

162.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

CE162/FR
22 de junio del 2018
Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	7
Asuntos relativos al reglamento	
Elección de la Mesa Directiva	8
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	8
Representación del Comité Ejecutivo en el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	9
Proyecto de orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	9
Asuntos relativos al Comité	
Informe sobre la 12.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración	10
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018	11
Colaboración con agentes no estatales.....	11
Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	12
Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2017	13
Informe del Comité de Auditoría de la OPS	16
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS	18
Asuntos relativos a la política de los programas	
Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.....	19
Evaluación de la <i>Política del presupuesto de la OPS</i>	21
Nueva escala de contribuciones señaladas.....	23
Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030 ...	24
Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030.....	27
Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023.....	30
Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023.....	32

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	35
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017	35
Programación del excedente del presupuesto	41
Programación del excedente de los ingresos	41
Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital	42
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2017.....	42
Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS	45

Asuntos de personal

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	46
Gestión de los Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana	47
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	50

Asuntos de información general

Versión preliminar de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	51
Proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.....	52
Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS	54
Ciberseguridad en la OPS	55
Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS).....	56
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud	57
Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas	58
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	60
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	62
Abordar las causas de disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans	64
Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final.....	65

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final	67
Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final.....	68
Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final	70
Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final.....	72
Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final	73
La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final	74
Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final.....	75
Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final.....	75
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	77
A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso	77
B. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia: Examen de mitad de período	78
C. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana: Examen de mitad de período	79
D. Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de mitad de período	80
E. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales: Examen de mitad de período	81
F. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis: Examen de mitad de período	82
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	82
H. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020: Examen de mitad de período	83
I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso, Rev. 1	84
J. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso.....	84
K. Situación de los centros panamericanos	84

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	
A. 71. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	85
B. Organizaciones de integración subregional.....	86
Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos	86

Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos

Cambio de fechas del 56.º Consejo Directivo	88
---	----

Clausura de la sesión	89
------------------------------------	----

Resoluciones y decisiones**Resoluciones**

CE162.R1	Recaudación de las contribuciones señaladas	89
CE162.R2	Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030.....	90
CE162.R3	Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023.....	93
CE162.R4:	Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023	95
CE162.R5:	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS.....	99
CE162.R6	Modificaciones de las Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud.....	99
CE162.R7:	Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018.....	100
CE162.R8:	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	101
CE162.R9:	Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	106
CE162.R10:	Orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de OPS, 70. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	108

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)

Decisiones

Decisión CE162(D1): Adopción del orden del día108

Decisión CE162(D2): Composición del Grupo Asesor sobre
el Plan Estratégico108

Decisión CE162(D3): Representación del Comité Ejecutivo en el
56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas109

Decisión CE162(D4): Cambio de fechas del 56.º Consejo Directivo109

Anexos

Anexo A. Orden del día

Anexo B. Lista de documentos

Anexo C. Lista de participantes

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El Comité Ejecutivo celebró su 162.^a sesión en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D.C., del 18 al 22 de junio del 2018. En esta sesión se contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Panamá y Perú. Asistieron en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Ecuador, Estados Unidos de América, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Además, estuvieron representadas seis organizaciones no gubernamentales.

2. El señor Carlos Fernando Gallinal Cuenca (Brasil, Vicepresidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes; además, informó que la llegada del doctor Miguel Antonio Mayo Di Bello (Panamá, Presidente del Comité Ejecutivo) se había retrasado. Destacó la importancia de la función del Comité Ejecutivo como preparación para el 56.^o Consejo Directivo.

3. La doctora Carissa F. Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP o la Oficina]) también dio la bienvenida a los participantes y expresó sus sinceras condolencias a la población y al Gobierno de Guatemala por la pérdida de vidas, los daños materiales y el desplazamiento de la población ocasionados por la reciente erupción del volcán de Fuego. Señaló que en los cinco años anteriores se habían alcanzado hitos importantes en la esfera de la salud pública, siendo uno de los más recientes la certificación de la eliminación de la malaria en Paraguay. Al mismo tiempo, la Región había afrontado numerosos retos, entre otros, incertidumbre económica, inestabilidad política, pobreza y desigualdad, desastres naturales y cambio climático, además de la epidemia cada vez mayor de las enfermedades crónicas no transmisibles. La doctora Etienne explicó que las decisiones adoptadas por el Comité contribuirían a orientar la formulación de políticas y la planificación encaminadas a afrontar las necesidades insatisfechas, así como a mejorar la salud y el bienestar de la población de la Región.

4. Entre las prioridades establecidas para los próximos cinco años se encontraban el progreso continuo hacia la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud, el desarrollo de sistemas de salud resilientes fundamentados en el enfoque de atención primaria de salud y la prestación de servicios de salud integrales centrados en las personas. En una Región donde los desastres naturales son frecuentes, era esencial contar con preparativos para situaciones de emergencia y capacidades de respuesta adecuados, tanto a nivel nacional como regional. No era posible pasar por alto el cambio climático y su impacto en la salud. Una respuesta eficaz a la prevalencia cada vez mayor de la resistencia a los antimicrobianos también debía ser una prioridad. Además, sería necesario renovar el

énfasis en la salud de las mujeres y los niños, los pueblos indígenas y las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad.

5. La Región había logrado un éxito considerable al eliminar las enfermedades transmisibles; sin embargo, era necesario consolidar las iniciativas para eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, además de ampliar el número de países certificados como libres de malaria, tuberculosis y diversas enfermedades infecciosas desatendidas. Los brotes de sarampión y difteria registrados en varios países habían destacado la necesidad de la vigilancia continua y de la acción concertada, a fin de proteger y mantener los logros alcanzados con tanto esfuerzo en materia de prevención y control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que ocasionaban 78% de las defunciones en la Región, debían seguir siendo una prioridad clave.

6. Antes de concluir su intervención, la doctora Etienne expresó su confianza en que los países de la Región podrían cumplir sus compromisos colectivos con respecto a la salud, entre otros el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, al trabajar unidos en alianzas sinérgicas y solidarias.

Asuntos relativos al reglamento

Elección de la Mesa Directiva

7. Los siguientes Miembros, elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 161.^a sesión del Comité, siguieron desempeñando sus respectivos cargos durante la 162.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Panamá	(Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello)
<i>Vicepresidencia:</i>	Brasil	(Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca)
<i>Relatoría:</i>	Colombia	(Sra. Carolina Schlesinger Faccini)

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

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE162/1, Rev. 2 y CE162/WP/1, Rev. 2)

9. La Delegada del Canadá propuso que el punto titulado la “Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos”, programado originalmente como una sesión informativa informal, debería agregarse como un punto formal del orden del día bajo los “Asuntos de información general”.

10. La Delegada de Panamá, al observar que el 56.º Consejo Directivo coincidiría con la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención

y el control de las enfermedades no transmisibles, propuso que se cambiaran las fechas del Consejo y que, por lo tanto, este asunto debería considerarse durante el debate en el Comité del orden del día del 56.º Consejo Directivo (véanse los párrafos 18 a 20 más adelante).

11. El Presidente señaló que la Oficina había propuesto que el cambio de fechas se tratara como un tema independiente, que se agregaría al orden del día del Comité en el punto “Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos”.

12. Los Miembros del Comité apoyaron por unanimidad que se agregara el tema sobre el mantenimiento de la cooperación técnica eficaz en Venezuela y los Estados Miembros vecinos. Varios delegados destacaron que el debate no debería politizarse y que era necesario mantener una perspectiva de salud pública. También subrayaron que el objetivo del debate debería ser presentar información técnica objetiva acerca de la situación, en aras de la transparencia.

13. La Delegada de la República Bolivariana de Venezuela reconoció que la situación en su país se caracterizaba por numerosos desafíos y lamentó que se intentase estigmatizar al país y crear una sombra sobre el trabajo transparente que la OPS estaba haciendo en Venezuela, basado en el respeto, la cooperación y la comprensión.

14. El Presidente señaló que, dado que había consenso entre los Miembros del Comité para agregar el tema, se lo incluiría en el orden del día como el punto 7.22 dentro de los “Asuntos de información general”. El punto sobre el cambio de fechas para el 56.º Consejo Directivo se agregaría como un punto independiente dentro de los “Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos”.

15. El Comité adoptó el orden del día provisional, en su forma modificada (documento CE162/1, Rev. 2 (decisión CE162[D1])); el Comité también adoptó el programa de reuniones (documento CE162/WP/1, Rev. 2).

Representación del Comité Ejecutivo en el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE162/2)

16. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Panamá y a Brasil como titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para que representen al Comité en el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Belice y Canadá fueron elegidos representantes suplentes (decisión CE162[D3]).

Proyecto de orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE162/3, Rev. 1)

17. La señora Mônica Zaccarelli-Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) introdujo el proyecto del orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas,

preparado por la Directora de conformidad con el Artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo (documento CE162/3).

18. Se propusieron tres modificaciones al proyecto del orden del día provisional preparado por la Directora. En los “Asuntos de información general” se propuso agregar un punto titulado la “Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos”, así como un punto sobre la elaboración de indicadores para el Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS. Bajo el punto “Premios”, se sugirió agregar una propuesta de modificación de los criterios de selección para otorgar el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud, además de cambiar la composición del jurado.

19. El Comité aprobó el orden del día provisional en su forma modificada (resolución CE162.R10).

Asuntos relativos al Comité

Informe sobre la 12.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE162/4)

20. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Ecuador, Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su 12.^a sesión del 21 al 23 de marzo del 2018. El Subcomité había tratado varios importantes temas financieros, administrativos y de otra índole, incluido un panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al 2017, la programación del excedente de los ingresos y del presupuesto, un esquema 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, una evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS*, la propuesta del proceso para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 y el esquema y la metodología propuestos de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

21. La señora Luna Ribadeneira observó que debido a que todos los asuntos tratados por el Subcomité se encontraban también en el programa del Comité Ejecutivo, se informaría sobre ellos a medida que se abordaran en el Comité.

22. La Delegada de Antigua y Barbuda dijo que lamentaba que su delegación no hubiera podido participar en la 12.^a sesión del Subcomité debido a una tormenta de nieve en Washington, D.C., que había dado lugar a la cancelación de todos los vuelos procedentes de Antigua y Barbuda.

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

24. La Directora también expresó su agradecimiento al Subcomité por su trabajo y a su Presidenta por la manera eficiente en que se había llevado a cabo la sesión.

Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 (documentos CE162/5 y Add. I)

25. La señora María Eugenia Arosemena (Panamá) informó que el Jurado para el otorgamiento del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018, integrado por los delegados de Antigua y Barbuda, Brasil, Canadá y Panamá, se había reunido el 19 de junio y había examinado la documentación acerca de los candidatos postulados por los Estados Miembros. El Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 se otorgase a la doctora Natalia Largaespada Beer, de Belice, por sus considerables logros en la esfera de la salud materno-infantil y 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 con miras a mejorar la vida de las personas en condiciones de vulnerabilidad.

26. El Delegado de Belice agradeció al Jurado por haber considerado que la doctora Largaespada Beer era merecedora del premio.

27. La Delegada de Canadá señaló que el Jurado deseaba proponer algunos cambios en los criterios y el proceso 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 deberían incluir un criterio relacionado con el riesgo para la reputación. El Jurado recomendó que la propuesta se incluyera como un punto del orden del día del 56.º Consejo Directivo (véanse los párrafos 18 a 20 anteriores).

28. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R7, mediante la cual se otorgó el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 a la doctora Natalia Largaespada Beer, de Belice.

Colaboración con agentes no estatales (documento CE162/6)

29. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había brindado información actualizada al Subcomité acerca de los pasos dados por la OPS hasta marzo del 2018 para aplicar el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA, por su sigla en inglés), adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016 y por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2016, incluida una actualización acerca del progreso de la OMS hacia la finalización del registro de agentes no estatales, la guía para el personal y el manual para los agentes no estatales. El Subcomité se había manifestado complacido de constatar que el proceso de ejecución estaba avanzando de conformidad con el plazo de dos años establecido en la resolución CD55.R3. Asimismo, se había sugerido que los informes futuros deberían incluir un cronograma que mostrara los pasos de la aplicación que se hubieran tomado hasta ese momento y una hoja de ruta esquemática de los procesos decisorios del FENSA. También se había propuesto que en los informes futuros se presentara un resumen de los temas que habían surgido en el curso del proceso de diligencia debida y evaluación de riesgos. Además, se había señalado que el FENSA era un

mecanismo nuevo que debería examinarse con regularidad a fin de detectar cualquier mejora que fuera necesaria.

30. En el debate acerca del informe que tuvo lugar en el Comité Ejecutivo, se instó a la Oficina a que procurara que el FENSA se aplicara tanto a nivel regional como de país. También se instó a la Oficina a que colaborara con diversos agentes no estatales y que buscara nuevos asociados no estatales que pudieran aportar percepciones y perspectivas nuevas. Una delegada preguntó si la Oficina y las demás oficinas regionales de la OMS habían contribuido a la elaboración de la guía para el personal. Se solicitó además que, en los informes futuros, la Oficina incluyera información y ejemplos más detallados acerca de la manera en que se estaba aplicando el FENSA.

31. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) afirmó en los informes futuros se incluirían la información y los ejemplos solicitados. Informó que la OMS había terminado recientemente dos herramientas que eran esenciales para la ejecución plena del FENSA: la guía para el personal y el manual para los agentes no estatales. La Oficina estaba examinándolos actualmente para adaptarlos al marco jurídico de la OPS. Se esperaba publicar tanto la guía como el manual antes del 56.º Consejo Directivo en septiembre del 2018. Señaló, asimismo, que el registro de los agentes no estatales todavía no estaba funcionando plenamente. La Oficina estaba siguiendo muy de cerca el progreso de la Secretaría de la OMS con respecto al registro.

32. El Comité tomó nota del informe.

Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE162/7)

33. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había examinado un informe y un conjunto de materiales confidenciales suministrados por la Oficina acerca de dos organizaciones no gubernamentales que habían solicitado su admisión como agentes no estatales en relaciones oficiales con la OPS. Además, había once organizaciones cuya condición de agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS debía someterse a examen. La Oficina había considerado que las dos ONG que solicitaban el establecimiento de relaciones oficiales con la OPS reunían las condiciones para la admisión.

34. En cuanto a las once ONG cuya colaboración debía someterse a examen, la Oficina había recomendado la continuación de las relaciones oficiales con siete de ellas. Había recomendado que la evaluación de la colaboración de la OPS con tres organizaciones se defiriera de manera que estas tuvieran tiempo para actualizar sus planes de trabajo; la Oficina recomendó también que se descontinuaran las relaciones oficiales con una ONG, debido a la falta de colaboración en los tres últimos años.

35. Luego de haber considerado la información suministrada y otras explicaciones de la Oficina, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera a

la organización Action on Smoking and Health y a la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas–América Latina para establecer relaciones oficiales con la OPS. El Subcomité también había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo aprobara la continuación de las relaciones oficiales entre la OPS y las siguientes organizaciones: Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos, Alianza para el Convenio Marco, Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición, Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica, Fundación Interamericana del Corazón, Instituto de Vacunas Sabin y Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.

36. El Subcomité había recomendado que el Comité difiriera hasta el 2019 la decisión acerca de la continuación de las relaciones oficiales con las siguientes tres organizaciones: Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud, la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y EMBARQ, Centro Ross del Instituto de Recursos Mundiales para las Ciudades Sustentables. Por último, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo descontinuara las relaciones oficiales con Consumers International, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

37. Una representante de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica dijo que la Confederación estaba haciendo todo lo posible por actualizar su plan de trabajo y evitar el riesgo de ser excluida de las relaciones oficiales con la OPS. No obstante, sus esfuerzos se veían algo obstaculizados debido a las distancias entre los países y los problemas de comunicación. Además, estaban enfrentando dificultades para conseguir la documentación que necesitaban de las autoridades pertinentes a fin de establecer su personalidad jurídica. La Confederación esperaba lograr resultados hacia el mes de diciembre; sin embargo, si esto resultaba imposible, esperaba que pudieran tenerse en consideración esas dificultades.

38. Un representante de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica expresó su agradecimiento por la continuación de las relaciones oficiales con la OPS, con la cual la Federación tenía el objetivo común de mejorar la salud de toda la población de América Latina.

39. La Directora dijo que la Oficina valoraba su colaboración con los agentes no estatales y seguiría trabajando con aquellos que mantenían relaciones oficiales con la OPS, al tiempo que procuraba encontrar oportunidades de colaboración con otras asociaciones y entidades de la sociedad civil que cumplieran con los requisitos estipulados en el FENSA.

40. El Comité Ejecutivo adoptó la resolución CE162.R9, mediante la cual se refrendaban las recomendaciones del Subcomité.

Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2017 (documento CE162/8)

41. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP), al presentar un panorama del informe de las actividades de la Oficina de Ética, señaló que originalmente esta Oficina había tenido un mandato doble, dado que además de dar orientación y asesoramiento al personal acerca de aspectos éticos, llevaba a cabo investigaciones sobre

supuestas faltas de conducta. A raíz de una recomendación formulada por el Comité de Auditoría, se había decidido separar la función de investigación que ejercía la Oficina de Ética para crear, en el 2018, una nueva Oficina de Investigaciones, con lo cual la Oficina de Ética mantenía su función principal de orientación y asesoramiento para ayudar a que el personal cumpliera sus obligaciones con respecto al Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS. En el 2017, la Oficina había atendido 132 consultas relacionadas con la ética, la cifra más alta en un único año.

42. La labor de extensión era sumamente importante para el trabajo de la Oficina de Ética, ya que permitía al personal, sea cual fuere su lugar de trabajo, recibir capacitación acerca del Código, familiarizarse con las expectativas de la Organización en cuanto al comportamiento aceptable y saber a quién debía acudir para recibir asesoramiento. En el 2017, la Oficina había llevado a cabo sesiones de capacitación en seis representaciones y en dos centros panamericanos. Esas ocho visitas representaban el número más alto de visitas realizadas en un único año.

43. Con respecto a las investigaciones sobre las supuestas faltas de conducta y presuntas infracciones del Código, en el 2017 se habían recibido 38 denuncias del comportamiento que exponían preocupaciones de posible índole ética. Esa había sido la cifra más baja de denuncias desde el 2011. La Oficina había recibido 50 informes de robo, pérdida o fraude, por un valor total de unos US\$ 25.000.¹ Un caso especialmente grave había sido el robo de medicamentos valorados en \$18.000 del depósito de medicamentos esenciales en Haití. La Oficina había formulado recomendaciones acerca de la seguridad y los controles internos del depósito. De acuerdo con las investigaciones efectuadas por la Oficina de Ética en el 2017, se había despedido a cinco empleados por crear un ambiente de trabajo hostil o por denuncias de acoso sexual, a uno por haber presentado solicitudes falsas de reembolso de gastos, a otro por robo de equipo de computación y a otro más por no haber cumplido con las normas para la contratación de empleados domésticos.

44. En el 2018, la Oficina tenía previsto intensificar sus medidas para detectar y prevenir el fraude, entre otras la identificación de factores de riesgo de fraude y la formulación de una política integral contra la corrupción y el fraude, así como un curso de capacitación contra el fraude. También se revisaría la política la OPS para la protección del denunciante de irregularidades, con el propósito de asegurar que se mantuviese actualizada. Por otro lado, la Oficina de Ética emprendería una campaña de información y velaría por la entrada en vigor de las políticas y las medidas preventivas necesarias para impedir que en la OPS ocurrieran casos de acoso sexual y explotación, además de abordar rápidamente cualquier caso que se presentara. El manejo de los conflictos de intereses también era una prioridad, como también lo era lograr que el personal revelara toda actividad que pudiera dar lugar a un posible conflicto de intereses. Con esa finalidad, la Oficina de Ética había automatizado en el 2017 su cuestionario de declaración de intereses.

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

45. La Oficina de Ética esperaba con interés cumplir su nuevo mandato en el futuro. Cooperaría plenamente para asegurar una transición sin problemas de los casos a la nueva Oficina de Investigaciones, que debía estar dotada de todo su personal más adelante en el 2018.

46. En el debate que siguió, una delegada preguntó si la Oficina de Ética o la nueva Oficina de Investigaciones supervisaría el servicio de ayuda sobre ética. Haciendo referencia a la disminución en el número de denuncias por faltas de conducta, preguntó si había alguna preocupación acerca de esa disminución. También solicitó información acerca del número de quejas sobre el comportamiento por posibles preocupaciones de índole ética que habían dado lugar a investigaciones y si la Oficina de Ética había recibido alguna queja de represalias. Además de elogiar la revisión de la política de protección del denunciante de irregularidades, alentó a la Oficina de Ética a que tuviera en cuenta las recomendaciones de la revisión pendiente por parte de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas (DCI) de las normas y los procedimientos de protección del denunciante de irregularidades en los organismos del sistema de las Naciones Unidas. Expresó su apoyo firme a las iniciativas contra el acoso y preguntó si se tenía previsto organizar algún tipo de capacitación acerca del acoso y si la OPS estaba incluida en el grupo de estudio para el abordaje del acoso sexual establecido por la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE).

47. El señor MacMillan respondió que ya se había bifurcado la línea telefónica de ayuda. Agregó que los informes que alegaban faltas de conducta se presentaban automáticamente a la Oficina de Investigaciones, mientras que las consultas sobre ética se dirigían a la Oficina de Ética. Era difícil saber si la disminución en el número de denuncias era algo positivo o negativo. El total de 38 coincidía con el número promedio de denuncias recibidas cada año desde la creación de la Oficina de Ética en el 2006. Era posible que el aumento del número de consultas de ética hubiera llevado a mejorar la toma de decisiones, lo cual daría lugar a menos denuncias. Las 38 denuncias habían dado lugar a nueve investigaciones; de ellas, solamente dos todavía estaban pendientes. No había habido ninguna queja acerca de represalias. La Oficina de Ética tendría en cuenta el informe de la DCI acerca de la protección del denunciante de irregularidades para establecer los cambios se necesitaban en su propia política. La Oficina de Ética no formaba parte del grupo de estudio de la JJE.

48. Gracias a las diversas iniciativas de extensión, el personal estaba ahora más consciente de los diferentes mecanismos de presentación de quejas y de su obligación de informar acerca de cuestiones éticas. Sin embargo, seguía existiendo la necesidad de centrarse más en la detección y de asegurarse de que el personal no tuviera ningún temor a informar acerca de todo tipo de faltas de conducta. Se impartiría capacitación acerca del acoso, la explotación sexual y la conducta del personal, basada en nuevos materiales didácticos diseñados para hacer más interesante el aprendizaje.

49. La Directora dijo que una de sus metas era que la Oficina Sanitaria Panamericana se convirtiera en un lugar de trabajo plenamente ético y respetuoso. Los recursos disponibles para alcanzar ese objetivo eran la Ombudsman, cuya oficina había estado cada

vez más activa en la capacitación del personal y en el manejo de asuntos específicos planteados por ellos, no solo en la Sede sino también en las representaciones en los países. Por su parte, ella hacía hincapié reiteradamente frente al personal que ellos tenían la obligación de crear un entorno de trabajo ético y respetuoso.

50. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE162/9)

51. El señor Claus Andreasen (Presidente, Comité de Auditoría de la OPS), tras examinar las funciones y el papel de asesoramiento del Comité de Auditoría, describió las actividades del Comité en el 2017 y el 2018. Informó que el Comité se había reunido dos veces (en octubre del 2017 y en abril del 2018), ocasiones en las que había asistido a sesiones informativas y presentaciones del personal directivo superior y de otro nivel, y había formulado recomendaciones después de cada reunión. Las actividades del Comité se centraban en los sistemas, los procedimientos y las herramientas disponibles para permitir que la Organización cumpliera su mandato.

52. En el período abarcado por este informe, el Comité había formulado ocho recomendaciones. La recomendación 1 se refería al proyecto Mais Médicos. El Comité había observado con agrado que la Oficina estaba abordando todas las recomendaciones anteriores relacionadas con dicho proyecto. Sin embargo, también había señalado que no se había llevado a cabo una evaluación integral independiente de la contribución del proyecto a la atención primaria de salud y, por consiguiente, había recomendado hacer esta evaluación. La recomendación 2 se refería al Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS). El Comité había tomado nota de la opinión del Auditor Externo de que el PMIS estaba añadiendo un valor importante a la Organización. Sin embargo, era necesario seguir perfeccionando el sistema. El Comité también había observado las inquietudes expuestas con respecto a Workday y a que todavía no se estaban haciendo en forma automatizada la conciliación de los estados de cuenta bancarios ni el cálculo de los tipos de cambio.

53. En sus recomendaciones 3 a 5, el Comité de Auditoría había expresado: *a)* que debería asignarse prioridad al establecimiento de un vínculo explícito entre el marco de control interno y el programa de gestión de riesgos institucionales; *b)* que deberían tomarse medidas para cerrar las brechas en cuanto a los controles de la seguridad de la información, y *c)* que la Oficina debería iniciar una evaluación del cumplimiento del procedimiento normalizado de trabajo del marco de control interno basado en el modelo del Comité de las Organizaciones Patrocinantes de la Comisión Treadway (COSO, por su sigla en inglés), una vez que el marco hubiera estado en funcionamiento por un período considerable.

54. La recomendación 6 se refería a la supervisión interna y la evaluación y los riesgos detectados en el informe interno de auditoría con respecto a Haití. El Comité se había manifestado complacido de observar la atención que se estaba prestando a esos riesgos, pero le preocupaba que la Oficina no los hubiese detectado antes de la auditoría. La Oficina debería fortalecer su función de seguimiento para evitar que esta situación se repitiera. La recomendación 7 abordaba la separación de las funciones de ética y de investigación en la

Oficina de Ética (véanse los párrafos 42 a 51 anteriores). El Comité de Auditoría había recomendado que la Oficina tuviera en cuenta sus recomendaciones acerca de las atribuciones para la nueva Oficina de Investigaciones y la descripción del cargo para el nuevo investigador principal.

55. En la recomendación 8, acerca del informe financiero y los estados financieros, se proponía que se modificara la redacción de la declaración sobre el control interno. El Comité había formulado esa recomendación antes de que se hubiera finalizado la declaración actual, y se había manifestado complacido de constatar que se había tenido en cuenta la recomendación.

56. En su reunión de octubre del 2017, el Comité había considerado un informe de situación acerca de la evaluación y había llegado a la conclusión de que la cultura y la función de evaluación en la Oficina no estaban muy bien desarrolladas. El Comité estaba al tanto de que la Oficina estaba elaborando una política nueva de evaluación en respuesta a sus observaciones y esperaba con interés formular observaciones sobre esa política.

57. El Comité también se manifestó complacido de observar que se habían adoptado medidas con respecto a la auditoría interna y consideraba que el seguimiento de las recomendaciones de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) había sido muy satisfactorio. Una de las recomendaciones se remontaba al 2011 pero, excepto ese caso, la atención de la Oficina a las recomendaciones había sido adecuada. El Comité estaba impresionado favorablemente con la práctica de gestión de la Directora de celebrar una reunión anual con la gerencia superior y otras entidades para considerar las principales recomendaciones de auditoría.

58. La impresión general del Comité de Auditoría era que la Oficina Sanitaria Panamericana estaba funcionando bien en cuanto a la gestión de riesgos y que otros instrumentos de supervisión también se estaban tomando muy en serio, todo lo cual aumentaba la probabilidad de que la Organización pudiera cumplir su misión.

59. En el debate que siguió a los comentarios del señor Andreasen, las personas que pidieron la palabra elogiaron el trabajo del Comité de Auditoría como una contribución valiosa para el fortalecimiento de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas. Una delegada, refiriéndose a las inquietudes expuestas respecto de la Representación de la OPS/OMS en Haití y los problemas relacionados con la gestión de riesgos, señaló que el contexto nacional frágil en Haití era bien conocido y subrayó la necesidad de que la Oficina pudiera prever los riesgos inherentes a esas situaciones y adoptara medidas para reducirlos al mínimo; ese era un aspecto importante de la función fiduciaria que la Oficina había aceptado con respecto a los donantes que aportaban fondos para Haití. Otra delegada instó a que se aplicaran todas las recomendaciones del Comité, en especial, las relacionadas con el PMIS. Solicitó al señor Andreasen que aclarara las inquietudes del Comité con respecto a los resultados de la auditoría interna de los procesos presupuestarios dentro de la Oficina y que proporcionase más información acerca de las atribuciones del investigador principal y la Oficina de Investigaciones.

60. La Delegada de Brasil dijo que, considerando el volumen de los recursos que Mais Médicos representaba en el presupuesto de la OPS, era natural que fuese uno de los centros de atención. Señaló que el proyecto era objeto de evaluaciones internas continuas para determinar su impacto social. Sin embargo, sería importante determinar las enseñanzas extraídas por los otros asociados, especificar cualquier ajuste necesario y evaluar la posibilidad de que el proyecto se repitiera en otros países. Por consiguiente, su delegación agradecía la recomendación 1.

61. El señor Andreasen respondió que el Comité había recibido información de IES acerca de la auditoría de los procesos presupuestarios que se había efectuado en el bienio 2016-2017. El Comité de Auditoría consideraba que era necesario reabrir esa auditoría puesto que se habían observado varios problemas y no se habían logrado plenamente los objetivos. El Comité recomendaba ampliar el alcance de la auditoría, efectuar una nueva evaluación de riesgos y luego llevar a cabo una auditoría más integral.

62. En cuanto a las investigaciones, el Comité había comparado el proyecto de atribuciones con las mejores prácticas conocidas de otras organizaciones, en especial dentro del sistema de las Naciones Unidas. Había recomendado que el investigador principal formase parte de IES, que rindiera cuentas al Auditor General y que los informes de investigación se remitieran a la Directora. El Comité había considerado las recomendaciones con la Oficina y sabía que esta última estaba atendiéndolas. Esperaba ver un proyecto modificado de las atribuciones más adelante en el año.

63. La Directora dijo que la Oficina tomaba muy en serio todas las recomendaciones de las auditorías y había puesto en práctica muchas de ellas. Agradeció al Comité de Auditoría por su valiosa contribución, y por trabajar con la Oficina para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas.

64. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE162/10)

65. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que el mandato de uno de los miembros del Comité de Auditoría terminaría en junio del 2018, lo que exigía que el Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión nombrara a un nuevo miembro para integrarlo. El Subcomité había establecido un grupo de trabajo para examinar la lista de candidatos propuestos por la Directora. El grupo de trabajo había evaluado los cinco candidatos sobre la base de los criterios para la selección expuestos en la sección 4 de los términos de referencia del Comité de Auditoría y había decidido recomendar que el señor Martin Guozden fuese nombrado para integrarlo. El Subcomité había ratificado la recomendación del grupo de trabajo.

66. El Comité Ejecutivo ratificó la recomendación del Subcomité y aprobó la resolución CE162.R5, en la que agradecía al señor John D. Fox por sus años de servicio en

el Comité de Auditoría de la OPS y nombraba al señor Martin Guozden como miembro del Comité de Auditoría por un período de tres años, desde junio del 2018 hasta junio del 2021.

Asuntos relativos a la política de los programas

Informe preliminar 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 CE162/11 y Add. I)

67. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un esquema del informe sobre 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. Los delegados habían señalado que la evaluación conjunta brindaría una oportunidad de determinar las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, que podrían aplicarse en la elaboración del próximo Plan Estratégico de la OPS, y se había sugerido que el informe de evaluación de fin de bienio incluyera una sección acerca de las enseñanzas extraídas. Se había elogiado la propuesta de incluir información sobre la ejecución tanto programática como presupuestaria, ya que esa información serviría para poner de relieve las brechas de financiamiento. Se había destacado la importancia de la cooperación estrecha entre las autoridades nacionales y la Oficina, ya que era necesario que entre ellos hubiese acuerdo con respecto a los indicadores inmediatos e intermedios, las líneas de base y las metas.

68. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) repasó el cronograma de la evaluación y señaló que alrededor de 85% de las evaluaciones por parte de los países y territorios se habían finalizado para mediados de junio del 2018. Además, explicó la estructura del informe, que por primera vez presentaría una actualización acerca del progreso hacia las metas de impacto establecidas en el Plan Estratégico 2014-2019. También incluiría los logros y los retos más importantes y las experiencias exitosas de cada país por categoría. Los informes por categorías más detallados se colocarían en el portal en la web del Programa y Presupuesto de la OPS.

69. En resumen, de algunos de los resultados preliminares de la evaluación técnica de la Oficina, el señor Chambliss informó que 79% de los indicadores de resultados intermedios iban por buen camino para lograrse en el 2019 y 98% de los indicadores inmediatos se habían alcanzado parcial o totalmente. Entre otros logros clave, la respuesta oportuna a todas las emergencias con posibles efectos sobre la salud se había organizado en un plazo de 72 horas en 33 países y territorios; la OMS había certificado a otros seis países y territorios que habían eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis; la tasa de mortalidad por cólera se había mantenido por debajo de 1% en Haití, y en Guatemala y México se había verificado la eliminación de la oncocercosis.

70. Con respecto a los resultados a nivel del impacto, se consideraba que cinco se encontraban en vías de lograrse en el 2019: meta 1, esperanza de vida sana; meta 2, asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable; meta 3, maternidad segura; meta 8, eliminación de las enfermedades

transmisibles; y la meta 9, la muerte, la enfermedad y la discapacidad que surgía de las emergencias. Cuatro de los resultados a nivel del impacto estaban en riesgo de no lograrse para el 2019: meta 4, mortalidad debida a la calidad de la atención; meta 5, mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; meta 6, mortalidad por enfermedades transmisibles; y la meta 7, mortalidad prematura por la violencia y los traumatismos.

71. La ejecución general del Programa y Presupuesto 2016-2017 había llegado al 78% del nivel aprobado y a 97% del financiamiento disponible para el bienio. Aunque se habían recibido \$567 millones del financiamiento, solo \$521,6 millones estuvieron disponibles para la ejecución en el bienio; los \$45,4 millones restantes se habían transferido en el bienio 2018-2019. El financiamiento era desigual en las diferentes categorías: de acuerdo con los modelos históricos, las categorías 1 (enfermedades transmisibles) y 5 (preparación, vigilancia y respuesta) seguían siendo las que estaban mejor financiadas, mientras que las categorías 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) y 3 (determinantes de salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) recibían un financiamiento mínimo. Solo cinco de las ocho prioridades principales de la Organización estaban financiada a 75% o más de sus niveles presupuestarios aprobados. La Oficina utilizaba el financiamiento flexible para fortalecer las áreas programáticas que tenían más necesidad, haciendo hincapié en las clasificadas por los Estados Miembros como de alta prioridad en el Programa y Presupuesto 2016-2017.

72. En el debate que siguió, los delegados expresaron su agrado por los resultados positivos que se habían presentado, al tiempo que manifestaron inquietud acerca de los indicadores con respecto al impacto que no estaban en vías de lograrse para el 2019. Se pidió a la Oficina que indicara las medidas que se tomarían para abordar esa situación. El proceso de evaluación se consideraba como una oportunidad de reflexionar acerca de los éxitos logrados, pero también para determinar las brechas y los retos persistentes, además de extraer enseñanzas. Se destacó que esto último debería tenerse presente en la formulación del Plan Estratégico 2020-2025 y en la aplicación de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Se había observado con inquietud el aumento de los casos de sarampión en la Región y se instó a la Oficina a que se asegurara de que el área programática responsable de la vacunación estuviese financiada de manera adecuada para que pudiera prestar el apoyo necesario a los Estados Miembros.

73. Se solicitó una aclaración con respecto a la información acerca de la ejecución del presupuesto. En particular, una delegada quiso saber cómo podía la Oficina calcular hasta qué punto se había ejecutado el presupuesto aprobado si no se había recibido parte del financiamiento de ese presupuesto. En su opinión sería más útil suministrar información acerca de la brecha entre la cantidad de financiamiento aprobado y la cantidad recibida y ejecutada realmente. Se solicitó una actualización acerca de la propuesta para crear un fondo flexible de contribuciones voluntarias destinado a mancomunar las donaciones para los programas prioritarios.

74. Con respecto al proceso de evaluación, varios delegados subrayaron la necesidad de dejar tiempo suficiente para que las autoridades nacionales pudieran recabar la información exigida, en particular porque algunos datos tenían que recopilarse de sectores

diferentes al de la salud. También se consideraba esencial conseguir que las especificaciones técnicas para todos los indicadores estuviesen disponibles en el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico. Un delegado observó que seguía habiendo poca familiaridad en la Organización con los indicadores inmediatos acordados y sus definiciones, lo que creaba dificultades de comunicación entre las autoridades nacionales y el personal de la Oficina, además de ocasionar retrasos en el proceso de evaluación.

75. En respuesta a las preguntas relativas a la ejecución del presupuesto, el señor Chambliss explicó que la dotación presupuestaria fijada por los Estados Miembros al comienzo de un bienio era una indicación de sus prioridades o, en otras palabras, de las actividades en las que deseaban que se utilicen los fondos, si es que esos fondos se materializaban, lo que no siempre era el caso. La Oficina presentaba informes acerca de la cantidad aprobada, la cantidad recibida y la cantidad realmente ejecutada para que los Estados Miembros pudieran saber en qué medida había sido posible ejecutar el presupuesto de conformidad con sus prioridades.

76. En cuanto a las metas con respecto al impacto, señaló que podría requerir considerable tiempo observar el progreso en relación con algunos fenómenos como la mortalidad y las brechas en la equidad. Aseguró al Comité que los técnicos de la Oficina estaban muy conscientes de la importancia de las metas con respecto al impacto y estaban trabajando con ahínco para lograrlas, no solo en cuanto a los fondos asignados, sino también en cuanto a los esfuerzos del personal a nivel de país. También aseguró al Comité que los resultados de la evaluación se usarían en la formulación del próximo Plan Estratégico y en el establecimiento de objetivos ambiciosos, pero realistas, para el período 2020-2025.

77. Se invitó a los Estados Miembros a que siguieran presentando sus observaciones por escrito acerca de la evaluación y el informe preliminar hasta el 15 de julio.

78. La Directora manifestó su gratitud a los Estados Miembros por su participación en la evaluación conjunta y agradeció a los que ya habían presentado sus informes. La Oficina estaba haciendo el seguimiento de aquellos que todavía no habían presentado los informes para asegurar que en el informe final acerca de la evaluación se reflejara la información de todos los países y territorios de la Región de las Américas.

79. El Comité tomó nota del informe.

Evaluación de la Política del presupuesto de la OPS (documentos CE162/12 y Add. I)

80. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una propuesta de la Oficina sobre la evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS* adoptada en el 2012. Se había informado que en esta evaluación se buscaría determinar si en el período 2014-2017 los recursos se habían asignado de conformidad con dicha política y también se extraerían las enseñanzas con respecto a su aplicación, en particular a la luz del método integrado de presupuestación adoptado en el 2016.

81. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó los informes acerca de este tema, observando que en el adendum al documento CE162/12 se encontraba el informe del evaluador externo que había estado a cargo de la evaluación. Recordó que la política del presupuesto se había aprobado en el 2012 y abarcaba el mismo período que el Plan Estratégico actual, del 2014 al 2019. Se había previsto que la política se aplicaría solo a los recursos del presupuesto ordinario, que comprendían las contribuciones señaladas y los ingresos varios presupuestados. Sin embargo, desde la adopción de esa política tanto la OMS como la OPS había pasado a un método integrado de presupuestación, en el que no había una asignación separada para el presupuesto ordinario.

82. A fin de velar porque la evaluación fuera objetiva, la Oficina había contratado a un evaluador externo. En síntesis, el evaluador había encontrado que las asignaciones presupuestarias estipuladas en la política cumplían con los principios de solidaridad, equidad y panamericanismo, además de ser congruentes con las expectativas, dado que la política se había formulado para ser aplicada solamente a los fondos del presupuesto ordinario. Sin embargo, el evaluador también encontró que sería necesario hacer revisiones considerables para que la política siguiera siendo pertinente en un contexto de presupuestación integrada. El evaluador había propuesto nueve recomendaciones para mejorar áreas clave de la política del presupuesto, como la simplificación de sus restricciones basadas en fórmulas, la preparación de informes ejecutivos bienales sobre la política del presupuesto y la inclusión de todos los procesos necesarios para cumplir con la política en los métodos de planificación y presupuestación de la OPS. La Oficina se proponía estudiar las recomendaciones y presentar un conjunto de recomendaciones de política del presupuesto a los Estados Miembros en el ciclo de las reuniones de los Cuerpos Directivos del 2019.

83. En el debate que siguió, se solicitó más información acerca de lo que se entiende por la asignación de recursos basada en el cálculo de los costos de los resultados inmediatos, que se menciona en el párrafo 24 del informe del evaluador externo. También se solicitó aclaración acerca de las consecuencias de las recomendaciones del evaluador externo para la asignación basada en las necesidades de financiamiento. Se destacó que en toda reforma de la política del presupuesto se debería procurar que los países con las mayores necesidades no fuesen afectados desfavorablemente. Se reconoció que la aplicación de fórmulas estrictas podría conducir a un proceso de presupuestación demasiado mecánico e inflexible, pero, al mismo tiempo, se señaló que sin un sistema de calificación el proceso de presupuestación podría tornarse demasiado arbitrario. Se instó a la Oficina a que buscara un punto intermedio entre esos dos extremos.

84. El señor Chambliss dijo que la referencia a las asignaciones basadas en la determinación de los costos de los resultados inmediatos estaba relacionada con el proceso de presupuestación de abajo arriba llevado a cabo tanto en la OPS como en la OMS. Al hacer el proceso inicial para determinar el nivel del presupuesto y cómo debería asignarse en las representaciones en los países y en las diversas divisiones en la sede de la OPS, la Oficina había considerado los resultados inmediatos que cada parte de la Organización

debía generar y había tratado de hacer una determinación de los costos para cada uno. A menudo había sido necesario hacer algunos ajustes luego para llegar a un presupuesto realista en cuanto al financiamiento que en verdad podría mobilizarse.

85. Con respecto a las asignaciones basadas en las necesidades, la Oficina necesitaría más tiempo para analizar las recomendaciones del evaluador externo. La pregunta sobre cómo manejar estratégicamente los asuntos del presupuesto también podría considerarse en el contexto de la formulación tanto del próximo Plan Estratégico como del Programa y Presupuesto para el bienio 2020-2021.

86. La Directora, haciéndose eco de las observaciones del señor Chambliss, solicitó a los Estados Miembros que le dieran tiempo a la Oficina para analizar a fondo el informe de evaluación y, en el 2019, proponer algunas recomendaciones con respecto a la manera de ajustar la política del presupuesto.

87. El Comité tomó nota del informe.

Nueva escala de contribuciones señaladas (documento CE162/13)

88. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité en marzo que la escala de contribuciones que la OPS aplicaría en el 2019 dependería del resultado de los debates en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) acerca de la escala de la OEA para el 2019 y de allí en adelante. También se había informado al Subcomité que en la OEA continuaban las negociaciones y que se presentaría una actualización del progreso de estas al Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión.

89. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) recordó que en el artículo 24.A de la Constitución de la OPS se estipulaba que las contribuciones de sus Estados Miembros se calcularían a la misma tasa aplicada a los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Las contribuciones de los Estados Participantes y los Estados Asociados de la OPS se calcularían sobre la base de su población. En junio del 2017, la OEA había adoptado una escala transitoria de contribuciones que actualmente se estaba revisando. La OPS había adoptado esa escala transitoria mientras aguardaba una decisión final de la OEA. Los debates estaban en curso, pero hasta la fecha no había ningún acuerdo. Recientemente, la Asamblea General de la OEA había decidido posponer una decisión acerca de modificar o no la metodología utilizada para calcular la escala actual. Hacia finales de junio, la Comisión de Asuntos Administrativos y Presupuestarios de la OEA presentaría una modificación del método de cálculo de la escala de contribuciones.

90. Se había programado un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA para octubre del 2018 y se esperaba que en esa oportunidad se adoptara una decisión final. La OPS presentaría la nueva escala para el 2019 tan pronto como la OEA tomara una decisión. Si eso no hubiese ocurrido antes del Consejo Directivo en septiembre del 2018, en el 2019 la OPS mantendría la escala del 2018, ajustada para la OPS.

91. En el debate que siguió, una delegada preguntó cuáles serían las repercusiones de la nueva escala para el presupuesto de la OPS; otra delegada pidió una aclaración acerca de la fecha en que se adoptaría la nueva escala.

92. El señor Chambliss respondió que no habría ninguna consecuencia para la OPS en cuanto al total del presupuesto procedente de las contribuciones señaladas. La escala de la OEA indicaba sencillamente los porcentajes que se esperaba que cada país pagase del total para la OPS. Señaló que, si la Asamblea General de la OEA no se reunía hasta octubre, los Estados Miembros de la OPS no podrían tratar el tema de la nueva escala en el 56.º Consejo Directivo, programado para septiembre. Sin embargo, era posible que la Oficina pudiera conocer el resultado de las deliberaciones de la Comisión de Asuntos Administrativos y Presupuestarios de la OEA un poco antes del mes de octubre y, por lo tanto, quizá pudiera suministrar información por adelantado al Consejo Directivo, aunque no se hubiese aprobado formalmente la escala.

93. La Directora aclaró que la escala de la OPS se basaba en la escala de la OEA aprobada formalmente. En el 2019, la Organización seguiría con la escala del 2018 si la OEA no había aprobado una nueva y luego, en el 2019, presentaría la escala nueva basada en la escala aprobada de la OEA.

94. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030 (documento CE162/14)

95. El doctor Luis Andrés De Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) presentó el proyecto de plan de acción y señaló que estaba en consonancia con la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, del niño y el adolescente (2016-2030)*, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. El plan también se fundamentaba en las enseñanzas extraídas de la ejecución de cuatro estrategias regionales relacionadas con la mortalidad materna y neonatal, la salud de los niños y de los adolescentes, que en ese momento se encontraban en su fase final. La meta general del plan era proteger los logros alcanzados hasta el presente y subsanar las brechas restantes para asegurar la vida saludable y el bienestar de todas las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región de las Américas.

96. El plan de acción propuesto hacía hincapié en la equidad y promovía las medidas a favor de los grupos de población que sistemáticamente sufrían mayores cargas de mortalidad y morbilidad prevenibles, en particular los pueblos indígenas, las personas de ascendencia africana, y las mujeres, los niños y los adolescentes pobres, con menor nivel de escolaridad y de zonas rurales. El plan de acción era innovador en el sentido de que combinaba ámbitos de trabajo que antes se habían abordado en cuatro estrategias y planes distintos. Era ambicioso, ya que iba más allá de la prevención de las enfermedades para abarcar la salud y el desarrollo óptimos a lo largo de todo el curso de la vida. Asimismo,

promovía el uso eficiente de los recursos mediante el abordaje de los factores comunes de riesgo y los determinantes de la salud de los grupos vulnerables.

97. Además de las actividades transversales, se haría énfasis específicamente en abordar la mortalidad y la morbilidad infantiles, y promover el desarrollo físico, emocional y cognoscitivo de todos los niños. La mortalidad de los adolescentes se abordaría mediante la ampliación a mayor escala de actividades basadas en la evidencia para mejorar la salud mental, reducir la violencia y fomentar modos de vida saludables y ambientes sin riesgos. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las mujeres de todas las edades seguiría siendo una prioridad, igual que la reducción de la mortalidad materna.

98. En el debate que siguió, los delegados reconocieron la armonización del plan con la estrategia mundial y recibieron con beneplácito la importancia asignada a abordar las necesidades de los grupos vulnerables y la atención que se daba a cuestiones como la nutrición, la educación, el saneamiento básico y la infraestructura de atención de salud. La mortalidad materna se consideraba como un asunto de especial interés. En ese sentido, un delegado expresó satisfacción por el reconocimiento que se hacía en el plan de la función de las parteras. Los delegados destacaron la importancia de continuar las iniciativas regionales para abordar los obstáculos sociales, culturales y de género que limitaban la demanda de atención de salud de calidad y el acceso equitativo a ella. Había consenso generalizado acerca de la importancia de adoptar un enfoque multisectorial integrado de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, y de la necesidad de eliminar las inequidades en materia de salud; reducir la violencia, especialmente los homicidios; eliminar la explotación sexual; abordar los problemas de salud mental; y fortalecer los sistemas de recopilación de datos y de información para mantener los logros, avanzar y no permitir que nadie se quedara atrás. Varios delegados expresaron la disposición de su país a intercambiar las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas.

99. Los Estados Miembros tenían opiniones dispares en cuanto al tema de la salud sexual y reproductiva, así como de los derechos reproductivos. Una delegada afirmó que la protección y la promoción de los derechos de la mujer y las niñas, en especial su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos, era una plataforma fundamental para el empoderamiento. Otra delegada afirmó que, si bien su delegación brindaba apoyo a los programas de salud y de educación que facultaban a las adolescentes para evitar los riesgos sexuales y prevenir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual, no podía aceptar el uso de las expresiones como “servicios de salud sexual y reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos” en ningún contexto, ya que esos términos ahora tenían ciertas connotaciones y se estaban usando para promover el aborto y el derecho al aborto. La misma delegada pasó a decir que, aunque su país era un defensor incondicional de la salud maternoinfantil y la planificación familiar y apoyaba la planificación familiar voluntaria e informada, no reconocía el aborto como un método de planificación familiar ni apoyaba el aborto en sus actividades mundiales de asistencia a la salud.

100. Aunque varios delegados apoyaban el plan de acción según se proponía en el documento CE162/14, otros expusieron algunas críticas. Al tiempo que reconocía la complejidad de formular un plan de acción multisectorial, un delegado señaló que el plan

carecía de definiciones, metodologías y hasta de un lenguaje claro; además, se había omitido la perspectiva de género. Faltaban también datos e indicadores, entre otros, aquellos indicadores que estaban fuera del control del sector de la salud; por otro lado, opinaba que algunas de las metas del plan eran problemáticas. Además, no quedaba claro cómo se vinculaba el plan de acción con otras iniciativas de la OPS. Otros delegados se hicieron eco de esas inquietudes. Una delegada subrayó la importancia de utilizar los mecanismos existentes de seguimiento y presentación de información con el objeto de evitar la duplicación de esfuerzos y la carga que representaba para los Estados Miembros la presentación de más información. Otra delegada pidió que se hicieran estudios a fin de determinar el costo del plan.

101. Al observar los puntos débiles del plan de acción y el hecho de que no se habían atendido debidamente los problemas planteados por varios países durante la consulta técnica celebrada en Panamá, varios delegados sugirieron que deberían seguir las consultas con los Estados Miembros acerca del plan en los meses que faltaban para el Consejo Directivo. Varios delegados indicaron que presentarían otras observaciones por escrito.

102. El doctor De Francisco Serpa agradeció a los Estados Miembros su apoyo al plan de acción propuesto. Al mencionar diversas cuestiones planteadas por los delegados, subrayó la importancia de adaptar la estrategia mundial a la situación de la Región y de velar por la continuidad del trabajo ya realizado a lo largo de los seis años anteriores en materia de salud de los adolescentes y de reducción de la mortalidad materna e infantil. Asimismo, observó la necesidad de abordar el problema de la violencia, en especial en los adolescentes, y afirmó la importancia de contar con datos desglosados y de determinar cuáles son los sistemas adecuados para medir las desigualdades.

103. Señaló que el plan de acción establecía con claridad que el aborto no era un método de planificación familiar. Estuvo de acuerdo en que la educación era sumamente útil para prevenir los riesgos, y agregó que era necesario adoptar un enfoque positivo para cambiar los comportamientos cuando se trabajaba en escuelas, lugares de trabajo y comunidades. Reconoció la importancia de aprender de las experiencias de otros países e indicó la disposición de la Oficina a incluir una perspectiva de género más explícita en el plan.

104. La Directora observó que los adolescentes se encontraban particularmente en riesgo debido a diversos factores como el abuso del alcohol y el consumo de sustancias psicotrópicas, la violencia y la falta de habilidades para la negociación y la resolución de conflictos. La atención las necesidades de la población adolescente exigía un enfoque multisectorial. El desglose de los datos era esencial para poder detectar a aquellos grupos a los que todavía no se había llegado y diseñar intervenciones para lograrlo. Además, era necesario reorientar considerablemente los programas de salud para satisfacer las necesidades de la población adolescente.

105. Señaló que se habían efectuado consultas acerca del plan de acción, pero que, en consideración de la complejidad y la importancia de los temas planteados por el Comité, creía que era necesario dar a los Estados Miembros más tiempo para la consulta. Con esta finalidad, podría formarse un grupo de trabajo o llevarse a cabo otras consultas con grupos

subregionales, después de lo cual podría organizarse una consulta regional. El objetivo era llegar al Consejo Directivo con un plan de acción maduro que se hubiera beneficiado de la participación y los aportes de los Estados Miembros y la sociedad civil.

106. El Comité estuvo de acuerdo en formar un grupo de trabajo que se reuniese entre la 162.^a sesión del Comité Ejecutivo y el 56.^o Consejo Directivo, abierto a la participación de todos los Estados Miembros, a fin de continuar las deliberaciones sobre el plan de acción.

Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030 (documento CE162/15)

107. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) presentó el tema y observó que el cáncer cervicouterino era la principal causa de muerte en once países de la Región y la segunda causa principal en doce. Esas cifras eran alarmantes dado que el cáncer cervicouterino era en gran parte prevenible mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), además del tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas. La OPS había llevado prestando cooperación técnica en relación con el cáncer cervicouterino por más de 20 años. El informe final acerca de la estrategia y el plan de acción anterior se había presentado a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017, en cuyo momento se había solicitado a la Oficina que elaborara un nuevo plan de acción acerca del cáncer cervicouterino.

108. El nuevo plan, formulado con aportes de expertos y otros colaboradores, se fundamentaba en los compromisos institucionales establecidos en los planes de acción acerca de las enfermedades no transmisibles, la inmunización, y la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). En el plan se contemplaba un futuro en el cual se eliminaría el cáncer cervicouterino como problema de salud pública mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y de prevención de las ITS, a las vacunas contra el VPH, al tamizaje y a los servicios de tratamiento eficaz de las lesiones precancerosas, el tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor y los cuidados paliativos. En consonancia con el llamamiento del Director General de la OMS para poner fin al cáncer cervicouterino hecho en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018, el plan de acción proponía cuatro líneas de acción encaminadas a alcanzar la meta de reducir en una tercera parte la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino para el 2030. Si se aprobaba, el plan se ejecutaría en estrecha colaboración con las organizaciones asociadas del sistema de las Naciones Unidas, otros organismos internacionales, grupos profesionales y organizaciones de la sociedad civil.

109. En el debate que siguió, los delegados reconocieron que el cáncer cervicouterino era un grave problema de salud pública que afectaba en particular a las mujeres de las comunidades vulnerables. Al declarar su compromiso con la prevención y el control del cáncer cervicouterino, los delegados observaron que, si bien los avances regionales eran alentadores, también era importante mantener el impulso y acelerar el progreso. Se señaló que eran necesarios la vigilancia constante y el mejoramiento de los registros de salud para

asegurar que las mujeres tuvieran acceso al tratamiento oportuno y apropiado. Había apoyo general para el plan, aunque una delegada pidió que se modificara la redacción para adaptarla a la situación de los Estados federados. Al señalar que muchos países no tenían programas específicos contra el cáncer cervicouterino, otra delegada preguntó por qué no había ningún plan para otros tipos de cáncer, en especial el cáncer de mama, y subrayó la necesidad de adoptar una estrategia integrada de salud de la mujer.

110. Hubo consenso acerca de la necesidad del acceso universal a la atención integral y de la importancia de la inmunización. En cuanto a esta última, un delegado pidió que se emprendieran investigaciones dirigidas a determinar cuál era la mejor manera de llegar hasta toda la población adolescente y vacunarla, mientras que otra delegada destacó la necesidad de contar con programas de vacunación financiados con fondos públicos para niñas y niños, así como de las iniciativas para combatir las ideas erróneas que circulaban con respecto a la vacuna contra el VPH. Los delegados reconocieron la necesidad de aprovechar el Fondo Rotatorio para adquirir vacunas a precios asequibles y tener acceso a las pruebas rápidas y a los medicamentos y la tecnología necesarios. Varios destacaron la importancia del acceso equitativo a la atención inmediata, como la estrategia “ver y tratar”, junto con el uso de la ciber salud, la salud móvil y los sistemas de información fortalecidos, lo que incluía la aplicación de números únicos de identificación, de manera de asegurar que ninguna mujer se perdiese durante el seguimiento luego de haber tenido una lesión precancerosa o de haber recibido un diagnóstico de cáncer.

111. Un delegado pidió una aclaración acerca de cómo se llevaría a la práctica a nivel de país la línea estratégica 4, relativa al mejoramiento del acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer. Otro delegado sugirió que el plan de acción debería incluir una campaña de comunicación masiva dirigida a la comunidad académica, los profesionales de la salud y la comunidad en general para divulgar información acerca de los factores de riesgo y de protección, además de promover el acceso oportuno a los servicios de salud para el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino. Propuso además que las pruebas de ADN para el cáncer cervicouterino deberían estar disponibles por conducto del Fondo Estratégico de la OPS para permitir que los países se beneficiaran de las compras centralizadas.

112. El doctor Hennis expresó su agradecimiento por las respuestas positivas del Comité a la estrategia y plan de acción propuesto. Estuvo de acuerdo en cuanto a la necesidad de la vigilancia y el tamizaje de la población y a la utilidad de los números únicos de identificación a fin de permitir la vinculación de los registros y, por lo tanto, tener la opción de hacer el seguimiento de las mujeres a quienes se les hubieran hecho las pruebas. Al reconocer la importancia de la inmunización, señaló que el cáncer cervicouterino representaba una oportunidad de eliminar por primera vez una enfermedad no transmisible y observó que la Región de las Américas estaba muy adelantada en ese sentido.

113. Con respecto a la prueba para el cáncer cervicouterino, el doctor Hennis informó que en la Región se estaba utilizando GeneXpert para hacer las pruebas de otras enfermedades y que esto quizá ofrecería una oportunidad para el tamizaje de cáncer

cervicouterino. Sin embargo, el asunto exigiría un mayor debate, así como la evaluación de las necesidades y las exigencias de los Estados Miembros. Estuvo de acuerdo en que era importante la disponibilidad de pruebas rápidas, en particular para las mujeres de zonas remotas, y afirmó que la Oficina colaboraría muy de cerca con los Estados Miembros para contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud y, por ende, a mejorar el acceso a los servicios para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.

114. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) explicó en mayor detalle el tema de los medicamentos ofrecidos por conducto del Fondo Estratégico de la OPS. Señaló que el acceso a los medicamentos oncológicos era quizás uno de los mayores retos afrontados por los programas contra el cáncer en la Región. Agregó que en el 2013 la Directora había aprobado la incorporación de una lista de medicamentos para las ENT, que incluía los oncológicos, que podían adquirirse a través del Fondo Estratégico. La Oficina había trabajado activamente con los Estados Miembros para determinar sus necesidades, y esto había dado lugar a costos más bajos y mayor acceso a esos medicamentos.

115. Sin embargo, la estructura descentralizada de los programas contra el cáncer en la Región, la mayoría de los cuales eran programas especializados administrados por los hospitales, había generado dificultades para consolidar la demanda de los productos incluidos en una lista común de medicamentos oncológicos. Otro reto estribaba en los mecanismos de protección financiera exigidos para garantizar el acceso a los tratamientos contra el cáncer; muchos no se financiaban con fondos públicos, sino por medio de los seguros médicos o del gasto directo sufragado por los pacientes. La Oficina seguiría colaborando con los países para mejorar el acceso a los tratamientos contra el cáncer.

116. La Directora agradeció los Estados Miembros por haber solicitado a la Oficina que elaborara el plan de acción y por reconocer las medidas necesarias para abordar la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino, una enfermedad que afectaba desproporcionadamente a las mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales. Era posible lograr avances reales para eliminar el cáncer cervicouterino, pero se necesitaría un nuevo enfoque. Uno de los obstáculos principales para reducir la incidencia y la prevalencia del cáncer cervicouterino era el hecho de que algunas mujeres se veían obligadas a caminar largas distancias para llegar a un establecimiento de salud y tener acceso a la prueba de Papanicolaou. A menudo, esas mujeres regresaban a su casa sin haber recibido un diagnóstico y era imposible encontrarlas luego para hacer el seguimiento. Era imperativo determinar por qué no había comunicación con esas mujeres después de la prueba y lo que podría hacerse para mejorar su acceso a la atención médica y el tratamiento. Sería necesario que los países adoptaran medidas decisivas e hicieran las inversiones pertinentes. Había métodos de tamizaje asequibles. Aunque estos métodos quizá no fuesen exactamente los preferidos por los Estados Miembros, era necesario utilizar otros, distintos de la prueba de Papanicolaou, para llegar a los grupos más afectados y lograr que nadie se quede atrás.

117. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R2, en la cual se recomendó que el Consejo Directivo aprobara 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 CE162/16)

118. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el plan de acción propuesto, afirmando que la disponibilidad, distribución, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud eran factores fundamentales que debían atenderse si los países de la Región de las Américas querían lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Aunque las estimaciones diferían considerablemente, había consenso en cuanto a la grave escasez de recursos humanos para la salud en la Región. Persistían las desigualdades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal en el ámbito de la salud entre los países y dentro de ellos, entre los diferentes niveles de la atención, y entre el sector público y el privado. La situación se caracterizaba además por las tasas bajas de retención en las zonas rurales y subatendidas, la movilidad y migración elevadas, en particular desde el Caribe, la especialización excesiva en los servicios de atención terciaria, y las condiciones de trabajo precarias, todo lo cual estaba obstaculizando la ampliación gradual de los servicios de salud, en particular en el primer nivel de atención.

119. En el plan de acción se proponía un conjunto específico de objetivos e indicadores para brindar apoyo, guiar y dar seguimiento a la aplicación de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, adoptada por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017. El plan se había preparado luego de consultas con los Estados Miembros y las subregiones, que habían indicado la necesidad de contar con indicadores seleccionados a fin de reflejar las prioridades y el contexto propios de cada país. Se había elaborado luego del reconocimiento de que era indispensable disponer de un conjunto de políticas, reglamentos e intervenciones para fortalecer la gobernanza y la acción intersectorial, con miras a formar al personal de salud adecuado para el siglo XXI. En el plan se proponían indicadores que brindarían apoyo a la distribución más equitativa de los recursos humanos con las capacidades necesarias. Por último, orientaría a los Estados Miembros en la organización de la capacitación de los recursos humanos para responder a las necesidades de los sistemas de salud que estaban experimentando una transformación como parte de las iniciativas hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

120. En el debate del Comité acerca del plan de acción propuesto, los delegados recibieron con beneplácito la importancia asignada a los contextos y las prioridades nacionales. Se señaló, sin embargo, que no todos los indicadores del plan se aplicaban a todos los países y varios delegados solicitaron aclaración en cuanto a qué indicadores se aplicaban a qué países. Una delegada observó que sería difícil que su país informara acerca de indicadores que necesitaban datos nacionales, ya que las diferentes responsabilidades jurisdiccionales de los gobiernos federales, provinciales y territoriales del país hacían que la recopilación de información fuera una tarea compleja. Otro delegado señaló que los países entendían de maneras diferentes algunos de los conceptos abordados en los indicadores, como la acreditación. Una tercera delegada, refiriéndose al indicador 2.4.1, dijo que, si bien su país apoyaba la idea del diálogo multilateral sobre el tema de la

migración del personal en la esfera de la salud, no podía comprometerse a adoptar el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*.

121. Varios delegados reconocieron que las líneas estratégicas del plan se referían a los aspectos 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. Una delegada sugirió que el plan debería hacer más hincapié en el mejoramiento de la formación para los profesionales de salud, poniendo de relieve un enfoque de derechos humanos, género e intercultural, e inculcando respeto hacia las diferencias en los futuros profesionales. También abogó por que se prestara más atención a la función del sector laboral en la reglamentación de las condiciones de trabajo para los profesionales de salud.

122. Otro delegado dijo que la experiencia de su país había mostrado que un sistema de atención de salud basado en el mercado se centraba más en el paciente y aportaba atención de salud de mejor calidad para un mayor número de personas y de manera más oportuna que un enfoque centrado en el gobierno. Señaló que los países que trabajaban para lograr el acceso universal debían hacerlo de conformidad con sus propios contextos y prioridades nacionales, y sugirió que se agregara en la línea estratégica de acción 3 texto que indicara que las alianzas publicoprivadas que aumentasen la capacidad del personal en el ámbito de la salud mediante la educación y la capacitación basada en la evidencia podían ser una herramienta para que los Estados Miembros impulsaran el cambio del paradigma y acelerasen la transformación hacia la prestación de atención de salud oportuna, de alta calidad y de vanguardia.

123. Varios delegados describieron las actividades de su respectivo país en la formación de recursos humanos para la salud y ofrecieron transmitir las mejores prácticas a otros países de la Región. La Delegada de Canadá señaló que su país podría ofrecer pericia basada en su experiencia con la cobertura universal de salud legislada, y las mejores prácticas y enseñanzas extraídas de una iniciativa de educación interprofesional para la práctica colaborativa centrada en el paciente. El Delegado de Estados Unidos, a su vez, destacó el trabajo realizado en relación con la línea estratégica de acción 3 por conducto de su programa de becas y reintegro de préstamos. Observó que Estados Unidos suministraba financiamiento y ayuda a los estudiantes que seguían carreras en las profesiones de salud, y que los alentaban a prestar servicios de atención de salud en comunidades desatendidas. Varios delegados indicaron que presentarían otras observaciones por escrito.

124. El doctor Fitzgerald recordó que el objetivo de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, adoptada el año anterior, era abordar los principales problemas que los países de la Región estaban enfrentando para asegurar la disponibilidad, la calidad y la distribución apropiada de los recursos humanos requeridos para la transformación de los sistemas de salud según lo estipulado de acuerdo con la estrategia. Era importante destacar que el plan se había

fundamentado en la equidad, la solidaridad y el logro del grado máximo de salud posible, como sus principios y valores esenciales.

125. La igualdad de oportunidades era un tema clave. En el período de consulta con los países, la Oficina había estado muy consciente de la necesidad de conseguir que los temas de equidad de género, etnicidad y raza se abordaran en el plan. La Oficina analizaría nuevamente esos temas con miras a reflejarlos mejor en el documento. El componente intersectorial era uno de los elementos innovadores del plan de acción. Las estrategias y los planes de acción anteriores sobre los recursos humanos para la salud se habían centrado básicamente en el sector de la salud. Sin embargo, debido a que el sector de la salud no era el principal sector que formaba al personal en el ámbito de la salud, se debían forjar vínculos con los sectores de la educación y el trabajo. Una conferencia regional que se celebraría en Brasil más adelante en el 2018 reuniría a los representantes de los diversos sectores participantes en la preparación de la fuerza laboral de salud y en la reglamentación de su calidad.

126. La Oficina reconocía el potencial de las alianzas publicoprivadas para atender las necesidades de personal en la esfera de la salud y ampliar el acceso a la atención, en especial en las zonas rurales subatendidas, donde un enfoque basado en el mercado quizá no pudiera prestar los servicios necesarios y los servicios del sector privado posiblemente no fueran viables económicamente. Las alianzas publicoprivadas en el sector de la educación también podrían ser fundamentales para formar al personal necesario en el área de salud.

127. Con respecto al tema de la migración de personal del área de salud, el doctor Fitzgerald señaló que algunos países, especialmente en el Caribe, habían experimentado la migración masiva de enfermeras y médicos hacia países donde esos profesionales podían conseguir mejores sueldos y condiciones de trabajo. Como resultado, en el transcurso de la consulta acerca del plan de acción en el Caribe se había debatido ampliamente cómo podría abordarse el problema en cuanto a las estrategias para la retención y la reglamentación. Los Estados Miembros del Caribe habían solicitado que la Oficina incluyera un indicador acerca de la movilidad y la migración del personal de salud, con una mención específica del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*.

128. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R3 en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023 (documento CE162/17, Rev. 1)

129. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de Salud, OSP) presentó el plan de acción propuesto, que abordaba la necesidad de prevenir la propagación de las principales enfermedades transmitidas por vectores en la Región por medio del control de vectores como *Anopheles darlingii*, el vector principal de la malaria, y *Aedes aegypti*, el vector del

dengue, el chikunguña, la infección por el virus del Zika y otras enfermedades. La fiebre amarilla era una enfermedad reemergente, transmitida en su ciclo selvático por los mosquitos del género *Haemaphysalis* y *Sabethes*, pero persistía el riesgo de transmisión urbana por *Aedes*. Además, otras enfermedades transmitidas por vectores, como la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, seguían siendo graves problemas de salud pública.

130. El plan de acción era el resultado de un proceso participativo que había comenzado con un debate en el Grupo Consultivo Técnico de la OPS (GCT) sobre Entomología en Salud Pública y Control de Vectores. Tras ese debate, se había llevado a cabo una reunión de expertos en Belice en marzo del 2018 y una consulta en la web, en la que se dio a conocer a los Estados Miembros una versión preliminar del plan de acción. En abril, en una reunión celebrada en Guatemala para examinar la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales*, se había presentado y tratado la versión preliminar con los representantes de 19 países. También se había presentado en una reunión acerca de la enfermedad de Chagas, en la cual habían participado los Estados Miembros, representantes de la comunidad académica e investigadores. Por último, se había celebrado un taller el día 24 de mayo en Miami.

131. El objetivo del plan de acción era fortalecer la capacidad regional y nacional para la prevención y el control de vectores y, de ese modo, disminuir la propagación de las enfermedades transmitidas por vectores. En el plan se establecían cinco líneas de acción: integración a varios niveles, gobierno y comunidad, programas y sistemas de control de vectores, herramientas e intervenciones, y fuerza laboral y capacitación.

132. Los delegados recibieron con agrado el plan de acción y encomiaron su enfoque interinstitucional e intersectorial. Se consideró que el plan era una herramienta importante que estaba en consonancia con los mandatos de la OPS. Varios delegados describieron el progreso de sus respectivos países en la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores. Los delegados reconocieron la importancia de fortalecer la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores más allá de las fronteras nacionales, y declararon su voluntad de colaborar con los asociados internacionales a fin de detener la propagación de las enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades tropicales desatendidas. Se aplaudieron las iniciativas exitosas emprendidas por Paraguay para eliminar la malaria dentro de sus fronteras.

133. Reconociendo que las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, el dengue, el zika, el chikunguña, la fiebre amarilla y la enfermedad de Lyme eran graves problemas de salud pública, los delegados mencionaron el cambio climático, la migración, el turismo a las zonas endémicas, el crecimiento urbano, la resistencia a los insecticidas y las desigualdades como algunas de las razones principales de la propagación y agregaron que los grupos en condiciones de vulnerabilidad eran los más afectados. Varios delegados señalaron que la poca visibilidad de las enfermedades transmitidas por vectores también era uno de los factores. Hubo consenso en la necesidad de una mayor concientización del público, aumento de la vacunación y del manejo integrado de vectores, seguimiento de la resistencia a los insecticidas, vigilancia regular de las zonas de alto riesgo y el agregado de

entomólogos a los equipos del control de vectores, todo lo cual implicaba contar con mayor financiamiento. Con respecto al seguimiento de la resistencia a los insecticidas, un delegado observó la necesidad de contar con suministros que actualmente solo podían adquirirse en un país y que había que redoblar los esfuerzos para fortalecer la capacidad de los países de aumentar el suministro.

134. El doctor Espinal reconoció las iniciativas de los países para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por vectores. Al observar que Brasil, país que había experimentado epidemias graves de dengue, chikunguña y del virus del Zika, estaba a la vanguardia de la lucha para controlar los vectores de esas enfermedades, destacó el trabajo de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en esa esfera e informó que la Oficina había estado trabajando estrechamente con la Fundación, el Ministerio de Salud brasileño y otros asociados para abordar el complejo problema del control de vectores. Por otro lado, la Directora había fortalecido el equipo de control de vectores en la Sede: además de los tres entomólogos internos, había una nómina de entomólogos externos que estaban preparados para ayudar a los Estados Miembros.

135. Reconoció la validez de las observaciones acerca del cambio climático y la naturaleza multisectorial del control de vectores, y señaló que estos temas se tenían en cuenta en el plan de acción. Luego de informar al Comité que había algunas vacunas nuevas que se encontraban en desarrollo, agregó que el futuro de las nuevas herramientas de control de vectores era muy prometedor. Observó que el Grupo Consultivo de la OMS sobre Control de Vectores se había reunido en mayo y había examinado 18 posible nuevas herramientas. Sin embargo, antes de que esas herramientas pudieran comercializarse era importante determinar si, además de su repercusión entomológica, podrían tener repercusiones ambientales y epidemiológicas.

136. La Directora señaló que, en los cinco años anteriores, la Región había sufrido epidemias de dos enfermedades emergentes, el zika y el chikunguña, que se habían propagado rápidamente, a un enorme costo económico y social. La malaria todavía era endémica en 21 países y las actividades para eliminarla darían lugar a enormes retos, tanto económicos como sociales. Era esencial trabajar en el control de vectores, lo que requeriría una firme voluntad política, el reconocimiento de la necesidad de las inversiones y la participación sostenida de otros sectores. Era fácil conseguir la participación de otros sectores cuando había un brote de alguna enfermedad; sin embargo, garantizar la participación multisectorial sostenida a menudo resultaba muy difícil. Al subrayar la necesidad de organizar una respuesta regional, recordó que, en 1937, los Cuerpos Directivos habían aprobado una resolución en la que se hacía un llamamiento para la eliminación del dengue; sin embargo, esta enfermedad todavía estaba presente en la Región. Era indispensable contar con la participación de todos los Estados Miembros si se quería que el plan de acción sobre entomología y control de vectores tuviera éxito.

137. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R4, en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

Asuntos administrativos y financieros***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE162/18 y Add. I)***

138. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) dijo que le complacía informar que ningún Estado Miembro tenía atrasos en el pago de sus contribuciones hasta el punto de que pudiera estar sujeto a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Sin embargo, un Miembro Asociado estaba atrasado en sus pagos desde el 2015. Trece Estados Miembros habían pagado el total de sus contribuciones correspondientes al 2018, mientras que ocho habían efectuado pagos parciales para este año. Agradeció a esos Estados Miembros por su compromiso con la Organización. Al 15 de junio, 21 Estados Miembros no habían efectuado ningún pago correspondiente al 2018. Un total de \$2,4 millones estaba pendiente en concepto de pago de contribuciones señaladas correspondientes a años anteriores. El recibo oportuno de las contribuciones señaladas era fundamental para el trabajo de la Organización; por eso, instaba a los Estados Miembros que tenían contribuciones pendientes a que las pagaran con la mayor rapidez posible.

139. La Directora agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado sus pagos oportunamente. Al reiterar que la Organización dependía en gran medida de recibir oportunamente las contribuciones señaladas para ejecutar su trabajo, instó a los Estados Miembros que no las habían pagado en su totalidad a que efectuaran los pagos pendientes.

140. El Comité aprobó la resolución CE162.R1, en la que se agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado pagos correspondientes al 2018 y se instó a los demás Estados Miembros a que pagaran cuanto antes todas sus contribuciones pendientes.

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

141. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una versión preliminar sin auditar del Informe Financiero. Se había informado al Subcomité que los ingresos consolidados de la Organización para el 2017 habían totalizado más de \$1.500 millones y que las contribuciones señaladas de la OPS correspondientes al 2017 habían sumado \$96,4 millones, la misma cantidad que en el 2016. También se había informado al Subcomité que la Oficina había previsto un excedente presupuestario de \$1 millón y un excedente de ingresos de \$5,7 millones para el bienio (véanse los párrafos 166 a 167 y 168 a 172 a continuación). El Subcomité había recibido con agrado las tendencias positivas observadas en los fondos de la Organización y felicitó a la Oficina por su gestión financiera sólida. Se había solicitado que en el informe que se presentaría al Comité Ejecutivo, la Oficina incluyera un desglose del financiamiento por categoría e información acerca de cómo se habían llevado a la práctica las recomendaciones pasadas del Auditor Externo, así como la manera en que se aplicarían las recomendaciones formuladas respecto del Informe Financiero del 2017.

142. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Recursos Financieros, OSP) presentó un panorama del Informe Financiero del Director, que incluía las cifras sobre los ingresos y el gasto total, la recaudación de las contribuciones señaladas, las contribuciones voluntarias y las compras efectuadas en nombre de los Estados Miembros. Señaló que, por primera vez, se había utilizado el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) para saldar las cuentas financieras correspondientes al bienio que había finalizado en el 2017. Además, se había aplicado la Norma 39 de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS), que exigía la presentación inmediata de un informe sobre las obligaciones resultantes de las prestaciones de los empleados. Como resultado de ese cambio, se habían rectificado algunas cifras correspondientes al 2016, a fin de permitir la comparación con otros años.

143. Los ingresos totales consolidados en el 2017 habían ascendido a \$1.508 millones, cifra alrededor de 4% mayor que la del 2016. Sin embargo, los ingresos totales en el bienio 2016-2017 habían sido de unos \$200 millones menos que en el bienio anterior. La disminución se debía a las fluctuaciones en los ingresos procedentes de las contribuciones voluntarias nacionales, que a su vez eran el resultado de las fluctuaciones de los tipos de cambio. Los gastos en el bienio 2016-2017 habían sumado \$2.939 millones. En el 2016, los ingresos totales habían excedido el gasto total en \$21,4 millones, mientras que, en el 2017, el gasto total había sido superior a los ingresos totales en \$2 millones, con lo cual la Organización había registrado un excedente de más de \$19 millones para el bienio. Las compras de suministros, productos básicos y materiales habían representado la mayor parte del gasto en el 2017. La gran mayoría de esas compras se habían hecho mediante los fondos de compras de la Organización. Las transferencias y las subvenciones a las contrapartes habían representado la segunda porción más grande de los gastos. La mayoría de esas transferencias habían ido al proyecto Mais Médicos, que se financiaba por medio de contribuciones voluntarias nacionales.

144. Los pagos de las contribuciones señaladas actuales y de años anteriores recibidos en el 2017 habían sumado \$58,4 millones y \$40,1 millones, respectivamente; 27 Estados y territorios habían pagado el total de su contribución señalada para el año, siete habían efectuado pagos parciales, mientras que ocho no habían efectuado pago alguno. Los pagos de contribuciones señaladas atrasadas habían ascendido a \$44,4 millones a fines del 2017, un aumento de \$4 millones con respecto al 2016. El total de las contribuciones voluntarias había aumentado de \$53,9 millones en el 2016 a \$73 millones en el 2017, con lo cual se había revertido la tendencia a la baja registrada en años recientes. El valor de las compras en nombre de los Estados Miembros había aumentado de \$678,5 millones en el 2016 a \$684,8 millones en el 2017, la cantidad más alta en historia de la Organización.

145. Observando que el año en curso marcaba el final del mandato del Tribunal de Cuentas de España como Auditor Externo de la OPS, el señor Puente Chaudé manifestó su agradecimiento al equipo de auditores por su excelente trabajo, su profesionalismo e independencia, y sus útiles recomendaciones, que habían ayudado a mejorar los procesos de la Oficina, la calidad de sus informes y su rendición de cuentas a los Estados Miembros.

Informe del Auditor Externo correspondiente al 2017

146. El señor Ramón Álvarez de Miranda García (Presidente, Tribunal de Cuentas de España), al presentar el informe del Auditor Externo, recordó que, durante su mandato de seis años, el Tribunal de Cuentas de España había efectuado auditorías en la sede de la OPS y en 12 representaciones en los países. También había realizado actividades de auditoría en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). En el transcurso de su mandato, el Auditor Externo había formulado un total de 658 recomendaciones, 47 de las cuales todavía estaban en ejecución; de estas últimas, 35 correspondían al 2017. La tasa general de aplicación de las recomendaciones de las auditorías había sido de 92,86%.

147. Las conclusiones principales del trabajo del Auditor Externo en el 2017 podían encontrarse en la Opinión del Auditor Externo y en el informe detallado sobre la auditoría de los estados financieros correspondientes al 2017. El equipo de auditoría estaba agradecido al personal de la Oficina por su apoyo y cooperación, y a los Estados Miembros de la OPS por la confianza que habían depositado en el Tribunal de Cuentas de España.

148. El señor José Luis Cea Claver (Director Técnico, Tribunal de Cuentas de España) informó que los auditores habían llegado a la conclusión de que los estados financieros de la Organización reflejaban con exactitud la situación financiera, así como los resultados de las operaciones y los flujos de efectivo para el ejercicio financiero concluido el 31 diciembre del 2017, y que los estados se habían preparado de conformidad con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público y las Reglas Financieras y el Reglamento Financiero de la OPS. Por consiguiente, el Auditor Externo había emitido una opinión favorable o “sin modificaciones” sobre los estados financieros correspondientes al 2017.

149. El señor Alfredo Campos Lacoba (Subdirector Técnico, Tribunal de Cuentas de España), destacando las cifras del examen financiero contenido en el informe detallado, señaló que la Organización había concluido el 2017 con un déficit de \$2 millones, mientras que en el 2016 había registrado un excedente de \$21,4 millones. Los ingresos totales habían aumentado en 4% con respecto al 2016 y el gasto total había subido en 5,8%. Sin embargo, debido a que los presupuestos de la Organización abarcaban un período de dos años, ni el déficit del año en curso ni el excedente del año anterior eran significativos. El aumento en la cifra de los ingresos se relacionaba principalmente con las contribuciones voluntarias, que habían aumentado en \$42,7 millones, o 7,5%, en comparación con el 2016. El aumento de los gastos se debía principalmente al aumento en el uso de servicios contractuales, la compra de suministros y materiales, y las transferencias y subvenciones a contrapartes. Los ingresos varios habían disminuido de \$23 millones en el 2016 a \$16,1 millones en el 2016. En términos generales, la OPS contaba con recursos para cubrir sus obligaciones financieras actuales y sus pasivos por prestaciones a los empleados en el corto plazo, aunque el financiamiento futuro de las prestaciones seguiría siendo un reto a mediano y largo plazo.

150. Luego resumió las recomendaciones propuestas en el informe, que incluían diversas medidas encaminadas a mejorar los procedimientos de control interno y otros aspectos del proyecto Mais Médicos; corrección de fallas en el Sistema de Información Gerencial de la OSP, incluidas las operaciones manuales fuera del sistema; y la mejora de la ejecución del Programa y Presupuesto, además del desarrollo de herramientas para evitar la acumulación de gastos al final de un bienio. Observó que la Oficina había respondido de manera positiva a todas las recomendaciones pasadas del Auditor Externo, incluso aquellas relacionadas con el proyecto Mais Médicos y el PMIS, lo que demostraba su compromiso con la mejora de sus sistemas y procedimientos.

151. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el dictamen de auditoría sin modificaciones y agradeció al Tribunal de Cuentas de España su labor como Auditor Externo de la Organización. Los delegados felicitaron a la Oficina por su capacidad de respuesta a las recomendaciones de auditorías anteriores, y la instaron a llevar a la práctica las recomendaciones propuestas en el Informe del Auditor Externo correspondiente al 2017. Se elogió el trabajo de la Oficina para evitar las defunciones maternas por hemorragia posparto, al igual que su apoyo a los países afectados por los numerosos desastres naturales que habían ocurrido en el 2017.

152. Se expresó preocupación acerca del déficit registrado en el 2017 y del aumento de 5,8% de los gastos. Se pidió a la Oficina que explicara a qué se debía el aumento significativo de los gastos de viaje y se la instó a usar las herramientas tecnológicas modernas, como las reuniones virtuales, para facilitar el intercambio de información y la prestación de asistencia técnica. También se la instó a que mejorara las prácticas de gestión financiera a fin de evitar la acumulación de gastos al final del bienio, de acuerdo con la recomendación número 10 del Auditor Externo. Se mencionó el aumento de 20% de las obligaciones, así como la considerable brecha de financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio (ASHI, por su sigla en inglés). Se solicitó a la Oficina que indicara qué medidas podrían tomarse para garantizar el financiamiento total de esa obligación.

153. Una delegada, al tiempo que reconocía que la Oficina había adoptado medidas para abordar el tema recurrente de las contribuciones voluntarias no ejecutadas, subrayó la necesidad de resolver el problema para evitar tener que devolver fondos a los donantes. Otro delegado, al observar que el Auditor Externo había recomendado evitar el uso de subvenciones o de partidas presupuestarias generales para financiar actividades que se encontraban dentro del alcance del proyecto Mais Médicos, preguntó qué partidas presupuestarias se habían usado para esa finalidad. El mismo delegado pidió información acerca de los datos que se estaban manejando fuera del PMIS, mientras que otra delegada solicitó que se aclarara si ciertos procesos, como la conciliación de los estados de cuenta bancarios, todavía se estaban haciendo en forma manual.

154. Se señaló que se habían registrado 81 casos de fraude, robo y pérdida de la propiedad; por lo tanto, se alentó a la Oficina a que adoptara medidas para mejorar los controles internos con miras a prevenir estos hechos en el futuro. También se mencionó que el resumen de las contribuciones voluntarias reflejaba un saldo adeudado por la

Fundación de la OPS y se pidió información acerca de las consecuencias de la decisión adoptada por la Organización de poner fin a su relación con la Fundación.

155. El señor Puente Chaudé explicó que era normal que hubiese un excedente en el primer año de un bienio y un déficit en el segundo año dado que la proporción del presupuesto ejecutada en el segundo año era mayor, lo que significaba que el gasto era mayor. Al mismo tiempo, los ingresos en el segundo año solían ser menores que en el primer año. No obstante, la Organización había concluido el bienio con un excedente neto de \$19 millones. Esta cifra reflejaba los ingresos y los gastos tanto dentro del presupuesto como fuera de él, como los relacionados con los fondos de compras de la OPS y con las contribuciones voluntarias nacionales. El excedente presupuestario —que estaba relacionado solamente con el presupuesto financiado por las contribuciones señaladas y los ingresos varios presupuestados— había ascendido a \$1 millón para el bienio (véanse los párrafos 166 a 167 a continuación).

156. Con respecto a las razones del aumento de las obligaciones, explicó que en el estudio actuarial citado en el Informe Financiero se había aplicado el cuadro más reciente sobre la esperanza de vida del Fondo de Pensiones de las Naciones Unidas, según el cual la esperanza de vida promedio había subido en dos años. En consecuencia, también había aumentado el pasivo del seguro de enfermedad tras la separación del servicio. Además, las tasas de interés del mercado en la Región de las Américas habían disminuido de 4,3% a 3,8%, lo que había aumentado el valor del pasivo de la Organización. El pasivo del plan de seguro de enfermedad tras la separación del servicio de la OMS (ASHI, por su sigla en inglés) había sumado \$234 millones a finales del 2017. Las proyecciones actuariales indicaban que la obligación estaría totalmente financiada en el 2049. El Comité de Supervisión Mundial del Seguro de Enfermedad del Personal había adoptado varias medidas de control de costos con miras a conseguir que la Organización pudiera cubrir la obligación del ASHI; entre otras cosas, se había alentado al personal jubilado que reside en los Estados Unidos y que cumple con los requisitos a que participara en el programa Medicare. También había adoptado medidas para desalentar al personal de viajar para buscar atención médica en los Estados Unidos, el país con los costos de atención de salud más altos del mundo.

157. En cuanto a los gastos de viaje, la suma destinada a los viajes en comisión de servicio de los funcionarios había permanecido estable. Lo que había aumentado eran los viajes en relación con las actividades de cooperación técnica, como la respuesta de la OPS a los numerosos desastres naturales y otras emergencias. En el 2017, los costos de esos viajes habían representado dos terceras partes del presupuesto de viajes.

158. Con respecto a la pregunta acerca del uso de partidas presupuestarias para financiar actividades del proyecto Mais Médicos, la Oficina difería de la conclusión del Auditor Externo de que algunos fondos de ese proyecto se habían usado para actividades financiadas por una contribución voluntaria nacional diferente en el Brasil. En todo caso, el señor Puente Chaudé garantizó al Comité que no se habían utilizado fondos del presupuesto de la OPS para costear actividades financiadas por contribuciones voluntarias nacionales.

159. Con respecto al manejo de los datos fuera del PMIS, explicó que todavía no había sido posible automatizar todos los procesos, aunque la Oficina estaba trabajando para lograr esa meta.

160. El señor Campos Lacoba agregó que, en una organización tan grande y compleja como la OPS, el cambio tenía que ser un proceso gradual. Las recomendaciones del Auditor Externo tenían por objeto destacar las áreas en las que el cambio tenía que ser una prioridad. La automatización de la conciliación de los estados de cuenta bancarios y otros procesos dentro del PMIS eran algunas de esas áreas dado que los procedimientos manuales podrían dar lugar a errores y discrepancias en las cifras.

161. La Directora expresó su agradecimiento al equipo de auditoría externa por su ayuda a la Oficina a lo largo del difícil período de implementar y mejorar el PMIS. No obstante, el sistema de Workday tenía algunas deficiencias inherentes, como resultado de las cuales parte del trabajo tenía que hacerse fuera del sistema. La OPS trabajaba en cuatro idiomas y en diversas monedas, y Workday no se había diseñado para manejar esas complejidades. La Oficina estaba trabajando para abordar esas deficiencias y ya se habían efectuado algunas mejoras considerables.

162. Con respecto al aumento de los gastos en el último trimestre del 2017, observó que los ingresos que la Oficina estaba segura de recibir era una parte relativamente pequeña del total de los ingresos proyectados. En consecuencia, a principios de un bienio la Oficina tendía a ser conservadora en la asignación y el desembolso de los recursos. No obstante, con el objeto de ejecutar la recomendación del Auditor Externo, había aumentado de 80% a 85% el financiamiento flexible disponible al comienzo del bienio 2018-2019. Además, se había decidido que los fondos de las contribuciones voluntarias se pusieran a disposición a partir de la fecha de la firma del acuerdo pertinente, mientras que anteriormente los fondos no se ponían a disposición hasta tanto no se hubiesen recibido. Se esperaba que esa decisión evitase tanto la acumulación de gastos a final del bienio como la necesidad de devolver fondos a los donantes. El seguimiento de los fondos de las contribuciones voluntarias se hacía por conducto del PMIS, lo que permitía a la Oficina saber cuándo las subvenciones estaban llegando a su fecha de cierre. Sin embargo, si las subvenciones se recibían al final de un bienio, era muy difícil ejecutar la totalidad de los fondos antes del final del período contable.

163. La Organización había realmente terminado su relación con la Fundación de la OPS, pero la Oficina estaba trabajando arduamente para recaudar las cantidades adeudadas por la Fundación, que se habían acumulado a lo largo de los años.

164. En nombre del Comité Ejecutivo, el Presidente expresó su agradecimiento al Tribunal de Cuentas de España por sus servicios como Auditor Externo. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Programación del excedente del presupuesto (documento CE162/19)

165. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité en marzo que la Oficina tenía previsto que habría un excedente del presupuesto de \$1 millón, resultante de las contribuciones señaladas financiadas y de los ingresos varios presupuestados no comprometidos para finales del bienio 2016-2017 y no transferidos al bienio 2018-2019. También se había informado al Subcomité que, de conformidad con lo establecido en el párrafo 4.6 del Reglamento Financiero, los excedentes del presupuesto de ese tipo debían ser asignados al Fondo de Trabajo cuando el saldo de dicho fondo se encontrase por debajo de su nivel autorizado de \$25 millones. En marzo del 2018, el saldo del Fondo de Trabajo era de \$21,7 millones. En consecuencia, el excedente del presupuesto se transferiría al Fondo de Trabajo.

166. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Programación del excedente de los ingresos (documento CE162/20)

167. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una propuesta de la Oficina de asignación de un excedente de los ingresos de \$5,7 millones resultante de un exceso de los ingresos totales sobre los ingresos varios presupuestados durante el bienio 2016-2017. Se había propuesto que la cantidad de \$4,1 millones del excedente se asignase al Fondo Maestro de Inversiones de Capital para ayudar a sufragar los costos de las reparaciones necesarias en el edificio de la sede de la OPS. También se había propuesto que \$1,6 millones se asignasen para aumentar la capitalización del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (conocido como el Fondo Estratégico). Se había explicado que se necesitaba una mayor capitalización para permitir a más Estados Miembros utilizar el Fondo Estratégico, en especial para la compra de medicamentos contra las enfermedades no transmisibles. El Subcomité había respaldado la propuesta del uso del excedente previsto de los ingresos.

168. En el debate de este tema por el Comité Ejecutivo, una delegada solicitó que los próximos informes a los Cuerpos Directivos mostraran cómo se había utilizado el excedente de los ingresos y qué efecto había tenido en las compras efectuadas por los países por conducto del Fondo Estratégico.

169. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) confirmó que la utilización del aumento de la capitalización se describiría en los próximos informes.

170. La Directora señaló que 31 países utilizaban el Fondo Estratégico. Este fondo ya se estaba usando para la compra de medicamentos contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y se había ampliado a fin de incluir medicamentos para las enfermedades no transmisibles. La capitalización adicional del fondo permitiría que la Organización cubriese mejor las necesidades de los países en todas esas áreas.

171. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE162/21)

172. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había examinado un informe relativo al Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sus diversos fondos subsidiarios. La Oficina informó que estaba trabajando con un consultor experto en bienes inmuebles a fin de elaborar una propuesta para las renovaciones futuras a fin de abordar los requisitos de seguridad y protección, las medidas para mejorar la eficiencia energética y la renovación del edificio circular de la sede de la OPS. En el análisis del informe por el Subcomité, se había solicitado aclaración con respecto a las mejoras planificadas de la sala A del edificio de la Sede y a la propuesta de instalación de paneles solares y compra de vehículos en la Representación en Haití.

173. En respuesta a esas solicitudes, se había explicado que las condiciones difíciles de las carreteras en Haití habían ocasionado que muchos de los vehículos de la representación se hubiesen vuelto inseguros o ya no funcionasen y, por consiguiente, había sido necesario reemplazarlos. Con respecto a los paneles solares, se había explicado que, debido a las interrupciones frecuentes del servicio de electricidad, en la Representación en Haití se veían obligados a depender de generadores que funcionaban con combustibles fósiles importados, que eran muy costosos. El proyecto de paneles solares se había elaborado para que la representación contara con una fuente de energía ininterrumpida que le permitiera mantener las comunicaciones con la Sede y dentro de Haití, además de asegurar el funcionamiento del PMIS.

174. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2017 (documento CE162/22)

175. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) presentó su informe, en el que se resumía el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), sus resultados y su opinión general sobre el entorno de control interno de la Organización. Señaló que IES no había encontrado ningún obstáculo a su independencia. Su opinión general acerca del entorno de control interno era que se trataba de un entorno satisfactorio de acuerdo con las necesidades de la Organización y que había mejorado en relación con el 2016, ya que el funcionamiento del PMIS se había estabilizado. En los párrafos 44 a 48 del informe podían encontrarse mayores detalles. Expresó su agradecimiento al Tribunal de Cuentas de España por su colaboración con IES e hizo notar que el intercambio de información y de resultados entre IES y el Tribunal de Cuentas había contribuido a evitar duplicaciones y a mejorar la calidad del trabajo.

176. En el debate que siguió, los delegados elogiaron el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y su contribución al fortalecimiento de los controles internos dentro de la Organización. Sin embargo, varios delegados expresaron preocupación de que no se había llevado a cabo oportunamente la verificación de los familiares a cargo, lo que había dado lugar al pago de subsidios a miembros del personal que quizá no cumplían con los requisitos. Se solicitó a la Oficina Sanitaria Panamericana que indicara lo que se estaba haciendo para abordar esta falta evidente de control interno. Varios delegados también expresaron inquietudes acerca de la gestión de los riesgos de las subvenciones de contribuciones voluntarias y preguntaron cómo estaba enfrentando este asunto la Oficina. Además, una delegada señaló que en el informe se mencionaban varios problemas recurrentes en los países en relación con la planificación de las compras, la administración de los activos fijos y otros asuntos.

177. Los delegados se manifestaron complacidos de saber que la gerencia tomaba muy en serio las recomendaciones de IES, pero observaron que algunas recomendaciones no se habían llevado a la práctica plenamente, entre ellas algunas que habían estado pendientes desde antes del 2015. Se solicitó a la Oficina que explicara por qué esas recomendaciones todavía estaban abiertas. Se sugirió que en los informes futuros se incluyera una lista de todas las recomendaciones de auditoría pendientes, de riesgo medio y de riesgo alto. También se solicitó a la Oficina que aclarara si había aceptado todas las recomendaciones de auditoría del 2017 y, si este no hubiese sido el caso, indicar cuáles no había aceptado y por qué. Se instó a que pusiera en práctica todas las recomendaciones con prontitud, incluso la recomendación, que databa del 2011, relativa a la formulación de un marco de gestión de proyectos para las contribuciones voluntarias.

178. El señor O'Regan, al destacar la función de asesoramiento de IES, dijo que no podía hablar en nombre de la gerencia ni explicar sus decisiones en cuanto a las recomendaciones. Reconoció las inquietudes expresadas acerca de la verificación anual de los familiares a cargo, las contribuciones voluntarias y los problemas recurrentes en las auditorías de las representaciones en los países como, por ejemplo, la planificación de las compras. Señaló, sin embargo, que algunas veces resultaba difícil eliminar todas las preocupaciones del control interno. La recomendación de elaborar un marco riguroso de gestión de proyectos en realidad sí se remontaba al 2011, pero el progreso hacia la ejecución se había acelerado mucho recientemente; por lo tanto, se esperaba que la recomendación estuviese implementada en la segunda mitad del 2018.

179. Los datos presentados en el informe llegaban hasta diciembre del 2017 y desde entonces IES había continuado el seguimiento de las recomendaciones. En realidad, ya se habían cerrado algunas desde que se había preparado el informe. En esos momentos había tres recomendaciones pendientes desde el 2013, una desde el 2014 y cuatro desde el 2015. Con respecto a la recomendación pendiente desde el 2013 acerca del almacenamiento de información en dispositivos independientes fuera de las redes formales de la institución, confirmó que seguían encontrándose esos casos, en particular en las auditorías de las representaciones en los países, de información registrada en hojas de cálculo o en otros sitios fuera del PMIS. Estos casos se habían reducido, pero la práctica persistía.

180. Con respecto a la aceptación de las recomendaciones de la auditoría interna, explicó que el proceso seguido en IES era preparar un informe preliminar que se presentaba a la gerencia para recibir sus observaciones. Luego, la Oficina emitía un informe final que se le remitía a la Directora, quien tenía dos meses para aceptarlo. Una vez aceptado el informe, las recomendaciones se consideraban “activas”. En la actualidad, había solo un informe pendiente de aceptación por la Directora. Ese informe se había finalizado en los primeros meses del 2018 y todavía no había pasado el plazo de dos meses en que la Directora podía aceptarlo. Ninguna recomendación había sido rechazada por la Directora actual ni por la anterior. En un caso, se le había solicitado a IES que dirigiera una recomendación a una oficina diferente, pero la sustancia de la recomendación no había variado. Se comprometió a incluir información acerca de las recomendaciones pendientes en los informes futuros.

181. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que las verificaciones anuales de los familiares a cargo eran ejemplo de un proceso que se estaba manejando en forma manual fuera del PMIS (véanse los párrafos 151, 154 y 160 anteriores). Sin embargo, el proceso institucional para las verificaciones se había revisado, de manera que todos los datos ahora estaban en el PMIS y podría intercambiarse la información a través del sistema. Por lo tanto, los funcionarios afectados recibirían notificaciones automatizadas y cesarían automáticamente los pagos a quienes ya no reunieran los requisitos para recibir el subsidio. Se esperaba que el sistema automatizado estuviera funcionando en la segunda mitad del 2018.

182. Con respecto a la planificación de las compras, en una actualización reciente de Workday se había colocado una plantilla de planificación de las compras en el PMIS para todas las representaciones en los países, que les permitiría examinar las compras recurrentes, suprimir las que ya no se necesitaban y agregar las nuevas. Esto había aumentado considerablemente el cumplimiento del requisito de contar con planes de compras.

183. En cuanto a las subvenciones de las contribuciones voluntarias, el riesgo más significativo era que la subvención no se ejecutara dentro del período del convenio que regía la subvención. La medida preventiva más eficaz sería asignar los fondos de las subvenciones de contribuciones voluntarias tan pronto se firmaran los acuerdos. Eso reduciría mucho el riesgo de que la subvención no se ejecutara en el período estipulado.

184. Con respecto a la recomendación de la auditoría interna del 2013 acerca del uso integrado de los repositorios interconectados de información, en el 2017 la Organización había empezado a utilizar Office 365, que era una plataforma de almacenamiento basada en la nube. La Organización también había diseñado una estructura de archivo estandarizada interconectada para todas las representaciones en los países y la Sede, que reduciría en gran medida el almacenamiento externo de datos del PMIS.

185. La Directora agradeció al señor O'Regan por su profesionalismo y su colaboración con la Gerencia Ejecutiva para abordar las diversas recomendaciones. Aseguró a los Estados Miembros que la Oficina estaba mejorando los controles internos. Había nombrado a un oficial de cumplimiento para que trabajara con la Oficina de Administración y otras

entidades para fortalecer las defensas de la Oficina. La Oficina también había aumentado su capacidad de análisis y gestión de riesgos. Agradeció a los Estados Miembros su vigilancia y sus sugerencias.

186. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS (documento CE162/23)

187. La señora Cristina Luna Ribadeneira, (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una propuesta de modificación a la Regla Financiera 12 relativa a la ejecución de 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 el Instituto de Auditores Internos, se había propuesto incluir una referencia a un estatuto de auditoría interna en la Regla Financiera 12. Se había explicado que el estatuto de auditoría interna había existido por varios años en la OPS, pero que no se lo mencionaba explícitamente en las Reglas Financieras. Se había apoyado la modificación, pero se habían propuesto cambios a la redacción para asegurar que las Reglas Financieras de la OPS estuvieran en consonancia con las mejores prácticas en todo el sistema de las Naciones Unidas, como las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección del Sistema de las Naciones Unidas (DCI) y las normas de auditoría del Instituto de Auditores Internos.

188. En concreto, se había propuesto que la modificación se redactara de la manera siguiente: “La función de auditoría interna estará determinada por un Estatuto de Auditoría, de acuerdo con lo establecido por el Auditor General en consulta con el Comité de Auditoría, y será aprobado por el Director y el Comité Ejecutivo”. El Subcomité respaldó la propuesta de la nueva redacción.

189. El Comité Ejecutivo aceptó la modificación propuesta y agradeció a la Oficina por el cambio en la redacción de acuerdo con la recomendación del Subcomité. Los delegados recibieron con beneplácito los principios de integridad, objetividad y confidencialidad incorporados en el Estatuto de Auditoría interna. Se consideraba que el Estatuto y el trabajo del auditor interno contribuirían a una mayor transparencia y rendición de cuentas, lo que a su vez podría ayudar a que la Organización atrajera a nuevos asociados, con lo cual aumentarían sus recursos.

190. Una delegada, al tiempo que manifestó su apoyo a la modificación propuesta, observó que el párrafo 20.5 del Estatuto podría crear un posible conflicto de intereses, ya que estipulaba que IES podría emprender investigaciones por solicitud del Director. La delegada señaló que los auditores no eran necesariamente investigadores profesionales y pidió una explicación de la Oficina acerca de esa disposición, en especial teniendo en cuenta el plan para establecer la nueva Oficina de Investigaciones. También preguntó si el Estatuto no debería incluir un requisito de que la función de auditoría interna estuviese sujeta a una evaluación externa independiente de su calidad, con validación externa

independiente cada cinco años, de acuerdo con las normas del Instituto de Auditores Internos y las recomendaciones de la DCI.

191. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) explicó que era posible solicitar que IES hiciera una investigación en casos en que el investigador quizá tuviera un conflicto de intereses. En efecto, IES había realizado una investigación de este tipo en el pasado. También explicó que, si bien el examen quinquenal de la Oficina no se mencionaba explícitamente, en el párrafo 20.4 del Estatuto se establecía que la función de auditoría interna debía registrarse por el *Marco internacional para la práctica profesional*, del Instituto de Auditores Internos (IIA). Esto implicaba que habría exámenes quinquenales.

192. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R6, mediante la cual se confirmaron las modificaciones de las Reglas Financieras.

Asuntos de personal

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE162/24)

193. La señora Cristina Luna Ribadeneira, (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas del Reglamento del Personal en relación con las revisiones de la escala de sueldos para el personal de las categorías profesional y superior, la determinación de la condición de familiar a cargo de los cónyuges de los funcionarios, y la recuperación de la suma global de prima por instalación en caso de destitución de un funcionario por faltas de conducta dentro del plazo de un año a partir de la fecha de su nombramiento o de su traslado a un lugar de destino. En el debate que tuvo lugar en el Subcomité acerca de las modificaciones propuestas, se solicitó una aclaración con respecto a la repercusión financiera gradual por año que tendría el aumento de los sueldos básicos/mínimos.

194. En respuesta a la última pregunta, la doctora Luz Marina Barillas (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) había explicado que el aumento general de \$421.000 por año correspondía a todo el sistema de las Naciones Unidas y que, por lo tanto, su repercusión sería mínima para los organismos individualmente.

195. Tras las palabras introductorias de la señora Luna Ribadeneira, la doctora Barillas explicó que las modificaciones propuestas tenían como objetivo mantener actualizada a la Organización en cuanto a las mejores prácticas y en consonancia con la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas.

196. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE162.R8, mediante la cual se ratificaron las modificaciones del Reglamento del Personal presentadas en el documento CE162/24 que establecían los sueldos anuales del Director, el Director Adjunto y el Subdirector para el 2018, con el efecto a partir del 1 de enero.

Gestión de los Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE162/25)

197. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido en marzo una actualización acerca de las iniciativas más importantes emprendidas en materia de recursos humanos en el 2017 y del progreso logrado en la ejecución de la estrategia de recursos humanos de la Oficina, conocida como la *Estrategia para el personal 2015-2019*. El Subcomité recibió con agrado los progresos alcanzados hacia la paridad de género, pero alentó a la Oficina a seguir esforzándose para lograr la paridad a los niveles P5, P6 y D. También se había solicitado más información acerca de la planificación de la sucesión y la transferencia de conocimientos.

198. La doctora Luz Marina Barillas (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) explicó que el informe tenía por objeto demostrar de qué manera la Oficina estaba consolidando una serie de iniciativas, que anteriormente se encontraban algo separadas, dentro del contexto de la *Estrategia para el personal*. Ese proceso incluía la incorporación de nuevas herramientas electrónicas en ámbitos como la contratación, además de herramientas y plataformas para el aprendizaje. El trabajo había sido gradual, pero los resultados estaban empezando a ser visibles.

199. Un cambio importante en el 2017 había sido la aplicación del subsidio de educación modificado. Otro había sido el aumento de la edad de jubilación obligatoria a 65 años. Una de las políticas propuestas para fortalecer la *Estrategia para el personal* y modernizar la administración del personal era el teletrabajo, que se había introducido como un programa piloto. La experiencia había sido analizada tanto por los participantes como por sus supervisores y en el momento el programa era objeto de un examen legal formal.

200. Se había instituido un sistema para permitir la vigilancia más minuciosa y controlar los riesgos asociados con la descentralización de la autoridad, en especial con respecto a la contratación, luego de la puesta en práctica del PMIS. Las mejoras de los procesos de selección y contratación habían reducido el tiempo de contratación de ocho meses a cuatro o cinco. Se había introducido una nueva estructura orgánica para apoyar la *Estrategia para el personal*; esta se examinaría en julio y se haría cualquier ajuste necesario. Para capacitar al personal e impulsar su desarrollo profesional, la Oficina había incorporado dos plataformas electrónicas de aprendizaje.

201. Se había presentado un plan operativo para la gestión del talento y la sucesión que se había sometido a la consideración de la Gerencia Ejecutiva; además, se había creado una plataforma para la presentación de informes electrónicos de salida o reasignación. El objetivo de esas iniciativas era abordar las inquietudes expresadas por los Estados Miembros y por los auditores de la Organización con respecto a la preservación de la memoria institucional. Desde febrero, todo el personal que se jubilaba o era reasignado tenía la obligación de presentar un informe electrónico.

202. La Oficina estaba cumpliendo su compromiso de impulsar la iniciativa de la paridad de género, que se introduciría paulatinamente durante el bienio en curso. Los cambios en las estadísticas del personal relacionadas con el género del 2016 al 2017 habían sido mínimos. En términos generales, 51% del personal profesional eran mujeres, pero en los puestos con responsabilidades gerenciales o que exigían conocimientos técnicos de alto nivel, sin lugar a duda, había necesidad de mejoramiento. Los dos cargos más altos en la Organización eran desempeñados por mujeres, pero las mujeres seguían estando subrepresentadas en los grados P4 a D2.

203. En cuanto a la edad, el mayor grupo de profesionales estaba formado por un margen significativo por personas que se encontraban entre los 50 y los 65 años. En consecuencia, la Oficina probablemente perdería a 77 profesionales en los próximos cinco años. Sin embargo, la reducción en el número de profesionales debido a la jubilación estaba procediendo según se había previsto; por eso, se esperaba que la inquietud por la jubilación de profesionales difíciles de reemplazar se atendiese mediante el plan de sucesión y otras iniciativas.

204. El Comité Ejecutivo reconoció que se habían emprendido iniciativas importantes para lograr los diversos objetivos de la Organización en materia de recursos humanos. Una delegada solicitó más información acerca de la manera en que los cambios en la estructura orgánica, en especial la transferencia del programa sobre prevención de la violencia contra la mujer al Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, influirían en el reconocimiento de los problemas intrafamiliares, del curso de la vida e intergeneracionales propios de la violencia contra la mujer. Otro delegado solicitó información más detallada acerca del programa de teletrabajo y cómo ayudaría a la Organización, aparte de ofrecer al personal un mejor ambiente de trabajo. También preguntó acerca de los incentivos que se daban a los trabajadores contingentes y la manera en que la contratación de nuevos profesionales estaba ayudando a renovar la Organización. Una tercera delegada preguntó cómo se estaba concretando el programa de pasantes, a la luz de la resolución sobre el tema adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA71.13, véanse los párrafos 385 a 388 más adelante).

205. La doctora Barillas respondió que todo el personal de corto plazo y con un contrato fijo reunía los requisitos para participar en el programa de teletrabajo a título de prueba, de acuerdo con un convenio de carácter obligatorio con la Organización en el que se comprometían a asegurar su accesibilidad en todo momento mientras trabajaban a distancia. En cuanto a lo que ofrecía el programa, aparte del mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal, señaló que el espacio de oficina era escaso y cada vez más costoso, por lo que el teletrabajo ayudaba a mitigar esas limitaciones. Era también una oportunidad para la Organización de demostrar confianza en su personal profesional y en su capacidad de trabajar fuera de las oficinas, mientras seguía manteniendo la continuidad de las operaciones.

206. Con respecto a los incentivos para los trabajadores contingentes, la Oficina ofrecía una remuneración competitiva basada en la experiencia, los conocimientos especializados y la antigüedad, pero esos trabajadores no gozaban de la mayoría de los incentivos al

alcance del personal de tiempo completo. La Oficina sí cumplía con los requisitos legales mínimos con respecto al seguro de accidentes laborales relacionados con los trabajadores contingentes. Sería necesario sopesar las posibles ventajas de ofrecer algún otro beneficio en comparación con los costos para la Organización.

207. La contratación de nuevo talento y la transferencia del conocimiento institucional eran algunos de los puntos centrales del plan de sucesión. Las plataformas de aprendizaje implantadas en los últimos años ofrecían una amplia variedad de oportunidades de desarrollo personal y profesional, entre otras, 80 horas de capacitación obligatoria en un año. Sin embargo, era necesario equilibrar la importancia de fomentar el desarrollo del talento interno con la necesidad de contratar a personas externas para los cargos muy especializados. Los plazos mejorados para la contratación habían ayudado a asegurar que la Oficina pudiera contratar personal cómo y cuándo fuese necesario.

208. Con respecto al programa de pasantías, la Oficina reconocía la necesidad de encontrar una manera de que los participantes que reunían los requisitos no fueran excluidos por razones financieras. Unos años antes, el Departamento de Recursos Humanos había presentado una propuesta de pago de un estipendio a los pasantes; ahora el Departamento estaba evaluando la posibilidad de ofrecer un plan de seguro de enfermedad para los pasantes, que actualmente tenían que pagar su propio seguro. Aunque la ampliación del programa de pasantías brindaría a más jóvenes oportunidades de aprendizaje en un ambiente internacional, el tiempo que los supervisores podrían dedicarles seguiría siendo limitado, de modo que era preciso lograr el equilibrio apropiado.

209. La Directora agradeció a los Estados Miembros por su interés en la gestión de los recursos humanos de la Organización, que representaban unos de sus activos más importantes. Era esencial que la gestión de personal fuese adecuada para asegurar un nivel de pericia que respondiera a las necesidades de los Estados Miembros; pero, al mismo tiempo, era importante mantener una moral alta en el personal y prevenir la rotación de personal excesiva, sin dejar de equilibrar la necesidad de asignar espacio para la movilidad profesional con la conveniencia de contratar nuevo talento. Sin movilidad profesional el personal se estancaba y perdía motivación; sin aprendizaje continuo y sin la inyección de nuevo talento, la Organización no podía permanecer a la vanguardia. Un problema particular en cuanto a la movilidad profesional era que demasiados profesionales se quedaban en el nivel P4 con pocas oportunidades de progresar.

210. No se había detectado ninguna disminución en el desempeño del personal que estaba participando en el programa de teletrabajo y este había tenido un efecto beneficioso tanto en la moral del personal como en los recursos. El personal contingente aportaba una flexibilidad muy necesaria y permitía que la Oficina reaccionara más rápidamente ante las necesidades cambiantes de los países, por ejemplo, en caso de emergencias. Con respecto a los pasantes, era importante considerar de qué manera el programa podría hacerse más equitativo para que participaran posibles pasantes con medios económicos limitados. Señaló que muchos de los antiguos pasantes ahora ocupaban puestos importantes en sus países y en la OPS.

211. Con respecto a la pregunta acerca del programa sobre la violencia contra la mujer, subrayó que la Organización adoptaba un enfoque de equipo que abarcaba todas las áreas de trabajo. La Organización contaba con recursos limitados para dedicarlos a los problemas de la violencia en general, por eso la transferencia de la única funcionaria responsable del trabajo sobre violencia intrafamiliar se había considerado como la mejor manera de abordar un tema multisectorial. Hasta el momento, ese cambio no había tenido repercusiones en la productividad ni la eficacia de la funcionaria.

212. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE162/26)

213. La señora Ana Carolina Báscones (Secretaria General, Asociación de Personal de la OPS/OMS) afirmó el compromiso del personal con la misión y los valores de la Organización, que eran los valores de equidad, excelencia, respeto e integridad, y señaló que la interacción entre el personal y la gerencia se caracterizaba por la cooperación, el esfuerzo para lograr el consenso y el respeto mutuo. Hizo hincapié en dos asuntos que la Asociación de Personal había destacado en su informe al Comité Ejecutivo (documento CE162/26): la importancia de contar con un ambiente de trabajo que fuese propicio para la confianza y la creatividad, además de la necesidad de tener un sistema interno de justicia receptivo.

214. El estilo de gestión de la Directora había sido fundamental para la creación de un ambiente de trabajo que fomentaba el respeto y la creatividad. El personal consideraba que los logros y las enseñanzas extraídas luego de la adopción de la estrategia de recursos humanos brindaban una oportunidad de redoblar esfuerzos hacia un cambio cultural en la administración de los recursos humanos y de promover una política amplia sobre la planificación de la sucesión, la formación de capacidad y la incorporación de nuevo talento. La Junta de Aprendizaje, encabezada por la Directora Adjunta, era uno de los pilares del cambio cultural. La Asociación de Personal había recibido con agrado el restablecimiento reciente del Comité Consultivo Mixto de la Directora sobre Asuntos de Personal que, unido a la Junta de Aprendizaje, ayudaría a fomentar el debate acerca de las políticas que promoverían mejores prácticas de gestión de los recursos humanos.

215. En cuanto a la administración interna de justicia, la Asociación de Personal reconoció que se habían logrado avances significativos con respecto a la reforma de la Junta de Apelación y encomió las iniciativas de la Oficina de Ética para impartir capacitación a todo el personal acerca del Código de Principios Éticos y Conducta de la OSP. También se recibió con beneplácito la política de cero tolerancia en cuanto al fraude y al acoso, y subrayó la necesidad de inculcar en la generación más joven del personal que ciertos comportamientos, en particular el acoso sexual, eran inadmisibles. La Asociación de Personal consideraba que la capacitación era una herramienta adecuada para prevenir problemas futuros. Había organizado varios talleres sobre temas como manejo del estrés, no solo en la Sede sino también en las representaciones en los países. También había

apoyado algunas actividades que fomentaban el trabajo en equipo y la camaradería, como la competencia “La OPS tiene talento”.

216. La Directora agradeció a la Asociación de Personal por el enfoque maduro que habían llevado a la colaboración con la Gerencia Ejecutiva y su franqueza en las conversaciones en sus reuniones programadas con regularidad. Consideraba que la Asociación era un aliado en la gestión de los recursos humanos.

217. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Asuntos de información general

Versión preliminar de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (documento CE162/INF/1)

218. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un documento en el que se explicaba la metodología para llevar a cabo la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y se proponía un esquema para el informe. El Subcomité había expresado su acuerdo general con la metodología y el esquema propuestos. Los delegados habían destacado la importancia de determinar cuáles eran las enseñanzas extraídas de la ejecución de la Agenda e incluirlas en el informe. También se había considerado importante mencionar las áreas en las que se necesitaban mejoras u otras actividades. Se había subrayado la importancia de evitar la duplicación de las actividades regionales de evaluación.

219. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) introdujo la versión preliminar de la evaluación final e indicó que se trataba de un trabajo en curso, por lo que invitó a los Estados Miembros a que siguieran presentando sus observaciones por escrito hasta el 15 de julio. Recordó que la Agenda de Salud para las Américas se había aprobado en el 2007 y había servido como el principal documento de política estratégica para guiar la planificación de las actividades relacionadas con la salud a los niveles regional, subregional y de país. Se había llevado a cabo un examen de los logros alcanzados de conformidad con la Agenda como parte de la elaboración de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, aprobada en el 2017.

220. Se había solicitado a la Oficina que, en el 2018, presentara una evaluación final integral de la Agenda a fin de documentar las enseñanzas extraídas que pudieran servir de sustento a la aplicación de la nueva Agenda de Salud Sostenible. La evaluación también sería útil en la formulación del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (véanse los párrafos 226 a 236 más adelante). Según mostraba el informe preliminar presentado al Comité Ejecutivo, la Agenda había cumplido su cometido como marco de referencia para las políticas y los planes estratégicos, y se habían logrado avances en todas las ocho áreas de acción establecidas. La metodología empleada para la evaluación final había sido similar a la que se había utilizado para la evaluación de mitad del período. Antes del Consejo

Directivo se agregaría un examen de información adicional extraída de fuentes existentes, además de otros análisis.

221. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso significativo logrado en las ocho áreas de acción y afirmó la necesidad de determinar cuáles eran las enseñanzas extraídas y aplicarlas en la ejecución de la nueva Agenda de Salud Sostenible. Se señaló que, a pesar de los logros registrados a nivel regional, las disparidades persistían entre las subregiones y los países, así como dentro de los países. Se destacó la importancia del desglose de los datos por subregión, tanto en la evaluación final como en todas las evaluaciones futuras. Se consideró importante para la evaluación tener en cuenta los adelantos en varias áreas, incluidas la cobertura universal de salud, la calidad de la atención, la inversión y el gasto en la salud, los recursos humanos, la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres, y otros. También se consideraba importante observar los problemas suscitados por el hecho de que en la Agenda no se había incluido ninguna meta cuantificable ni indicadores, lo que hacía difícil o imposible evaluar el progreso en algunas áreas. Varias delegaciones indicaron que presentarían otras observaciones por escrito.

222. El señor Chambliss agradeció a los delegados sus observaciones orales y dijo que esperaba con interés recibir otras observaciones por escrito.

223. La Directora expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su trabajo en curso con la Oficina para mejorar la evaluación final.

224. El Comité tomó nota del informe.

Proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (documento CE162/INF/2)

225. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que el Subcomité había considerado el proceso propuesto para elaborar el nuevo Plan Estratégico y señaló que había recibido información acerca de la creación de un Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico integrado por representantes de los Estados Miembros para colaborar en la redacción del Plan, pero que todos los Estados Miembros tendrían la oportunidad de hacer aportes a lo largo del proceso. El Subcomité había recibido con beneplácito el proceso participativo propuesto y había apoyado los criterios propuestos para el nombramiento de los integrantes del Grupo.

226. El Subcomité había subrayado la importancia de que el nuevo Plan Estratégico estuviese en consonancia con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas, el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS, el programa de transformación de la OMS del Director General y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. También se había considerado importante tener en cuenta otros compromisos regionales. Con el objeto de asegurar que la puesta en práctica del nuevo Plan Estratégico no representara una carga indebida para los Estados Miembros, se había considerado necesario preparar un mapa de los compromisos mundiales y regionales que se abordarían.

227. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) repasó el cronograma para la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025 y señaló que abarcaba un total de 18 meses, que eran seis meses más que el plazo asignado al proceso de elaboración del Plan Estratégico actual. En consecuencia, habría tiempo más que suficiente para las consultas con los Estados Miembros. El nuevo plan incorporaría los 11 objetivos y las 60 metas incluidos en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. Sin embargo, también sería necesario que estuviese en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS (PGT13), que no incluía metas ni indicadores. Algunas propuestas iniciales acerca de las metas y los indicadores se habían presentado en un marco del impacto estratégico, pero todavía se estaban perfeccionando.

228. Con respecto al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, señaló que, sobre la base de la experiencia anterior, la Oficina había propuesto que el grupo tuviera entre 10 y 12 miembros, y que incluyera tanto a los Estados Miembros que habían participado como a los que no habían participado en la elaboración del Plan Estratégico actual o de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. La Oficina también proponía que Panamá, país que ejercía la Presidencia del Comité Ejecutivo en la actualidad, presidiese dicho grupo. Varios Estados Miembros habían expresado su interés en formar parte del Grupo Asesor.

229. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el proceso participativo descrito que se había propuesto para la formulación del Plan Estratégico 2020-2025 y afirmó 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 destacó la importancia de la participación de los Estados Miembros tanto en la formulación del nuevo Plan Estratégico como en la evaluación de sus resultados.

230. Asimismo, se puso de relieve una vez más la importancia de que el nuevo Plan estuviera en consonancia con el PGT13 y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas, puesto que era indispensable que coincidiera con otros compromisos mundiales y regionales como el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Con ese objeto, se sugirió que la Oficina debería suministrar al Grupo Asesor un mapa de todos los compromisos regionales y mundiales que deberían tenerse en cuenta en la formulación del nuevo Plan Estratégico.

231. Se sugirió que el Grupo Asesor también debería recibir una evaluación del progreso logrado a nivel de país, sobre la base del análisis de los resultados de los bienios 2014-2015 y 2016-2017. Para evitar duplicación en los esfuerzos de medición y reducir la carga de la presentación de información para los Estados Miembros, se consideraba importante usar, en la medida de lo posible, metas e indicadores ya existentes. Una delegada señaló que la Región no podía finalizar la formulación del nuevo Plan Estratégico hasta tanto no se conocieran las metas y los indicadores del PGT13, y expresó su preocupación de que el proceso para elaborar los indicadores a nivel mundial quizá no fuese lo suficientemente participativo. También se observó la necesidad de impartir capacitación a las autoridades nacionales y al personal de las representaciones de la OPS acerca del método de Hanlon adaptado por la OPS para la asignación de prioridades.

232. Los delegados reconocieron la importancia de la especificidad regional en la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025, y subrayaron que era esencial enfatizar el fortalecimiento de los sistemas de salud en el nuevo Plan Estratégico a fin de garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de 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 subrayó la importancia de asignar prioridad a los preparativos en caso de pandemias y otras situaciones de emergencia, así como la necesidad de que la Oficina brindara orientación basada en la evidencia y prestara asistencia técnica a los Estados Miembros para apoyarlos en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

233. El señor Chambliss garantizó al Comité que la Oficina estaba muy consciente de la necesidad de utilizar indicadores ya existentes y evitar el aumento de la carga de la presentación de informes para los Estados Miembros; agregó que se consideraría con sumo cuidado la manera de asegurar la uniformidad entre los indicadores regionales existentes y cuál sería la mejor manera de lograr que el Plan Estratégico estuviese en consonancia con esos indicadores y con los indicadores para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el PGT13 y otros compromisos. Esa consonancia era importante no solo para facilitar el seguimiento y la presentación de informes, sino también para reducir los costos asociados con la recopilación de otros datos. Dijo que había tomado nota de las observaciones con respecto al trabajo preliminar que la Oficina tenía que hacer y afirmó que ya se habían puesto en marcha los preparativos para las deliberaciones del Grupo Asesor.

234. La Directora agradeció a los Estados Miembros su profundo interés en la elaboración del nuevo Plan Estratégico, así como de los instrumentos previos de planificación estratégica. El nuevo plan guiaría el trabajo tanto de la Oficina como de los Estados Miembros y, por consiguiente, era esencial que los Estados Miembros participaran plenamente tanto en su elaboración como su seguimiento y evaluación.

235. El Comité Ejecutivo expresó su respaldo al proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025 y decidió nombrar a Panamá para presidir el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico. El Comité decidió nombrar a los siguientes Estados Miembros como integrantes del Grupo Asesor: Antigua y Barbuda, Guyana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago como representantes de la subregión del Caribe; Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de) como representantes de la subregión sudamericana; Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá como representantes de la subregión centroamericana; y Canadá, Estados Unidos de América y México como representantes de la subregión norteamericana (decisión CE162[2]).

Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS (documento CE162/INF/3)

236. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que se había invitado al Subcomité a que formulara observaciones acerca del formato y el contenido de un informe preparado de conformidad con una solicitud de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, que había instado a la

Oficina a que transformara el informe anual sobre la reforma de la OMS en un informe sobre cuestiones de importancia estratégica para la relación entre la OPS y la OMS. En general, el Subcomité había estado de acuerdo en que el informe era satisfactorio en cuanto al formato y estructura, pero varios delegados habían sido del parecer de que carecía del detalle y la visión estratégica que los Estados Miembros deseaban ver.

237. Se había sugerido que los futuros informes debían incluir un análisis de si las actividades descritas estaban en curso, de qué manera podría mejorarse la colaboración entre la OPS y la OMS, e información acerca del intercambio de mejores prácticas entre las dos organizaciones. Además, se había sugerido que los informes futuros deberían incluir información acerca de asuntos tratados en las reuniones más recientes del Consejo Ejecutivo de la OMS y el Comité de Programa, Presupuesto y Administración que eran de relevancia particular para la Región, y que también deberían abordar los asuntos administrativos y financieros, como la participación de la OPS en la política de movilidad de la OMS, las brechas de financiamiento, y la coordinación entre la OPS y la OMS acerca del financiamiento y la movilización de recursos.

238. En el debate acerca del informe en el Comité Ejecutivo, un delegado expresó su agradecimiento a la Oficina por haber modificado el documento para suministrar a los Estados Miembros información de una naturaleza más estratégica y la instó a seguir incluyendo en los informes futuros más análisis de los retos y las oportunidades, en lugar de presentar una mera descripción de las actividades. Recibió con beneplácito la inclusión de la información acerca de los niveles de financiamiento del presupuesto por programas de la OMS aprobado para cada región y el financiamiento que en realidad se había recibido. Al observar que la cantidad de financiamiento recibido por la Región de las Américas era considerablemente menor en comparación con las otras regiones, instó a la Oficina a seguir trabajando para cerrar la brecha entre el financiamiento aprobado y el disponible. Encomió los esfuerzos de la Oficina para que la OPS pudiese participar activamente en las actividades de movilización de recursos coordinadas por la OMS.

239. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) aseguró al delegado que la Oficina tendría en cuenta sus observaciones en la preparación de los informes futuros. Observó que el financiamiento reducido de la Región de las Américas con respecto a las otras regiones de la OMS había sido un patrón histórico. No obstante, la cantidad de financiamiento flexible recibido en general había sido confiable. Por otro lado, la proporción de contribuciones voluntarias de la OMS recibidas era muy baja en comparación con las proporciones recibidas por otras regiones.

240. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Ciberseguridad en la OPS (documento CE162/INF/4)

241. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité acerca de los pasos que se estaban dando para asegurar un entorno digital sin riesgos en la OPS. Se había informado que una evaluación meticulosa de la seguridad de la información efectuada en

el 2017 había encontrado que los controles actuales estaban suministrando un buen nivel de protección y que, en ese año, no se había registrado ningún incidente grave en la seguridad. Además, se informó al Subcomité que la Oficina había preparado una hoja de ruta para ejecutar las recomendaciones de la evaluación a fin de mejorar y fortalecer sus capacidades de ciberseguridad. El Subcomité había reconocido la amenaza cada vez mayor planteada por los ciberataques y recibía con agrado las iniciativas de la Oficina para salvaguardar y mantener un entorno digital sin riesgos. Sus actividades para fortalecer las capacidades de salvaguarda y recuperación de los datos se consideraban especialmente importantes. Se había sugerido que la Oficina quizá desease convertir su hoja de ruta en un programa de ciberseguridad que incorporara la gestión institucional de los riesgos y las estrategias del presupuesto y las inversiones. Se había subrayado la necesidad de procurar que las transacciones financieras de la Organización estuvieran protegidas de los ciberataques.

242. El señor Valentin Prat Padros (Director, Departamento de Servicios de Tecnología de la Información, OSP) dijo que la Oficina había tomado nota de las observaciones formuladas por el Subcomité y las estaba incorporando en sus planes de preparación. Se estaba haciendo todo lo posible por mitigar los ciberataques. En el 2017, se habían detectado algunos ataques, pero los controles implantados habían sido suficientes para detectarlos y bloquearlos. Era imposible garantizar el 100% de seguridad, pero la hoja de ruta representaba un buen plan para mejorar los controles y lograr que la Organización estuviera bien preparada para cualquier ataque.

243. La Directora observó que la seguridad era compleja en una organización como la OPS, con oficinas en muchos países y numerosos usuarios de los sistemas. La Oficina permanecería atenta y seguiría esforzándose por mejorar la ciberseguridad.

244. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) (documento CE160/INF/5)

245. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que el proyecto del PMIS se había terminado, exitosamente, a tiempo y dentro del presupuesto, y que el sistema estaba funcionando en cuatro idiomas, manejaba las transacciones en 24 divisas diferentes, apoyaba 180 procesos institucionales y prestaba servicios a más de 2.000 usuarios en más de 30 lugares en distintos países de la Región de las Américas. En el debate de este tema por el Subcomité, se había sugerido que el informe debería incluir información acerca de cómo se vinculaba el PMIS con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y si este había facilitado la comunicación. También se había sugerido que debería llevarse a cabo una evaluación externa del PMIS y, además, que la Oficina debería elaborar un documento acerca de las enseñanzas extraídas de la implementación del sistema.

246. La Directora señaló que, desde el 2016, el PMIS había estado funcionando plenamente y recordó que el Comité Ejecutivo había recibido varios resultados y

recomendaciones del Auditor Externo y del Comité de Auditoría acerca del mejoramiento de algunas de las informaciones generadas en el PMIS, además de la necesidad de mejorar varios de los puntos débiles detectados en Workday. Como ya se había manifestado al Subcomité, ella creía que todavía era demasiado pronto para hacer una evaluación externa del PMIS. Las enseñanzas que se aprenderían de una evaluación serían importantes, no solo para la OPS sino también para otras organizaciones que estuvieran implementando un sistema de planificación de recursos empresariales (ERP), pero no había transcurrido tiempo suficiente desde la implementación del sistema para que la evaluación de su desempeño resultara de utilidad.

247. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (documento CE162/INF/6)

248. El señor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el informe y señaló que, desde el 2009, el Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) había asesorado a la OPS en la ejecución de su política de investigación para la salud. Señaló que la investigación para la salud era esencial con miras a generar evidencia científica que orientara la toma de decisiones y generara mejoras en la salud y la equidad. También era necesaria si la Región quería cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. En el informe presentado para someterlo a la consideración del Comité Ejecutivo se resumían las deliberaciones del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) y las recomendaciones formuladas durante su 46.^a sesión, celebrada en noviembre del 2016. 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 las necesidades nacionales.

249. En el debate que siguió, una delegada alentó al Comité Asesor y a la Organización en su totalidad a que se centrara en la ciencia de la ejecución y la evaluación robusta de los programas para que los Estados Miembros pudieran crear capacidad para evaluar y modificar las intervenciones de salud según fuese necesario para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agregó que a su país le complacería intercambiar mejores prácticas y brindar asistencia técnica a otros Estados Miembros, en particular con respecto a la ciencia de la ejecución.

250. El doctor Francisco Becerra-Posada (Subdirector, OSP), al reconocer el valor de la ciencia de la ejecución, destacó la importancia de la investigación nacional y local con objeto de generar la evidencia necesaria para la toma de decisiones. Aunque los ministerios de salud en general no efectuaban directamente esa investigación, tenían la responsabilidad de dar orientación acerca del tipo de investigación que haría falta para generar evidencia científica destinada a las políticas y la toma de decisiones en el país. Sin embargo, la capacidad de investigación local solía ser limitada debido a la falta de financiamiento específico, ausencia de capacitación y carencia del equipo y los materiales nacionales necesarios. Señaló que los recursos regionales, como el Centro Latinoamericano y del

Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y la *Revista Panamericana de Salud Pública* también podrían ser fuentes útiles de evidencia científica para la toma de decisiones; agregó que la revista publicaba regularmente estudios de investigación locales.

251. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas (documento CE162/INF/7)

252. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) recordó que la Directora había establecido la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas con el objetivo de recabar y evaluar la evidencia científica disponible acerca de las causas de las inequidades y las desigualdades en materia de salud, y formular recomendaciones encaminadas a mejorar la salud y el bienestar de todas las personas en la Región, sea cual fuere su género, orientación sexual, identidad étnica y situación económica o social. La formación de la Comisión había sido el resultado de la importancia cada vez mayor atribuida a los determinantes sociales de la salud y a las consideraciones relacionadas con el género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos. Esos cuatro temas transversales eran esenciales para el trabajo de la Comisión.

253. La Comisión estaba integrada por 12 expertos sumamente respetados que habían recibido reconocimiento por su trabajo en las cuatro áreas transversales. Además, la Comisión se había asociado con 15 Estados Miembros de la OPS para examinar la información y la evidencia disponibles acerca de la salud y las desigualdades. La Comisión se había reunido siete veces desde el 2016 para analizar la evidencia científica y considerar las recomendaciones finales que se presentarían a los Estados Miembros en el 2018.

254. La Comisión generaría dos productos finales: un informe final y 13 exámenes de la evidencia. Estos exámenes se presentarían, junto con un resumen del informe final, a los Estados Miembros en el 56.º Consejo Directivo en septiembre. En los exámenes de la evidencia se abarcaba un espectro amplio de temas, entre otros, los sistemas de salud, la salud en los primeros años de vida y el envejecimiento saludable, género, raza y etnicidad, la discapacidad, la urbanización, el medioambiente, la pobreza y la protección social, y la violencia. El informe y las recomendaciones finales de la Comisión aportarían nuevas maneras de comprender y asignar prioridad a las actividades para atender las inequidades y las desigualdades en materia de salud en la Región de las Américas.

255. Los delegados aplaudieron la iniciativa de la Directora de establecer la Comisión y expresaron apoyo firme a su trabajo; uno de ellos señaló que esta decisión había representado un avance desde la reflexión y el debate acerca de la equidad y las desigualdades hasta la acción y las medidas diferenciadas que ayudarían a los países a centrar los recursos donde eran más necesarios. Los delegados elogiaron 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, y recibieron con beneplácito su análisis de los factores sociales y biológicos que influyen en la equidad y las desigualdades en materia

de salud. También se recibieron con beneplácito las actividades de la Comisión para crear un registro de prácticas positivas e innovadoras y de estudios de casos.

256. Varios delegados destacaron la importancia de contar con datos fidedignos y una base de evidencia sólida para la toma de decisiones y para poder detectar y enfrentar las desigualdades en la salud. A este respecto, una delegada informó que su país había elaborado una herramienta de datos sobre desigualdades en la salud que contenía datos sobre indicadores del estado de salud y determinantes de la salud estratificados por una variedad de características sociales y económicas; otra delegada destacó la importancia de ultimar un plan de acción integral acerca de los sistemas de información para la salud, según lo acordado en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017.²

257. El Delegado de México solicitó aclaración sobre los criterios aplicados al seleccionar a los integrantes de la Comisión y, señalando que no había ningún miembro de Mesoamérica, preguntó si se había tenido en cuenta la representación geográfica. También pidió más información acerca de la naturaleza de las asociaciones de la Comisión con los Estados Miembros e instó a que la Comisión solicitara aportes de las autoridades nacionales de salud. Señaló que México tenía un observatorio nacional sobre las inequidades en materia de salud y que le complacería intercambiar información acerca del observatorio con la Comisión.

258. Una delegada dijo que su delegación había esperado que el resumen del informe de la Comisión se pusiera a disposición del Comité para el debate. Sugirió que debería distribuirse a los Estados Miembros antes del Consejo Directivo y que el informe final completo se presentara después al Consejo.

259. La doctora Jiménez explicó que la Comisión era una entidad independiente formada por expertos. Sus integrantes desempeñaban sus funciones a título personal, no como representantes de sus gobiernos respectivos. Se habían seleccionado después de un examen detallado de numerosos factores, uno de los cuales había sido la representación geográfica. La Oficina se había esforzado por incluir tantos países como había sido posible en las asociaciones con la Comisión. México había sido uno de los países asociados. Había habido comunicación constante con los funcionarios de gobierno de los países asociados y la información para el examen de la evidencia científica se había recopilado directamente de los funcionarios de esos países.

260. En cuanto a la sugerencia de que debería presentarse el informe final completo al Consejo Directivo, explicó que, aunque los integrantes de la Comisión pudieran finalizar su informe antes de septiembre —lo que era muy poco probable— sería imposible que la Oficina lo tuviera traducido en los otros tres idiomas oficiales de la Organización a tiempo para presentarlo al Consejo Directivo. Sin embargo, el resumen se pondría a disposición

² Véase el informe final de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, documento CSP29/FR (2017), párrafos 93 al 101.

en los cuatro idiomas oficiales antes de septiembre. Incluiría también un resumen de las recomendaciones de la Comisión.

261. La Directora, al observar que la equidad era un tema fundamental en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas, en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS, dijo que el informe de la Comisión aportaría evidencia importante que se utilizaría en la política y en la toma de decisiones para abordar las desigualdades y las inequidades persistentes en la Región. Se esperaba que el informe contribuyera al logro no solo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, sino también de otras metas. Como había explicado la doctora Jiménez, no sería posible tener el informe final listo para septiembre. Sin embargo, la Oficina estaba planificando la divulgación regional del informe en una fecha posterior, en cuyo momento esperaba contar con la participación de los Estados Miembros en un debate fructífero acerca de cuál sería la mejor manera de poner en práctica las recomendaciones de la Comisión.

262. El Comité tomó nota del informe.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (documento CE162/INF/8)

263. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento del Programa de Emergencias de Salud, OSP) presentó el informe, en el que se suministraba una actualización acerca del progreso de los Estados Miembros en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y se examinaban las medidas tomadas por los Estados Miembros y la Oficina para fortalecer las capacidades básicas del RSI y responder a los eventos agudos de salud pública. También se ponían de relieve los temas en los cuales era necesaria la acción concertada constante.

264. Durante el período abarcado por el informe (de julio del 2017 a marzo del 2018), se habían notificado 70 eventos agudos de salud pública, 60% por los Estados y 40% por otras fuentes no oficiales. Todos habían sido investigados; 28 guardaban relación con enfermedades transmisibles, como la difteria, el sarampión, la fiebre amarilla y la malaria. El informe se presentaba información sobre los países afectados.

265. En el período objeto del informe, se habían registrado mejoras sustanciales en todas las capacidades básicas del RSI. Se habían logrado avances notables en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a los eventos químicos y a las situaciones de emergencia radiológica, en especial en los países del Caribe. En términos generales, la Región de las Américas era una de las más avanzadas con respecto al cumplimiento de los requisitos de capacidades básicas. La Región también mostraba un alto grado de cumplimiento de los requisitos de naturaleza administrativa, como la presentación de informes anuales por los Estados Partes.

266. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado en la aplicación del Reglamento y el fortalecimiento de las capacidades básicas de salud pública en la Región, aunque los delegados reconocieron que todavía se necesitaba más trabajo para

lograr y mantener la aplicación plena. También se observó la necesidad de mayor transparencia y rendición de cuentas mutuas. Los delegados reafirmaron el compromiso de sus países con la aplicación del Reglamento y expresaron su apoyo al *Proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018-2023* y al marco de seguimiento y evaluación del RSI. Aunque se reconocía la posible utilidad de las tres herramientas de seguimiento voluntario del marco, varios delegados subrayaron que la autoevaluación y la presentación de informes anuales debería seguir siendo el único requisito para los Estados Partes.

267. Otros delegados destacaron el valor de las evaluaciones externas conjuntas para determinar dónde estaban funcionando bien las capacidades básicas y dónde había posibilidades de mejorar. El Delegado de Canadá informó que su país estaba participando en una evaluación externa conjunta, y alentó a otros países a que consideraran la posibilidad de emprender tales evaluaciones y a que apoyaran el proceso de evaluación en otros países. Se reconoció que las evaluaciones externas conjuntas siempre debían tener en cuenta el contexto y las necesidades del país; se subrayó además que no deberían usarse como indicadores de la aplicación del RSI ni como condiciones para la adjudicación del financiamiento de los organismos internacionales.

268. Varios delegados afirmaron la necesidad de fortalecer la aplicación del Reglamento en respuesta a los retos de salud pública planteados por las migraciones. El Delegado de Colombia describió los retos que su país estaba intentando resolver como resultado de una llegada masiva de migrantes de la República Bolivariana de Venezuela, de los cuales 800.000 habían establecido residencia en el país; otro medio millón transitaba a través de Colombia de camino a otros países. Como resultado, la demanda de servicios de salud había aumentado sustancialmente y se había registrado un incremento de los eventos de salud pública asociados con las enfermedades prevenibles mediante vacunación. El delegado señaló que la situación también estaba afectando a otros países y entrañaba un riesgo para la salud pública de alcance regional. Agradeció a la Oficina y a otros Estados Miembros el apoyo que habían brindado para ayudar al gobierno colombiano a atender las necesidades de salud de la población migratoria y manifestó la esperanza de que se siguiera recibiendo dicho apoyo.

269. La Delegada de la República Bolivariana de Venezuela reconoció que su país estaba pasando por una situación compleja, que lamentablemente había repercutido en el sector de la salud. Señaló que el país también se había visto afectado por una serie de sanciones, que le habían impedido comprar medicamentos. Subrayó que su gobierno estaba muy consciente de la responsabilidad que tenía con respecto a sus ciudadanos en el ámbito de la salud y que “no delega la responsabilidad que tiene sobre sus habitantes”, pero estaba preocupada de que no parecía existir la voluntad por parte de las autoridades de salud — como había sido el caso en otras situaciones que afectaban la salud en las zonas fronterizas en la Región— de trabajar de manera colaborativa. Por el contrario, la situación de la salud en Venezuela se había usado para fines políticos. Expresó su agradecimiento a la Oficina por el apoyo técnico de alto nivel que había prestado para ayudar a su país a abordar los retos de salud que estaba enfrentando.

270. El doctor Ugarte, al expresar su agradecimiento a los Estados Miembros por sus iniciativas en curso para mejorar las capacidades básicas, confirmó que solo la autonotificación era obligatoria de conformidad con el Reglamento. Señaló que, no obstante, varios países de la Región habían efectuado simulacros voluntarios y evaluaciones externas conjuntas. Indicó que los resultados de la evaluación en marcha en Canadá podrían resultar útiles no solo para ese país, sino también para otros, puesto que habían participado expertos de varios países de la Región de las Américas, al igual que de otras regiones. Con respecto a los informes acerca de brotes de enfermedades mencionados en el documento CE162/INF/8, observó que eran una demostración de la colaboración y había permitido a los países mejorar su capacidad para enfrentar juntos esos retos.

271. La Directora agregó que el hecho de que los países hubieran podido detectar y responder con prontitud a los brotes de sarampión y otras enfermedades era la confirmación de su éxito en el fortalecimiento de sus sistemas de vigilancia y su capacidad para responder a los eventos de salud pública de importancia internacional. No obstante, solo 60% de los eventos agudos de salud pública en el período del informe habían sido notificados por las autoridades nacionales, lo que indicaba la necesidad de mayor transparencia y apertura. Recordó que numerosos Estados Miembros habían aceptado algún nivel de evaluación independiente cuando la Región se estaba preparando para la posible introducción del virus del Ébola, algunos años atrás, y les aseguró a los Estados Miembros que la Oficina seguía dispuesta a apoyar a cualquier Estado Miembro que deseara emprender una evaluación externa conjunta, cuyo objetivo sería ayudar al país a detectar toda mejora necesaria con respecto a sus capacidades básicas y su preparación.

272. El Comité 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 CE162/INF/9)

273. La señora Cristina Luna Ribadeneira (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido una actualización en marzo acerca de la situación del suministro de la vacuna inactivada contra la poliomielitis en la Región de las Américas y de los esfuerzos de la Oficina para asegurar que se dispusiera de cantidades adecuadas de la vacuna a través del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Se había informado al Subcomité que la Oficina esperaba poder adquirir vacunas suficientes para satisfacer una proporción mayor —aunque no toda— de la demanda del 2018, y que estaba tramitando cantidades mayores para el 2018 y el 2019. También se había informado al Subcomité acerca de los pasos que se estaban dando a fin de preparar a los países para que administraran una fracción de la dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV, por su sigla en inglés) en caso de que resultara imposible obtener suministros suficientes para satisfacer plenamente la demanda de la vacuna.

274. El Subcomité había subrayado la importancia de mantener la erradicación de la poliomielitis en la Región y había elogiado los esfuerzos de la Oficina para garantizar

suministros suficientes de la IPV y preparar a los países para hacer frente a la posible escasez de la vacuna. Los delegados habían apoyado la administración de una fracción de la dosis, aunque se había señalado que la decisión de usar una fracción de la dosis debía tomarse a nivel nacional a la luz de las consideraciones reglamentarias y programáticas, además de los factores contextuales. Se instaba a la Oficina a que siguiera impartiendo capacitación para el personal de salud en todos los aspectos de la introducción de la IPV, incluido el uso de una fracción de la dosis.

275. En el debate del informe en el Comité Ejecutivo, los delegados afirmaron la importancia de mantener la erradicación de la poliomielitis en la Región y subrayaron la necesidad de las actividades concertadas para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis. Una delegada hizo hincapié en la necesidad de aumentar la concientización tanto en los profesionales de la salud pública como en el público general acerca de la importancia de la vacunación; además, era preciso alertarlos acerca de la posibilidad de la reintroducción del poliovirus salvaje y de la aparición del poliovirus de origen vacunal, y de notificar e investigar todo caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años. Otra delegada observó la amenaza para las iniciativas mundiales de erradicación planteadas por la escasez mundial de la IPV y por el hecho de que algunos países fuera de la Región todavía no habían podido introducir la vacuna con virus inactivados.

276. Algunos delegados observaron la función estratégica del Fondo Rotatorio al negociar un suministro oportuno y suficiente de las vacunas a precios asequibles, mientras que una delegada señaló que el Fondo era un mecanismo importante para la cooperación Sur-Sur. Se solicitó más información acerca de las negociaciones, en particular con respecto a la disponibilidad y al precio de la vacuna. Los delegados aplaudieron los esfuerzos de la Oficina por prepararse para la escasez y destacaron la importancia de capacitar al personal de salud en la administración correcta de la fracción de la dosis de IPV a fin de asegurar la inmunogenia.

277. El doctor John Fitzsimmons (Jefe, Programa Especial sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, OSP) confirmó que había habido una escasez de la IPV en la Región desde el 2016. La situación había mejorado en el año en curso como resultado de la resolución aprobada por los Estados Miembros en septiembre del 2017 (resolución CSP29.R16). En cuanto a la solicitud de más información acerca de los resultados de las negociaciones con los proveedores de la vacuna, la Oficina estimaba que cerca del 95% de las necesidades de vacuna de la Región estarían cubiertas en el 2018 y entre 90% y 95% en el 2019. Sin embargo, sería necesaria una vigilancia continua del suministro de vacunas. La cadena de suministro para la IPV seguía siendo frágil, aunque estaba mejorando. Con respecto a la cooperación Sur-Sur, la Oficina esperaba que, en el 2020, otros proveedores, algunos de ellos de países en desarrollo, entrasen a formar parte del mercado, lo que ayudaría a mantener los precios bajos. La Oficina estaba colaborando muy de cerca con los asociados mundiales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para

procurar que hubiese suministros suficientes de vacuna al alcance de todas las regiones del mundo.

278. El reto para el próximo año estribaría en la aceptación de las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS en cuanto al posible esquema de vacunación de dos dosis y la dosificación fraccionada. La dosificación fraccionada creaba oportunidades para lograr ahorros significativos tanto en las dosis como en los costos. En el caso de un país, ahorraría 70% de las dosis requeridas y \$600.000.

279. El doctor Luis Andrés De Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de la Vida, OSP) destacó la importancia de introducir la dosificación fraccionada de la IPV, y señaló que la evidencia recabada por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización y el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS indicaban que dos fracciones de la dosis de la IPV eran igual o más inmunógenas que una dosis administrada por vía intramuscular. Los países de la Región habían empezado los preparativos para introducir la dosificación fraccionada, y Cuba y Ecuador ya lo habían hecho. Los materiales didácticos utilizados para preparar al personal de salud que administraba las fracciones de la dosis en Ecuador se habían mejorado como resultado de su experiencia y se usarían para ayudar a otros Estados Miembros que estaban preparándose para introducir la dosificación fraccionada.

280. El Comité tomó nota del informe.

Abordar las causas de disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento CE162/INF/10)

281. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) recordó que en el 2013 los Estados Miembros de la OPS habían aprobado la resolución CD52.R6, en la que se reconocía que el estigma y la discriminación a menudo impedían a las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT, por su sigla en inglés) tener acceso a los servicios de atención de salud que necesitaban, en especial a los servicios de salud mental, y que esta y otras manifestaciones de exclusión social y cultural daban lugar a la inequidad y la desigualdad en materia de salud y a una mayor vulnerabilidad a los resultados adversos en materia de salud. En la resolución se instaba a los Estados Miembros a que promovieran la prestación de los servicios de salud; aprobaran políticas, planes y leyes que promovieran el acceso igualitario a los servicios adaptados a las necesidades y los obstáculos específicos que enfrentan las personas LGBT; y a recopilar datos acerca del acceso a la atención de salud y a los establecimientos de salud. También se solicitaba a la Directora que elaborara un informe sobre la situación de salud y el acceso a la atención de las personas LGBT, los obstáculos que podían encontrar al buscar acceso a los servicios de atención de salud y las repercusiones del acceso reducido de esta población LGBT. En el documento CE162/INF/10 se resumía la labor realizada por la Oficina y las principales conclusiones del informe, así como las recomendaciones que podrían ayudar a los Estados

Miembros a eliminar los obstáculos enfrentados por las poblaciones LGBT y así avanzar hacia el acceso universal a la salud. El informe final de la Directora se presentaría a los Estados Miembros en el 56.º Consejo Directivo en septiembre.

282. En el debate que tuvo lugar en el Comité acerca del informe, se reconoció que las personas LGBT seguían encontrando dificultades persistentes para tener acceso a servicios de calidad. Se consideraba que los Estados Miembros tenían la obligación de reconocer las causas de las disparidades en el acceso a los servicios de salud. Un delegado describió las actividades emprendidas por su país para explorar los asuntos que repercutían en las personas LGBT, fomentar la inclusión y mejorar su acceso a la atención de salud.

283. La Directora explicó que, desde el punto de vista de la equidad, las personas LGBT eran un grupo importante que debía considerarse y que era preciso abordar el estigma y la discriminación basados en la orientación o la expresión sexuales. A pesar del progreso logrado, era necesario intensificar las actividades para fortalecer la capacidad y reducir la estigmatización y la discriminación en los servicios de salud. Por consiguiente, era indispensable mejorar la capacitación del personal de salud que prestaba servicios a la población LGBT.

284. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final (documento CE162/INF/11)

285. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) presentó el informe y señaló que se habían logrado avances hacia el logro de varios de los objetivos incluidos en el plan de acción. Se habían visto mejoras en el desarrollo y la designación de organismos que asumieran el liderazgo como entes coordinadores, así como en la legislación sobre la conducción bajo la influencia del alcohol y el uso de sistemas de retención infantil. Sin embargo, quedaba mucho por hacer. Aún se necesitaban reformas para mejorar las leyes sobre la velocidad, el uso obligatorio del casco para ciclistas y el uso obligatorio de cinturones de seguridad. Por otro lado, había habido retrasos en el cumplimiento y la aplicación de las leyes existentes.

286. Para aprovechar los logros alcanzados hasta la fecha, los países tenían que trabajar a fin de que se reconociera que la seguridad vial es una prioridad de salud pública, conforme a lo establecido en las recomendaciones de la Declaración de Brasilia y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Ante el considerable aumento que se había observado recientemente en las defunciones por colisiones en motocicleta en la Región, se recomendó a los Estados Miembros definir, fortalecer, o ejecutar políticas de seguridad vial dirigidas a los motociclistas. En el área de la seguridad vial general, debían tenerse en cuenta todos los factores de riesgo, incluidos los riesgos emergentes como las distracciones al volante producto del uso de dispositivos móviles y la conducción bajo la influencia de sustancias psicoactivas. La Oficina seguiría trabajando para abordar las nuevas realidades en la Región, brindando apoyo a los países en el mejoramiento de la legislación y el cumplimiento de las normas relativas a la seguridad en cuanto a la infraestructura y el transporte público y la promoción de tales normas. La Oficina también seguiría adelante

con iniciativas de cooperación internacional con actores clave de la Región, como la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe y el Banco Interamericano de Desarrollo, a fin de cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la seguridad vial.

287. Los delegados recibieron con beneplácito el informe y reafirmaron su compromiso de proseguir con los esfuerzos para alcanzar los objetivos del plan de acción, y coincidieron en que la seguridad vial debía considerarse una prioridad de salud pública. Se señaló que, aunque se habían logrado algunos avances, persistían ciertos problemas, especialmente en cuanto a la legislación y el cumplimiento de la ley, los recursos humanos y financieros y la recopilación de datos. En cuanto a estos últimos, un delegado indicó que todavía no se habían publicado los datos más recientes y, por consiguiente, posiblemente en el informe final se había subestimado el progreso logrado. Hubo consenso en torno a la necesidad de abordar temas como las distracciones al volante y la conducción bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas; se expresó preocupación acerca de los riesgos que esos comportamientos entrañaban a los peatones, los ciclistas y los motociclistas.

288. El doctor Hennis elogió el enfoque integral que habían adoptado los Estados Miembros en cuanto a la seguridad vial, y señaló que era un problema muy complejo que involucraba a muchos actores, incluidos los ministerios de transporte, de planificación urbana y del interior. Subrayó que un factor clave en la seguridad vial — el cumplimiento de la ley sobre exceso de velocidad, las distracciones al volante, el consumo de sustancias, etc.— estaba más allá del mandato de los ministerios de salud, por lo que se necesitaba un enfoque multisectorial. Informó al Comité que la OMS estaría publicando el informe sobre la situación mundial de la seguridad vial en el 2018, el cual contendría los datos más recientes. El informe regional se publicaría una vez que los datos finalizados estuvieran disponibles, y en ese punto podrían abordarse las preocupaciones relativas a la subestimación del progreso.

289. La Directora comentó que, aunque el progreso podría haberse subestimado en el informe final, aún era insuficiente, como lo demostraba que la mortalidad y la discapacidad causadas por los incidentes de tránsito seguían siendo altas, especialmente en los hombres jóvenes. Por otro lado, a raíz de la mejora de la infraestructura vial, habían aumentado los accidentes de tránsito y la mortalidad. Señaló la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial y de la inversión del gobierno en la mejora de la infraestructura vial, el cumplimiento de las leyes pertinentes, y amplios programas educativos para conductores y otros usuarios de las vías de tránsito. Además, se necesitaban medidas para abordar el problema del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, especialmente en los hombres jóvenes.

290. El Comité toma nota del informe.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final (documento CE162/INF/12)

291. El doctor Luis Andrés De Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) resumió el contenido del informe final, y señaló que solo 14 de los países y territorios en la Región (38%) había actualizado sus planes nacionales de acuerdo con el plan de acción regional. Los tres objetivos principales del plan —contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, prevenir la morbilidad materna grave y fortalecer la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas— solo se habían alcanzado parcialmente. Se había establecido como meta reducir en 21% la razón de mortalidad materna en la Región; la reducción lograda había sido de 11%. Algunos de los aspectos positivos era que varios países habían empezado a llevar registros sobre la morbilidad materna, y que había mejorado la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas. El análisis de los otros 19 indicadores de progreso o resultado mostraba en general que la notificación de cobertura era baja y que, en algunos casos, no había datos confiables. Uno de los mayores problemas había sido la falta de datos desglosados en diferentes subgrupos poblacionales, lo que planteaba un reto para el estudio de las inequidades en cuanto a salud materna.

292. Era esencial que los Estados Miembros y la Oficina mantuvieran su compromiso y persistieran con los esfuerzos para consolidar los logros alcanzados y avanzar en la agenda inconclusa en cuanto a la morbilidad y la mortalidad maternas. También debían seguir trabajando para mejorar los sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento, haciendo hincapié en el análisis epidemiológico usando indicadores desglosados por variables como edad, etnicidad, lugar de residencia e ingresos. La medición y el aseguramiento de la calidad debían incluirse como elementos esenciales en el diseño y la ejecución de intervenciones en el futuro.

293. En el debate subsiguiente, una delegada afirmó que la muerte de las mujeres durante el embarazo, el parto o poco después del parto era una tragedia para las familias y la sociedad en general, e hizo hincapié en la necesidad de realizar esfuerzos continuos para dar seguimiento y reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y mejorar los resultados de salud de las mujeres. Otro delegado señaló que la disparidad de criterios en los países al definir la morbilidad materna grave había dado lugar a una variabilidad importante en los datos notificados. Subrayó la necesidad de estandarizar las definiciones. También mencionó la necesidad de seguir fortaleciendo los registros de embarazadas y de embarazadas con morbilidad grave para obtener información que fuese exacta y siguiese los estándares internacionales.

294. El doctor De Francisco Serpa indicó que era importante ir más allá de los promedios nacionales y regionales. Se sabía que había diferencias importantes entre los distintos subgrupos poblacionales en cuanto a la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios. Era necesario fortalecer los sistemas de vigilancia para saber qué mujeres que estaban muriendo, dónde y por qué estaban muriendo, así como las razones por las cuales no podían recibir la atención de salud necesaria. Sin esa información, sería imposible generar ningún cambio significativo. Con respecto a la falta de criterios estandarizados

para definir la morbilidad materna grave, informó que la Oficina estaba trabajando con un estándar mundial nuevo conocido como “morbilidad materna extremadamente grave (o cuasincidente)” que se refería a las embarazadas que hubieran muerto de no haber llegado a un establecimiento de salud y que estaba aplicándose en algunos países de la Región, particularmente en el Caribe.

295. La Directora señaló que, debido a la “tiranía de los promedios”, era imposible especificar los sectores de la población en los que se registraba una mortalidad materna desproporcionadamente alta, aunque se sabía que las tasas eran mayores en las mujeres de los quintiles económicos más pobres, los grupos poblacionales diversos y las zonas remotas. Afirmó que la mortalidad materna era indudablemente una tragedia, y agregó que también era trágico que los indicadores del plan de acción solo se hubieran alcanzado parcialmente. Para abordar esta tragedia se necesitaba un esfuerzo continuo por parte de la Oficina y los Estados Miembros. Por consiguiente, era importante que en el nuevo *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030* (véanse los párrafos 96 a 107 anteriores) se abordara el problema de la mortalidad materna de la manera adecuada. Informó que la Oficina había asignado recursos a fin de poder asignar a un asesor a nivel P4 para que trabajase en cada uno de los 10 países con las mayores tasas de mortalidad materna, e hizo un llamamiento a los Estados Miembros para aumentar su compromiso y su inversión en acciones que tuvieran como objetivo prevenir defunciones maternas.

296. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final (documento CE162/INF/13)

297. El doctor Luis Andrés De Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) informó que la Región había logrado avances en múltiples frentes conforme a lo establecido en la *Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez*. La Región había cumplido el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, a saber, reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil en los menores de 5 años. Ese logro indicaba que los países tenían la experiencia y los medios necesarios para poner fin a la mortalidad infantil por causas prevenibles como las enfermedades transmisibles y la desnutrición. Los Estados Miembros habían ampliado el acceso a la atención de salud mediante medidas como la incorporación de agentes comunitarios de salud o visitadores médicos domiciliarios como parte de los servicios de atención primaria de salud, y habían establecido mecanismos multisectoriales para abordar diversas prioridades de la salud infantil, particularmente la promoción de un desarrollo óptimo en la niñez.

298. No obstante, el progreso en cuanto a la carga de enfermedad y la cobertura de algunas intervenciones había sido desigual entre los países y dentro de ellos. Para reducir las inequidades era esencial concentrarse las medidas de salud pública en los niños en situación de vulnerabilidad, como los de las comunidades indígenas, los romaníes, los de ascendencia africana, los migrantes, los niños con discapacidad y los de otros grupos.

Lamentablemente, los datos sobre estos niños seguían siendo limitados. Los principales retos que enfrentaba la Región en relación con la salud en la niñez eran abordar la mortalidad residual en la niñez; aumentar las medidas preventivas, en particular las dirigidas a niños en situación de vulnerabilidad; y promover las acciones que aumentasen las oportunidades para que cada niño creciese y se desarrollase plenamente.

299. El doctor De Francisco Serpa concluyó señalando que las enseñanzas extraídas de la aplicación de la estrategia y la ejecución del plan de acción, incluida la necesidad de definir indicadores precisos y cuantificables sobre el progreso en cuanto al acceso, se habían incorporado en el nuevo *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030* (véanse los párrafos 96 a 107 anteriores).

300. En el debate subsiguiente, los delegados acogieron con satisfacción el progreso logrado y destacaron la importancia fundamental que tenían los seis primeros años de vida en el crecimiento y el desarrollo infantiles. Un delegado mencionó que la inversión en la salud y el bienestar de los niños en esa etapa temprana era una de las inversiones más rentables que podía hacer la sociedad en cuanto a la repercusión social a largo plazo. Se subrayó la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales para atender las necesidades de los niños en situación de vulnerabilidad.

301. Se señaló a la atención el problema cada vez mayor del sobrepeso y la obesidad en la niñez, y se subrayó la necesidad de fomentar una alimentación saludable y promover la lactancia materna. Un delegado señaló que su país ya había alcanzado algunas de las metas y preguntó si podrían revisarse las líneas de base del indicador para reflejar la realidad actual de los países de la Región.

302. El doctor De Francisco Serpa explicó que la información de las líneas de base reflejaba la situación en el año 2011. Agregó que en el informe se indicaba el progreso logrado con respecto a esas líneas de base en el período que abarcaban la estrategia y el plan de acción, es decir, del 2012 al 2017. Señaló que la OMS y otros asociados habían dado a conocer recientemente la publicación *Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia*,³ en la cual se presentaba un marco en el que se aunaban los esfuerzos realizados en diferentes áreas para promover el desarrollo infantil saludable.

303. La Directora indicó que el acceso a la educación, el agua potable y el saneamiento, una buena nutrición, vivienda segura y saludable, y otros determinantes sociales de la salud tenían una repercusión enorme en la niñez. Por consiguiente, se necesitaban medidas multisectoriales para mejorar la salud y el desarrollo de los niños en la Región. Esperaba que en las nuevas consultas que se hiciesen sobre el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030*, los Estados Miembros prestasen especial

³ OMS, UNICEF, Banco Mundial. *Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco para ayudar a los niños sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano*. Ginebra: OMS; 2018. Hay resumen ejecutivo disponible en español:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272605/WHO-FWC-MCA-18.02-spa.pdf?ua=1>

La publicación completa disponible en inglés puede consultarse en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272605/WHO-FWC-MCA-18.02-spa.pdf?ua=1>

atención al tema de la equidad y a aquellos grupos cuyos indicadores de progreso seguían estando por debajo de los promedios regionales.

304. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final (documento CE162/INF/14)

305. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) recordó que la *Estrategia y el plan de acción sobre el cambio climático* habían sido adoptados en el 2011 con el objetivo de preparar y fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud para proteger la salud humana de los riesgos relacionados con el cambio climático. Los Estados Miembros habían logrado avances significativos en todas las líneas estratégicas de acción y en algunos casos habían superado las metas establecidas en el plan de acción.

306. Resumiendo algunos de los logros, informó que 23 Estados Miembros habían incluido información sobre el cambio climático y la salud en sus estrategias nacionales con respecto al cambio climático, 25 habían incluido indicadores del clima en los sistemas de vigilancia de la salud ambiental, 33 habían presentado las contribuciones del sector de la salud como parte de sus comunicaciones nacionales a la Secretaría de la Convención Marco sobre el Cambio Climático de las Naciones Unidas, y 27 habían finalizado una evaluación para aumentar la resiliencia de sus sistemas de salud.

307. Entre otros logros importantes también se habían encontrado la preparación y la difusión de materiales didácticos, como un curso en línea ofrecido por el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS; hasta el momento, más de 6.000 personas de 34 países habían tomado este curso. Además, se habían establecido asociaciones intersectoriales con diversos organismos internacionales con miras a integrar las consideraciones de salud y sentar las bases para el trabajo intersectorial en el ámbito del cambio climático.

308. En el informe se indicaron varias medidas para mantener el progreso logrado, como aumentar la capacidad de los ministerios de salud y seguir brindando apoyo a la participación de los representantes del sector de la salud en la agenda mundial sobre el cambio climático, reconocer las vulnerabilidades de los sistemas de salud y elaborar planes y hojas de ruta para abordarlas, y formular propuestas para recaudar fondos a fin de aumentar la resiliencia de los sistemas de salud al cambio climático y atenuar sus efectos.

309. En la discusión subsiguiente, los delegados felicitaron a la OPS por su liderazgo y sus esfuerzos para promover medidas con el fin de abordar los riesgos que entrañaba el cambio climático en el ámbito de la salud y el bienestar. Se señaló que los huracanes recientes en la Región habían demostrado el impacto que el cambio climático podía tener en las personas, los sistemas de salud y las sociedades, y habían subrayado la necesidad de prepararse para las repercusiones que tendría en el futuro. Se reconoció el papel de la información sobre el clima en los preparativos en el ámbito de la salud pública y la prestación de servicios de salud, y se alentó a los Estados Miembros a seguir invirtiendo

en la resiliencia de los sistemas de salud. Una delegada acotó que, aunque la OPS podría agregar valor al suministrar asistencia técnica, los países debían tomar las riendas en cuanto al establecimiento de prioridades en las medidas de adaptación.

310. Los delegados aplaudieron el progreso logrado conforme a lo establecido en la estrategia y el plan de acción, aunque reconocieron que debía hacerse más. Destacaron la importancia de abordar los riesgos del cambio climático para la población rural y las comunidades indígenas, así como la importancia de las medidas intersectoriales. Señalaron que, aunque en el informe se indicaba que se había registrado progreso en cuanto a las medidas de mitigación, también era importante mostrar un progreso tangible con respecto a la adaptación. A este respecto, la Delegada de Canadá informó que su gobierno había colaborado recientemente con la OPS, la OMS y la Organización Meteorológica Mundial para elaborar un informe titulado *Climate Change and Health Vulnerability and Adaptation Assessment Guidelines for Small Island Developing States in the Caribbean* [cambio climático y directrices para la evaluación de la adaptación y la vulnerabilidad en materia de salud en los pequeños Estados insulares del Caribe].

311. La Delegada de Estados Unidos solicitó revisar una oración del párrafo 7 del informe que decía textualmente “Estas [actividades] deben tomar en consideración las iniciativas internacionales pertinentes, como el Acuerdo de París del 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030” para que dijera: “Estas [actividades] deben tomar en consideración las iniciativas internacionales pertinentes, como el Acuerdo de París del 2015, según corresponda, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030”.

312. El doctor Espinal coincidió con que el cambio climático era un problema multisectorial. Sin embargo, desde el punto de vista de una organización como la OPS, el centro de la atención era la salud y, específicamente, que los países la tuvieran en cuenta cuando llevaran a cabo las evaluaciones y que abordaran las preocupaciones relativas a la salud en los planes de adaptación. La Oficina reconoció que la formulación de tales planes era una actividad impulsada por los países y que su función era prestar cooperación técnica. Con ese fin, la Directora había creado recientemente una unidad nueva que analizaría los determinantes ambientales de la salud, incluido el cambio climático. Estaba desplegándose personal en Centroamérica y el Caribe para seguir ayudando a los Estados Miembros a elaborar sus planes de adaptación y para que incluyeran un componente sólido relacionado con la salud.

313. La Directora comentó que, aunque el período que abarcaba la estrategia y el plan de acción había concluido, las actividades relativas al cambio climático y la salud no solo debían proseguir, sino que además debían intensificarse. Agregó que en octubre del 2018 se realizaría en Granada una reunión sobre el cambio climático y la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo. Haciéndose eco de los comentarios del doctor Espinal, subrayó la necesidad de que los esfuerzos de movilización de recursos en el ámbito del cambio climático tuvieran en cuenta la salud y las necesidades de formación de capacidad de los ministerios de salud.

314. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final (documento CE162/INF/15)

315. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) presentó el informe final sobre la *Estrategia y plan de acción sobre eSalud*, y señaló que los avances tecnológicos ofrecían nuevas oportunidades para revolucionar el sector de la salud. La existencia de más de 1.100 millones de planes de telefonía móvil en la Región y el hecho de que 66% de la población tenía conexión a internet estaba facilitando el desarrollo de la *eSalud*, lo cual permitía superar obstáculos geográficos, proporcionar intervenciones de salud apropiadas, reducir los costos y promover modos de vida saludables.

316. En el informe final se destacaron tres logros principales. En primer lugar, la Oficina había determinado lo que se necesitaba en el ámbito de la *eSalud* y cómo obtenerlo. En segundo lugar, la Oficina y los Estados Miembros habían elaborado documentos metodológicos y directrices relativos a la *eSalud* que incluían apoyo al establecimiento de prioridades en las políticas adoptadas en este campo. Gracias a ello, el número de países con estrategias nacionales de *eSalud* había aumentado en 50%, y 25 países estaban en la fase de formular estrategias para el desarrollo de la *mSalud* (uso de dispositivos móviles en la salud). En tercer lugar, el uso de soluciones de salud digital en la Región estaba en aumento; 16 países habían indicado que utilizaban la *mSalud* para la vigilancia y el seguimiento, 9 tenían sistemas electrónicos de información de salud que proporcionaban información instantánea y segura al personal autorizado, y 17 ofrecían servicios de telerradiología.

317. No obstante, persistían los retos. La interoperabilidad organizacional y tecnológica de los sistemas de salud seguía siendo problemática debido a la falta de integración entre los sistemas de información existentes. La iniciativa de Sistemas de Información para la Salud, puesta en marcha en el 2017, estaba ayudando a abordar tanto ese como otros problemas.

318. Los delegados recibieron con beneplácito el informe y aplaudieron el progreso logrado. Reconocieron que la *eSalud* era una herramienta valiosa para mejorar la salud de la población, fortalecer la capacidad nacional para promover la salud, y prevenir las enfermedades no transmisibles. En ese sentido, un delegado informó que su país estaba promoviendo el uso de la *mSalud* en la prevención y el manejo de la diabetes. Otros delegados informaron que sus países estaban usando la *eSalud* para mejorar las comunicaciones, los sistemas de información y la gestión del conocimiento para la toma de decisiones. Sin embargo, a pesar de este progreso, se consideró necesaria la colaboración constante de la Oficina en cuanto a la evaluación de las tecnologías, la formación de capacidad, la interoperabilidad, y el seguimiento y control de los determinantes de la salud.

319. El Subdirector indicó al Comité que la Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros en esas áreas, particularmente en el fortalecimiento de los sistemas de información de salud por medio de la iniciativa de Sistemas de Información para la Salud.

Señaló que un aspecto importante de esta iniciativa era el análisis de la madurez de los sistemas de información de los países para poder detectar y atender necesidades específicas.

320. El Comité tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final (documento CE162/INF/16)

321. La doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP), en su calidad de gerente interina de la Oficina de Gestión del Conocimiento y Publicaciones, presentó este informe final y recordó que la *Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones*, aprobados en el 2012, tenían como objetivo cerrar la brecha entre el conocimiento y la toma de decisiones sobre la salud en la Región, promoviendo un entorno que fomentara la producción, el intercambio, la comunicación y la aplicación del conocimiento de una manera eficaz en beneficio de la salud. En el informe final se resumían los logros alcanzados durante el período de ejecución y se identificaban las mejores prácticas, las enseñanzas extraídas y los retos.

322. Se habían logrado avances importantes y se habían alcanzado la mayor parte de las metas. Había aumentado el número de Estados con políticas o programas relacionados. Dieciocho Estados Miembros habían adoptado el Campus Virtual de Salud Pública como plataforma de ciberaprendizaje y se estaba creando un nódulo subregional para el Caribe. Muchos Estados Miembros habían adoptado el Programa Hinari de Acceso a la Investigación para la Salud y la Biblioteca Virtual en Salud como plataformas; por medio de esta última se habían puesto a disposición bases de datos como LILACS y MEDLINE. La Oficina había creado 90 listas de distribución (*listservs*) en diversos temas de salud pública para facilitar la difusión rápida de información nueva a los Estados Miembros. Además, se habían establecido tres centros colaboradores sobre la gestión del conocimiento y se estaba negociando el establecimiento de otros tres.

323. La Oficina continuaría realizando esfuerzos para organizar la plétora de información disponible en internet, clasificarla y poner a disposición el conocimiento correcto a las personas indicadas en el momento propicio y en el formato adecuado. Se alentaba a los Estados Miembros a seguir trabajando en la gestión del conocimiento, el acceso a la información y la comunicación en el ámbito de la salud como elementos clave de sus políticas, programas y prácticas. Considerando las mejoras y los cambios acelerados que se registraban en muchas áreas de la práctica de la salud, la disponibilidad de información de salud y el acceso a dicha información, así como el intercambio de conocimientos, serían cruciales para el logro los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se invitó a los Estados Miembros a seguir trabajando en pro del logro de las metas y los objetivos de la estrategia.

324. La Directora comentó que la gestión del conocimiento requería un trabajo constante tanto dentro de la Oficina como en su labor con los Estados Miembros. Por consiguiente,

se proseguiría con los esfuerzos a fin de que los Estados Miembros estuviesen al mando de la información que requerían en las diversas etapas de su desarrollo.

325. El Comité tomó nota del informe.

La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final (documento CE162/INF/17)

326. El señor Alberto Kleiman (Director, Departamento de Relaciones Externas, Alianzas y Movilización de Recursos) recordó que en el año 2008 el 48.º Consejo Directivo había aprobado un documento de política sobre la salud y las relaciones internacionales (documento CD48/15), en el que se había destacado el papel de la cooperación internacional como factor contribuyente en el desarrollo nacional de la salud. En ese documento también se había señalado la necesidad de fortalecer la capacidad de los equipos nacionales para obtener mejores resultados en el ámbito de la cooperación internacional.

327. En el informe final que se presentó a la consideración del Comité Ejecutivo se describían las principales medidas que había adoptado la Oficina en respuesta a la resolución correspondiente (resolución CD48.R16). Entre esas medidas se encontraban colaborar activamente con los Estados Miembros en el fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de la salud dentro de los ministerios de salud, organizar talleres y otras oportunidades de capacitación (por ejemplo, por medio del Programa de Líderes en Salud Internacional, de la Oficina), y supervisar la iniciativa de cooperación entre los países para el desarrollo de la salud (CCHD, por su sigla en inglés) y su mecanismo de financiamiento del tipo de los “fondos semilla” para promover la cooperación. Además, la Oficina había trabajado para promover la coordinación y las sinergias con los mecanismos de integración subregional en la Región.

328. El señor Kleiman concluyó sus comentarios señalando que, en los 10 años que habían transcurrido desde la aprobación de la resolución CD48.R16, el contexto, las herramientas y los enfoques habían evolucionado, pero lograr la continuidad y la consolidación del desarrollo de la diplomacia y las relaciones internacionales en el ámbito de la salud seguía siendo un reto que requería compromiso y participación permanentes.

329. En el debate subsiguiente, los delegados recibieron con beneplácito los esfuerzos de la Oficina para ayudar a fortalecer las oficinas de relaciones internacionales en el ámbito de la salud y la instaron a seguir realizando tales esfuerzos. A este respecto, acogieron con agrado la creación de una comunidad virtual de práctica. Los delegados también subrayaron la necesidad de seguir fortaleciendo la capacidad en cuanto a diplomacia en la salud, la gestión de la cooperación internacional y la participación en la gobernanza mundial de la salud. Se puso de relieve el valor de sistematizar e intercambiar experiencias exitosas y mejores prácticas en esas áreas. La Delegada de Panamá señaló que una reunión reciente con representantes de las oficinas de relaciones internacionales de la salud celebrada en su país había brindado una excelente oportunidad para intercambiar experiencias. Se indicó que podría ser útil crear un marco de criterios o indicadores para evaluar las capacidades básicas de las oficinas de relaciones internacionales de la salud.

330. También se instó a la Oficina a seguir apoyando la cooperación técnica entre países, lo que incluye el mecanismo de los “fondos semilla”. Se indicó que las representaciones de la OPS en los países debían trabajar con las oficinas de relaciones internacionales de la salud para determinar las áreas en las cuales esta cooperación podría generar el máximo beneficio. También se encomió el trabajo de la Oficina con los mecanismos de integración subregional y se destacó la importancia de coordinar las agendas regionales con las agendas de los mecanismos subregionales.

331. El señor Kleiman señaló que había tomado nota de todas las observaciones y recomendaciones, las cuales serían útiles en los esfuerzos que realizase la Oficina en el futuro para fortalecer la capacidad de los ministerios de salud en cuanto a la gestión de la cooperación y las relaciones internacionales en el ámbito de la salud.

332. La Directora indicó que sentía un gran orgullo al ver cuántas oficinas de relaciones internacionales de la salud habían florecido gracias a las actividades descritas en el informe. Señaló que, como parte del fortalecimiento de la capacidad nacional de diplomacia y relaciones internacionales en el ámbito de la salud, la Oficina había impartido capacitación a nivel nacional para los funcionarios que habían asistido a las sesiones de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS para que su participación fuese más significativa. Aseguró al Comité que la Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para fortalecer la capacidad nacional y mejorar la participación de la Región en las relaciones internacionales.

333. El Comité tomó nota del informe.

Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final (documento CE162/INF/18)

334. La señora Ana Solís-Ortega Treasure (Directora, Departamento de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) señaló que la Organización había trabajado por mucho tiempo con instituciones nacionales de diversos sectores, entre las cuales había laboratorios de ideas, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil. Estas relaciones habían enriquecido los procesos de consulta llevados a cabo en los países para formular las estrategias de cooperación en los países, y habían facilitado la difusión y aplicación de políticas, normas y patrones en el ámbito de la salud pública. La Oficina reiteraba su compromiso de seguir colaborando con las instituciones nacionales conforme a lo establecido en el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (FENSA, por su sigla en inglés) (véase del párrafo 30 al 33).

335. El Comité tomó nota del informe.

Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final (documento CE162/INF/19)

336. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el informe, y señaló que algunos eventos recientes como los brotes

de la enfermedad por el virus del Ébola y el virus del Zika habían planteado retos éticos sin precedentes en la Región de las Américas y habían dejado claro que, si bien no era sencillo integrar la ética en la labor de salud no era sencillo, era necesario hacerlo. Recordó que en el 2012 la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana había aprobado un documento conceptual titulado *Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* (documento CSP28/14, Rev. 1), que había marcado un hito importante en el compromiso regional de impulsar la bioética. En este informe final se resumían los avances notables que desde entonces habían logrado los Estados Miembros al impulsar la integración de la ética en la salud, centrándose en dos áreas prioritarias clave: la ética de la investigación y la ética de la salud pública.

337. Los Estados Miembros habían elaborado marcos normativos y habían fortalecido su capacidad para realizar revisiones éticas minuciosas y eficientes de las investigaciones con seres humanