para el año 2019 de conformidad con la escala de contribuciones de la OPS para el 2018, como se indica en el cuadro 1 a continuación.

2. Aprobar las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS para el año 2019, como se indica en el cuadro 2 a continuación.

3. Instar a la Oficina Sanitaria Panamericana a que revise la escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2020 y años subsiguientes cuando la Organización de los Estados Americanos apruebe una nueva escala de cuotas para dicho período.

Cuadro 1. Escala de contribuciones señaladas de la OPS para el 2019

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Antigua y Barbuda	0,022
Argentina	3,000
Bahamas	0,047
Barbados	0,026
Belice	0,022
Bolivia	0,070
Brasil	12,457
Canadá	9,801
Chile	1,415
Colombia	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132
Dominica	0,022
Ecuador	0,402
El Salvador	0,076
Estados Unidos	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,171
Guyana	0,022
Haití	0,022
Honduras	0,043
Jamaica	0,053
México	6,470
Nicaragua	0,022
Panamá	0,191
Paraguay	0,087
Perú	1,005
República Dominicana	0,268
Saint Kitts y Nevis	0,022
Santa Lucía	0,022
San Vicente y las Granadinas	0,022

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Suriname	0,022
Trinidad y Tabago	0,129
Uruguay	0,298
Venezuela	1,940
Estado Participante	Tasa de contribución (%)
Francia	0,146
Países Bajos	0,022
Reino Unido	0,022
Miembro Asociado	Tasa de contribución (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Puerto Rico	0,082
San Martín	0,022
TOTAL	100,0

Cuadro 2. Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2018-2019¹

Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$) ²		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<i>Estados Miembros</i>										
Antigua y Barbuda	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Argentina	3,0000	3,0000	3.159.600	3.159.600	245.100	245.100			2.914.500	2.914.500
Bahamas	0,0470	0,0470	49.500	49.500	3.840	3.840			45.661	45.661
Barbados	0,0260	0,0260	27.383	27.383	2.124	2.124			25.259	25.259
Belice	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Bolivia	0,0700	0,0700	73.724	73.724	5.719	5.719			68.005	68.005
Brasil	12,4570	12,4570	13.119.712	13.119.712	1.017.737	1.017.737			12.101.976	12.101.976
Canadá	9,8010	9,8010	10.322.413	10.322.413	800.742	800.742	40.000	40.000	9.561.672	9.561.672
Chile	1,4150	1,4150	1.490.278	1.490.278	115.606	115.606			1.374.673	1.374.673
Colombia	1,6380	1,6380	1.725.142	1.725.142	133.825	133.825			1.591.317	1.591.317
Costa Rica	0,2560	0,2560	269.619	269.619	20.915	20.915			248.704	248.704
Cuba	0,1320	0,1320	139.022	139.022	10.784	10.784			128.238	128.238
Dominica	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Ecuador	0,4020	0,4020	423.386	423.386	32.843	32.843			390.543	390.543
El Salvador	0,0760	0,0760	80.043	80.043	6.209	6.209			73.834	73.834
Estados Unidos	59,4450	59,4450	62.607.474	62.607.474	4.856.657	4.856.657	6.000.000	14.822.000	63.750.818	72.572.818

Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$) ²		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Granada	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Guatemala	0,1710	0,1710	180.097	180.097	13.971	13.971			166.127	166.127
Guyana	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Haití	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Honduras	0,0430	0,0430	45.288	45.288	3.513	3.513			41.775	41.775
Jamaica	0,0530	0,0530	55.820	55.820	4.330	4.330			51.490	51.490
México	6,4700	6,4700	6.814.204	6.814.204	528.599	528.599			6.285.605	6.285.605
Nicaragua	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Panamá	0,1910	0,1910	201.161	201.161	15.605	15.605			185.557	185.557
Paraguay	0,0870	0,0870	91.628	91.628	7.108	7.108			84.521	84.521
Perú	1,0050	1,0050	1.058.466	1.058.466	82.109	82.109			976.358	976.358
República Dominicana	0,2680	0,2680	282.258	282.258	21.896	21.896			260.362	260.362
Saint Kitts y Nevis	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Santa Lucía	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
San Vicente y las Granadinas	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Suriname	0,0220	0,0220	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Trinidad y Tabago	0,1290	0,1290	135.863	135.863	10.539	10.539			125.324	125.324
Uruguay	0,2980	0,2980	313.854	313.854	24.347	24.347			289.507	289.507
Venezuela	1,9400	1,9400	2.043.208	2.043.208	158.498	158.498	35.000	35.000	1.919.710	1.919.710

Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$) ²		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Estados Participantes										
Francia	0,203	0,146	213.800	153.767	16.585	11.928			197.215	141.839
Países Bajos	0,022	0,022	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Reino Unido	0,022	0,022	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Miembros Asociados										
Aruba	0,022	0,022	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Curaçao	0,022	0,022	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
Puerto Rico	0,025	0,082	26.330	86.362	2.043	6.699			24.288	79.663
San Martín	0,022	0,022	23.170	23.170	1.797	1.797			21.373	21.373
TOTAL	100,0	100,0	105.320.000	105.320.000	8.170.000	8.170.000	6.075.000	14.897.190	103.225.000	112.047.000

¹ Escala de contribuciones para el 2018 adoptada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en la resolución CSP29.R14.

² Esta columna muestra los importes estimados que recibirían los respectivos Gobiernos Miembros en el 2018-2019 en forma de impuestos cobrados por ellos sobre los emolumentos del personal recibidos de la OSP, ajustados en función de la diferencia entre el importe estimado y el importe real correspondiente a años anteriores.

(Sexta reunión, 25 de septiembre del 2018)

**CD56.R7 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud:
Modificaciones de los procedimientos**

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de modificaciones de los procedimientos para otorgar el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (documento CD56/18),

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones a los procedimientos para conceder el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud, según constan en el documento CD56/18, presentado en el anexo.

Anexo

Anexo

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

Procedimientos

1. Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la gestión de los sistemas y servicios de salud, y de reconocer los aportes y el liderazgo destacados en el diseño y la ejecución de iniciativas favorables a la gestión y la ampliación de servicios de salud integrales y de buena calidad en los sistemas de salud de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud está renombrando el Premio OPS en Administración como el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud. El premio se conferirá anualmente por medio de un concurso y consistirá en un diploma y la cantidad de US\$ 5.000. Esta suma será modificada, si fuese necesario, por el Comité Ejecutivo previa recomendación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. El premio se adjudicará al candidato que haya contribuido significativamente en su propio país o en la Región de las Américas a mejorar el desarrollo de los sistemas de salud; la organización, la gestión y la administración de los servicios de salud; la formulación de programas, proyectos o iniciativas con efectos comprobados en la cobertura y el acceso de la población a los servicios de salud; la ampliación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de toda la población, en particular, de quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad; la formulación de programas de calidad y de seguridad del paciente a nivel nacional o institucional; la organización y la gestión de los servicios de atención primaria a nivel comunitario; la formación de redes integradas de servicios de salud, en especial, de servicios hospitalarios; y la generación de conocimientos e investigación para lograr cambios en la prestación de servicios de salud. El premio se confiere en reconocimiento del trabajo realizado en los diez años precedentes.
3. Ningún funcionario actual ni anterior de la Oficina Sanitaria Panamericana o de la Organización Mundial de la Salud puede ser postulado para este premio por actividades desarrolladas en cumplimiento de sus funciones oficiales en la Organización.
4. El Jurado para la Adjudicación del Premio será seleccionado cada año durante la primera sesión del Comité Ejecutivo y su mandato tendrá validez solamente durante ese proceso de selección. El Comité Ejecutivo designará el Jurado constituido por el Presidente del Comité Ejecutivo y un delegado titular y un alterno de cada subregión. Si a pesar de que se nombren delegados alternos se produjese una vacante, el Presidente hará las gestiones para cubrirla. Cuando se presenten candidatos de los mismos Estados Miembros representados en el Jurado, el Presidente del Comité Ejecutivo designará al delegado alterno de la subregión correspondiente. Para facilitar la toma de decisiones por parte del Jurado de conformidad con lo previsto en el artículo 8, el Jurado estará compuesto por un número impar de miembros.

* Los artículos 4 y 7 se han modificado según lo propuesto en el documento CD56/18 disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45908&Itemid=270&lang=es.

5. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana invitará a los Estados Miembros a que presenten un máximo de dos candidaturas. Asimismo, durante la primera semana de noviembre de cada año calendario, la Oficina emitirá la convocatoria para solicitar la presentación de candidaturas. Los nombres de los candidatos propuestos por cada Estado Miembro deberán ser recibidos por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a más tardar el 31 de marzo del año del premio, junto con el *curriculum vitae* de los candidatos y la documentación que acredite los méritos del candidato. Esta documentación incluirá una descripción breve de la contribución de la labor del candidato en el ámbito pertinente (véase el artículo 2 más arriba). Para facilitar la labor del Jurado, la información necesaria sobre cada candidato se presentará en el formulario estandarizado que entregará la Oficina Sanitaria Panamericana y que se incluirá en la convocatoria. Este formulario y la documentación que acredite los méritos del candidato deberán completarse en su totalidad con respuestas explícitas a cada una de las preguntas. Se presentará el original de toda la documentación.
6. Las candidaturas recibidas por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana después del 31 de marzo no se considerarán para el premio.
7. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana hará llegar a los miembros del Jurado copias de la documentación presentada, con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de inicio de la sesión del Comité Ejecutivo del mes de junio. A fin de apoyar las deliberaciones del Jurado, la Oficina Sanitaria Panamericana también aportará observaciones técnicas y cualquier otra información sobre los candidatos que considere pertinente para estas deliberaciones, incluida la debida comprobación de sus antecedentes para determinar si afectan su idoneidad para recibir el Premio.
8. El Jurado se reunirá y deliberará sobre los candidatos propuestos y presentará sus recomendaciones durante la semana de la sesión del Comité Ejecutivo. Para que una reunión del Jurado sea válida, deberán estar presentes por lo menos tres de sus miembros. Las deliberaciones del Jurado son confidenciales y no se deben comentar fuera de su seno. El Jurado formulará una recomendación al Comité Ejecutivo, aprobada por una mayoría de los miembros presentes. El Comité Ejecutivo adoptará la decisión definitiva de aceptar o rechazar las recomendaciones atinentes al Premio, con la posibilidad de que el Jurado vuelva a deliberar y a formular otras recomendaciones.
9. Los candidatos que no hayan sido elegidos podrán ser propuestos de nuevo para consideración siguiendo el procedimiento antes previsto.
10. El ganador del Premio será anunciado durante el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.
11. El Premio será entregado al ganador en el transcurso de la reunión correspondiente del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana; el costo del viaje será sufragado por la Oficina Sanitaria Panamericana, que se encargará de hacer los arreglos correspondientes de conformidad con las normas y los reglamentos de la Organización Panamericana de la Salud.

12. Cuando dicha entrega no sea posible, las alternativas incluirán:
- a) recepción del Premio durante el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana, en nombre del candidato, por un miembro de la delegación de su país;
 - b) entrega en el país de origen por el Representante de la OPS/OMS en nombre del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
13. Cualquiera que sea el método utilizado para entregar el Premio, este será objeto de la publicidad adecuada en los medios de comunicación, tanto por la Oficina Sanitaria Panamericana como por el gobierno interesado.
14. Estos procedimientos podrán ser modificados por el Comité Ejecutivo en cualquier momento que se juzgue oportuno en vista de la experiencia obtenida. Las modificaciones propuestas deben ser aprobadas por el Comité Ejecutivo y transmitidas al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana para su información.

(Sexta reunión, 25 de septiembre del 2018)

CD56.R8 *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030* (documento CD56/8, Rev. 1);

Consciente de los esfuerzos desplegados y los logros obtenidos hasta el presente mediante el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (2012-2017)*, la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015)*, la *Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez (2012-2017)*, y la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes (2010-2018)*;

Reconociendo que el progreso ha sido lento y desigual, y que es necesario acelerarlo y reducir las inequidades que afectan a la salud y al bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes aplicando enfoques integrados y multisectoriales que aborden los determinantes subyacentes;

Reafirmando el derecho de todas las mujeres, niños, niñas y adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, y los principios y valores interrelacionados de solidaridad, equidad en la salud, universalidad e inclusión social adoptados por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030;

Reconociendo que la consecución del objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 13 metas, junto con muchos otros objetivos y metas relacionados con la salud que figuran en la Agenda 2030, requerirán la adopción de medidas intersectoriales en favor de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;

Considerando la importancia de contar con un nuevo plan de acción que esté en consonancia con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030* (documento CD56/8, Rev. 1) en el contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) fortalecer un entorno normativo transformador para reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;
 - b) promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida;
 - c) ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades;
 - d) fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en este plan;
 - e) invertir en mecanismos para empoderar a las personas, las familias y las comunidades para que se involucren activamente en la protección y la promoción de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en particular de los que se encuentren en situación de vulnerabilidad.
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 los enfoques integrados, basados en la equidad e innovadores en favor de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;
 - b) fortalezca la coordinación del plan de acción con iniciativas similares diseñadas por otros organismos internacionales técnicos y financieros e iniciativas

mundiales en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;

- c) rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución del plan de acción.

(Octava reunión, 26 de septiembre del 2018)

CD56.R9 *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030*

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CD56/9);

Considerando que el plan está en consonancia con la resolución de la Organización Mundial de la Salud, *Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado* (resolución WHA70.12), la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* de la OMS, el Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino, la nueva Estrategia mundial de la OMS para eliminar el cáncer cervicouterino y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y que este plan de acción proporciona un plan claro a largo plazo para reducir la carga de cáncer cervicouterino en la Región de las Américas para el 2030;

Consciente de la repercusión que esta enfermedad tiene en las mujeres, sus familias y comunidades en toda la Región, especialmente en los grupos de población prioritarios que se encuentran en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo la necesidad de reducir y eliminar el flagelo de esta enfermedad, que es prevenible mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas, y que es curable si se detecta en las fases iniciales;

Consciente de las intervenciones costo-efectivas y asequibles de las que se dispone para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa, y de las medidas urgentes que es preciso adoptar para llevar a cabo estas intervenciones en una escala poblacional, buscando garantizar el acceso equitativo a la prevención primaria, secundaria y terciaria del cáncer cervicouterino,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CD56/9).

2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta el contexto y las necesidades nacionales, a que:

- a) prioricen la prevención y el control del cáncer cervicouterino en la agenda nacional de salud pública;
- b) formulen estrategias y planes nacionales integrales contra el cáncer cervicouterino, los revisen y armonicen con las estrategias, los planes y las metas mundiales y regionales relacionadas, e informen regularmente sobre el progreso en esta área;
- c) fortalezcan la gobernanza, la organización y el acceso a los servicios de salud para asegurar que los servicios amplios contra el cáncer cervicouterino se integren en todos los niveles de atención pertinentes y que se logre una cobertura elevada de la vacunación contra el VPH, el tamizaje, el tratamiento de las lesiones precancerosas y el tratamiento del cáncer de tipo invasor;
- d) fortalezcan los registros y sistemas de información sobre el cáncer para vigilar la cobertura de la vacunación contra el VPH, la cobertura del tamizaje y las tasas de tratamiento, e informen regularmente sobre estos indicadores;
- e) ejecuten intervenciones de gran impacto a escala poblacional a lo largo del proceso continuo de educación sobre la salud y promoción de la salud, vacunación contra el VPH, tamizaje y diagnóstico del cáncer cervicouterino, y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer de tipo invasor, con intervenciones adaptadas a las necesidades de los grupos de población prioritarios que se encuentren en situación de vulnerabilidad;
- f) faciliten el empoderamiento y la participación de las organizaciones de la sociedad civil con el fin de proporcionar un enfoque multisectorial para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino;
- g) aumenten y optimicen el financiamiento público, con equidad y eficiencia para dar una respuesta sostenible al cáncer cervicouterino e integrar progresivamente intervenciones de prevención, tamizaje y tratamiento en servicios de salud que sean integrales, universales y de buena calidad;
- h) amplíen los servicios de salud según las necesidades y con un enfoque centrado en la persona, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público de 6% del PIB para el sector de la salud es un punto de referencia útil;

- i) aseguren el suministro ininterrumpido de vacunas contra el VPH, pruebas de detección del VPH y tecnologías basadas en la evidencia para el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer de tipo invasor, que tengan garantía de calidad y sean asequibles, así como de medicamentos para cuidados paliativos y otros productos básicos estratégicos relacionados con el cáncer cervicouterino, al tiempo que se fortalecen las estructuras y los procesos de gestión de la cadena de suministro, incluidos la previsión, la compra, el almacenamiento y la distribución;
- j) fortalezcan la capacidad técnica y las competencias del personal nacional de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, para abordar la prevención del cáncer cervicouterino.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) apoye la ejecución de este plan de acción mediante un enfoque coordinado e interprogramático de cooperación técnica para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino;
- b) preste apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer la cobertura, calidad y efectividad de los programas contra el cáncer cervicouterino en coordinación con el *Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para América del Sur* de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC);
- c) brinde apoyo a los sistemas de registro e información sobre el cáncer para desarrollar la capacidad de los países de generar información de calidad, completa y actualizada, e informar regularmente sobre la cobertura de la vacunación contra el VPH, la cobertura del tamizaje, las tasas de tratamiento, la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa;
- d) preste apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación y revisión de las políticas, normas y directrices relativas a las intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de prevención, tamizaje y diagnóstico del cáncer cervicouterino, y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer de tipo invasor, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS, al tiempo que se busque garantizar la calidad y la equidad;
- e) abogue por el empoderamiento de las personas y las comunidades y su participación significativa, eficaz y sostenible en el desarrollo y la prestación de servicios de vacunación contra el VPH y de tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer cervicouterino;
- f) apoye el desarrollo de la capacidad del personal nacional de salud, especialmente en el nivel de atención primaria, para proporcionar atención de buena calidad, accesible, equitativa y centrada en la persona en los servicios de salud;
- g) preste apoyo a los Estados Miembros mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS para mejorar los procesos de gestión de compras y suministros y de distribución, con el fin de garantizar el acceso ininterrumpido a

vacunas contra el VPH, pruebas de detección del VPH y medicamentos esenciales con garantía de calidad y asequibles para el tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos conforme a la precalificación de la OMS;

- h) movilice recursos, observando las normas y los procedimientos del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, con el propósito de apoyar a los Estados Miembros para que aumenten las inversiones en la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino.

(Octava reunión, 26 de septiembre del 2018)

Decisiones

CD56(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Bolivia, Curaçao y Guatemala para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 23 de septiembre del 2018)

CD56(D2): Elección de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a Bahamas para ocupar la Presidencia, a Haití y Ecuador para ocupar las Vicepresidencias, y a Costa Rica para la Relatoría del 56.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 23 de septiembre del 2018)

CD56(D3): Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Cuba, Estados Unidos de América y Santa Lucía para integrar la Comisión General.

(Primera reunión, 23 de septiembre del 2018)

CD56(D4): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora (documento CD56/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 23 de septiembre del 2018)

CD56(D5): Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/ UNFPA/ UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP)

El Consejo Directivo seleccionó a Argentina y a Trinidad y Tabago como los Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona para participar en el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/ UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial, de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, para un mandato que comenzará el 1 de enero del 2019 y concluirá el 31 de diciembre del 2021.

(Quinta reunión, 25 de septiembre del 2018)

CD56(D6): Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/ PNUD/Banco Mundial/ OMS

El Consejo Directivo seleccionó a Ecuador como el Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar a una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por un período de cuatro años que comenzará el 1 de enero del 2019.

(Quinta reunión, 25 de septiembre del 2018)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Delegado de Bahamas, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en idioma inglés.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veintisiete días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho. La Secretaria depositará el documento original firmado 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.

Duane Sands
Presidente del
56.º Consejo Directivo
70.ª sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas
Delegado de Bahamas

Carissa Etienne
Secretaria *ex officio* del
56.º Consejo Directivo
70.ª sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

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

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

- 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- 3.2 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 3.3 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
 - 4.2 Evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS*
 - 4.3 Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Estados Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019
 - 4.4 Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030
 - 4.5 Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030
-

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

- 4.6 Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023
- 4.7 Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señalada
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017
- 5.3 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS

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

- 6.1 Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP)
- 6.2 Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
- 6.3 Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018
- 7.2 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud: Modificaciones de los procedimientos

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017
- 8.2 Proceso para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
- 8.3 Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
- 8.4 Proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2020-2021
- 8.5 Presentación de la metodología empleada a fin de elaborar los indicadores para medir el progreso en la ejecución del 13.º Programa General de Trabajo y análisis de los indicadores y las metas resultantes
- 8.6 Consulta regional acerca de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático
- 8.7 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- 8.8 Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas
- 8.9 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- 8.10 Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas
- 8.11 Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
- 8.12 Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos
- 8.13 Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final
- 8.14 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final
- 8.15 Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL (cont.)

- 8.16. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático:
Informe final
- 8.17. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final
- 8.18. Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y
comunicaciones: Informe final
- 8.19. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión
del desarrollo nacional de la salud: Informe final
- 8.20. Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación
técnica: Informe final
- 8.21. Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud:
Informe final
- 8.22. Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas
de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe
de progreso
 - B. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la
adolescencia: Examen de mitad de período
 - C. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana:
Examen de mitad de período
 - D. Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de
mitad de período
 - E. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis
virales: Examen de mitad de período
 - F. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis:
Examen de mitad de período
 - G. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el
VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Examen de
mitad de período
 - H. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020: Examen
de mitad de período

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL (cont.)

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

- I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso
- J. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
- K. Situación de los centros panamericanos

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

- A. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Cuadragésimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Organizaciones de integración subregional

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

OD356 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017

Documentos de trabajo

CD56/1, Rev. 2	Orden del día
CD56/WP/1	Programa de reuniones
CD56/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CD56/3	Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD56/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Argentina y Chile
CD56/5 y Add. I	Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
CD56/6 y Add. I	Evaluación de la <i>Política del presupuesto de la OPS</i>
CD56/7	Escala de cuotas y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Estados Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2019
CD56/8, Rev. 1	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030
CD56/9	Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030
CD56/10, Rev. 1	Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023
CD56/11	Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023
CD56/12 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas

Documentos de trabajo *(cont.)*

CD56/13	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS
CD56/14	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/ UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP)
CD56/15	Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD56/16	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
CD56/17	Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018
CD56/18	Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud: Modificaciones de los procedimientos

Documentos de información

CD56/INF/1	Evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017
CD56/INF/2, Rev. 1	Proceso para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
CD56/INF/3	Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
CD56/INF/4	Proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2020-2021
CD56/INF/5, Rev. 1	Presentación de la metodología empleada a fin de elaborar los indicadores para medir el progreso en la ejecución del 13.º Programa General de Trabajo y análisis de los indicadores y las metas resultantes

Documentos de información (cont.)

CD56/INF/6	Consulta regional acerca de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático
CD56/INF/7	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
CD56/INF/8,	Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas
CD56/INF/9	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
CD56/INF/10	Actualización sobre la situación y los desafíos del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis para mantener la erradicación de esa enfermedad en la Región de las Américas
CD56/INF/11, Corr.	Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
CD56/INF/12	Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos
CD56/INF/13	Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final
CD56/INF/14	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final
CD56/INF/15	Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final
CD56/INF/16	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final
CD56/INF/17	Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final
CD56/INF/18	Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final
CD56/INF/19	La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final
CD56/INF/20	Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final

Documentos de información (cont.)

- | | |
|-------------|---|
| CD56/INF/21 | Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final |
| CD56/INF/22 | Informes de progreso sobre asuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none">A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progresoB. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia: Examen de mitad de períodoC. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana: Examen de mitad de períodoD. Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de mitad de períodoE. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales: Examen de mitad de períodoF. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis: Examen de mitad de períodoG. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Examen de mitad de períodoH. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020: Examen de mitad de períodoI. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progresoJ. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progresoK. Situación de los centros panamericanos |
| CD56/INF/23 | Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS <ul style="list-style-type: none">A. 71.^a Asamblea Mundial de la SaludB. Cuadragésimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados AmericanosC. Organizaciones de integración subregional |

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
OFFICERS/MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Hon. Dr. Duane Sands, MP (Bahamas)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr Marie Greta Roy Clément (Haiti)
Vice-President / Vicepresidente:	Dra. María Verónica Espinosa Serrano (Ecuador)
Rapporteur / Relator:	Sra. Adriana Salazar González (Costa Rica)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Molwyn Morgorson Joseph, MP
Minister of Health, Wellness, and the
Environment
Ministry of Health, Wellness, and the
Environment
St. John's

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Teri-Ann Joseph
Senior Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, and the
Environment
St. John's

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Adolfo Rubinstein
Secretario de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Paula María Bertol
Embajadora, Representante Permanente
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Analía López
Jefa de Gabinete
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Dr. Mario Kaler
Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Lic. Jorgelina Constanzi
Directora Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Lic. Luciana Amighini
Directora Nacional de Relaciones
Institucionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Patricio Ancarola
Director de Información Pública
y Comunicación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Georgina Grigioni
Traductora Pública
Dirección Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Julio Ayala
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Corina Lehmann
Ministra, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Cynthia Hotton
Ministra, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. María Lorena Capra
Consejera, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Eugenia Giménez
Secretaria, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Duane Sands, MP
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de
Delegación

Dr. Delon Brennen
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Phillip Swann
Senior Registrar
Ministry of Health
Nassau

Dr. Marceline Dahl-Regis
Consultant
Ministry of Health
Nassau

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

His Excellency Sidney S. Collie
Ambassador, Permanent Representative of
The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Tracee Dorestant
Second Secretary, Alternate Representative
of The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Iesha Deveaux
Second Secretary, Alternate Representative
of The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lt. Col. The Hon. Jeffrey D. Bostic
Minister of Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ms. June Chandler
Permanent Secretary
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Delegates – Delegados

Dr. Kenneth George
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Ms. Jane Brathwaite
Interim Representative
Mission of Barbados to the Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/ ESTADO PLURINACIONAL DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lic. Álvaro Terrazas Peláez
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud
Estado Plurinacional de Bolivia

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Giovanna Baina Villareal
Primer Secretaria
Embajada Plurinacional de Bolivia
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Ivanna D. Bracamonte Guillén
Primer Secretaria, Representante Alternativa de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Gilberto Occhi
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sr. Osney Okumoto
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Excmo. Fernando Simas Magalhaes
Embaixador, Representate Permanente do
Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Gabriel Boff Moreira
Ministro-conselheiro, Representate
Alterno do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Fábio Frederico
Conselheiro, Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Fábio Cereda
Chefe da Assessoria Internacional de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Renato Strauss
Chefe da Assessoria de Imprensa
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Maria Clara de Paula Tusco
Secretaria, Representante Alternativa do Brasil
junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Luciani Ricardi
Assessora Internacional para Assuntos
Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (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. Lucero Hernandez
Manager, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

**Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores**

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

Ms. Kate Trotter
Analyst
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. Heidy Sanchez
Public Affairs Officer and Delegate
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et
sous-ministre adjoint à la Direction
générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Le gouvernement du Québec

CANADA/CANADÁ (cont.)

**Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)**

Mme Valérie Fontaine
Directrice des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Le gouvernement du Québec

Mr. Charles Antoine Barbeau-Meunier
Youth Delegate
International Federation of Medical Student
Associations
Québec

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Emilio Santelices
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

**Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación**

Sr. Pablo Pizarro Giadach
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Muñoz
Encargado de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. María José Guzmán
Jefa de Gabinete
Subsecretaría de Salud
Santiago

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Alejandro Ordoñez
Embajador, Representante Permanente de
Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Álvaro Calderón Ponce de León
Ministro Plenipotenciario, Representante
Alternativo de Colombia ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Sr. Camilo Arenas
Asesor del Ministro de Salud y
Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Excma. Sra. Rita Hernández Bolaños
Embajadora, Representante Permanente de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Adriana Salazar González
Jefe, Unidad de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Néstor Marimón Torres
Director Nacional de Relaciones Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública
La Habana

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Services
Dominica

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas
Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Luis Ramón Cruz Holguín
Director de Planificación Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Licda. Sheila Almonte
Analista Financiera
Dirección de Planificación
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Lic. Karla Ayala
Coordinadora Técnica
Dirección de Planificación
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

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

Sr. Gerardo Güémez
Ministro Consejero, Representante Alternativo de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Pedro Zaiter
Consejero, Representante Alternativo de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA (cont.)

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores (cont.)

Sra. Laura Brea
Consejera, Representante Alterna de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Claudia I. Canjura de Centeno
Embajadora de El Salvador ante la Casa Blanca
Washington, D.C.

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados

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

Sra. Wendy Acebedo
Consejera, Representante Alterna de El Salvador ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sr. Alex Campos Mejía
Consejero, Representante Alterno de El Salvador ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Thom Tyson
Advisor
Ministry of Health, Social Security and International Business
St. George's

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GRENADA/GRANADA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Abhishek Raut
Observer
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

**Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores**

Ms. Saira Consuelo Paredes
Observer
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

**Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación**

Excma. Sra. Rita Claverie de Sciolli
Embajadora, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sra. Andrea Carolina Gaytán Calderón
Coordinadora de la Unidad de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

GUATEMALA (cont.)

**Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores**

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

Sra. Ana María Tatiana Lucero Barahona
Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Randy Estuardo Castillo Tocay
Primer Secretario, Representante Alternativo
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

**Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación**

Mrs. Lesley Dowridge- Collins
Charge d'affaires a.i / Alternate
Representative of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**HAITI/HAÏTÍ****Head of Delegation – Jefe de Delegación**

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr Yves Gaston Deslouches
Membre du Cabinet de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Dr Tamara Georges Decastro
Membre du Cabinet de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

HAITI/HAÏTÍ (cont.)**Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)**

M Joslene Sylvain
Assistante Administrative de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS**Head of Delegation – Jefe de Delegación**

Dr. Octavio Sánchez Midence
Secretario de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Laura Mejía
Directora de La Unidad de Cooperación
Externa y Movilización de Recursos
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Guillermo Pérez Cadalso
Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jacqueline Bisasor McKenzie
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mrs. Patricia Ingram Martin
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dr. Naydene Williams
Director of Health Services
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Jorge Lomonaco
Embajador, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Dr. Miguel Angel Lutzow
Coordinador de Asesores del Subsecretario
de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Mariana Olivera West
Ministra, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Mtra. Eloina Meneses Mendoza
Directora de Estudios Sociodemográficos
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Dr. Gustavo Torres
Segundo Secretario, Representante Alterno
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Licda. Maite Narváez Abad
Tercera Secretaria, Representante Alternata
De México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Gustavo Valle
Subdirector de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Mariana Areli Rodríguez Medina
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Daniela Saldaña Sardina
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Excmo. Sr. Luis E. Alvarado Ramirez
Embajador, Representante Alternata de
Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA (cont.)

Delegates – Delegados

Sra. Julieta Blandón
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Natasha Dormoi
Viceministra en Funciones Especiales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. María Eugenia Arosemena
Asesora del Despacho Superior
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Julio Mazzoleni Insfran
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Guillermo Sequera
Director General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Q.F. María Antonieta Gamarra
Directora General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dra. Sonia Chantal Agüero
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lic. Sofía Velásquez Portocarrero
Ejecutiva Adjunta, Asesora del Despacho
Ministerio de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Dr. Sharon Belnar-George
Senior Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS Y NEVIS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Her Excellency Dr. Thelma Phillip-Browne
Ambassador of St. Kitts and Nevis to
the United States of America
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS
Y NEVIS (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Mr. Antoine Elias
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Edith Moore-Tilon
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

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

Mrs. Esther Resodimedjo-Kasno
Secretary to the Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Terrence Deyalsingh, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Brigadier General (Ret'd)
Anthony Phillips-Spencer
Ambassador of the Republic of Trinidad and
Tobago to the United States of America
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Vishwanath Partapsingh
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mrs. Zauditu Isis L. Elaine Lessey-Perreira
Second Secretary, Alternate Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Mr. Alex Azar II
Secretary for Health
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

Ms. Jenifer Healy
Chief of Staff
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
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.

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Maya Levine
Senior Global Health Officer
Office of Global Affairs
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.

Mr. James N. Miller
Deputy Director
Office of Economic and Development
Assistance
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Dr. Aye Aye Thwin
Senior Advisor
Office of the Assistant Administrator
Bureau for Global Health
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Monique Wubbenhorst
Senior Advisor
Bureau for Global Health
Agency for International Development
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

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

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

Ms. Alice Tsai
Global Health Officer, Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Will Schluter
Division Director
Global Immunizations
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Mr. Kyle Zebley
Senior Policy Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

URUGUAY (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Fernando Sotelo
Ministro, Representante Alterno del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Alicia Arbelbide
Ministra, Representante Alternas del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Alvarado González
Ministro del Poder Popular para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Representante Alternas de la República Bolivariana de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Marisela Bermúdez Barrios
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados (cont.)

Lic. Julio Colmenares
Director de Relaciones Multilaterales
Oficina de Integración y Asuntos
Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Jhon Guerra Sansonetti
Consejero, Representante Alterno
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Juan José Perdomo
Consejero, Representante Alterno
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

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

Sra. Marcella Camero
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Anne Vidal de la Blache
Ambassador, Permanent Representative of
France to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de
Delegación

Mrs. Ondine Tavernier
Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Delegates - Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mr. Martial Gomez
Attaché, Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)**NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Jeroen Bart
Policy Advisor
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Catherine Houlsby
Head of International Health
Ministry of Health Department of Health
and Social Care
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Alison Raw
Head of British Overseas Territories
Ministry of Health Department of Health
and Social Care
United Kingdom

Delegates - Delegados

Mrs. Petrona Davies
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
British Virgin Islands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Tamera Howarth-Robinson
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr. Nadia Astwood
Director of Health Services
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Ms. Renessa Williams
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Mr. Merwyn Rogers
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Mrs. Camille Thomas-Gerald
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services
Montserrat

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS**ARUBA****CURAÇAO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Susanne Camellia-Römer
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Willemstad

CURAÇAO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

CURAÇAO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Aimée Fransisco-Kleinmoedig
Chief
General Affairs Officer
Bureau of Telecommunication and Post
Willemstad

PUERTO RICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Coordinador de OPS/OMS
Departamento de Salud,
Puerto Rico

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

PORTUGAL

Sr. Hugo Palma
Primer Secretario, Observador Permanente
de Portugal ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

**PAHO Award for Health Services
Management and Leadership 2018/
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en
los Servicios de Salud 2018**

Dr. Natalia Largaespada Beer
Belize

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings

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

Dr. James Hospedales
Dr. Virginia Asin-Oostburg

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

Sra. Laís Abramo
Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

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

Dr. Miguel García

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

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

Dr. Alejandro Solís Martínez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Nila Heredia Miranda
Sra. Gloria Lagos Eyzaguirre

**Inter-American Conference on Social
Security/Conferencia interamericana de
seguridad social**

Sr. Omar de la Torre de la Mora
Sr. Mauricio Bailón González
Sr. Alejandro Svarch

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

Dr. Carlene Radix

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

Dra. Carina Vance Mafla

The World Bank Group/Banco Mundial

Mr. Daniel Dulitzkly

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

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

Mrs. Lily Waterston

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

Ms. Vina HuLamm

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

**Drug for Neglected Diseases Initiative/
Iniciativa Medicamentos para
Enfermedades Olvidadas**

Mr. Francisco Viegas Neves da Silva
Ms. Michelle Childs
Ms. Cecilia Castillo
Ms. Rachel Cohen

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

Dra. Eugenia Ramos
Dra. Beatriz Champagne
Dr. Jake Palley

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

Dr. Rubén Abete
Dr. Alfredo Antía

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

Sr. Luis Villalba
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Sr. Eduardo Arce
Sra. Alejandra Martínez
Sr. Jose Luis Barrera
Sr. Herlys Gianelli
Sra. Laura Dachner
Sr. Juan Luis García
Sra. Nacia Pupo Taylor
Sra. Lila Feisee

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

Ms. Marcela Gaitán

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti

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

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

Mr. Laurent Huber
Ms. Nichelle Gray

**International Alliance of Patient
Organizations/ Alianza Internacional de
Organizaciones de Pacientes**

Ms. Penney Cowan
Mr. Syed Hussain Jafri

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

Dr. Ivan Fabrizzio Canaval Díaz
Mr. Manuel Mendive Espalter
Ms. Gabriela Cipriano
Mr. Gustavo Méndes e Silva
Ms. Rebeca Pérez

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

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

Ms. Cynthia Genolet
Mr. Silas Holland
Ms. Kathleen Laya
Ms. Alejandra Martínez
Mr. José Luis Barrera
Ms. Diana Carolina Cáceres
Mr. Carl Meacham

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Excmo. Sr. Tabaré Ramón Vázquez Rosas
Presidente de la República Oriental
de Uruguay
PAHO Public Health Hero of the Americas/
Héroe de la Salud Pública en las Américas

His Excellency Néstor Méndez
Assistant Secretary General
Organization of American States

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

Dr. Soumya Swaminathan
Deputy Director General for Programmes
Office of DDGs for Programmes and
Corporate Operations

Mr. Bernard Tomas
Coordinator
Strategic and Operational Planning Unit

Dr. Samira Asma
Director
Office of the Assistant Director General

Dr. Joy St. John
Assistant Director-General for Climate
and Other Determinants of Health
Office of the Assistant Director General

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -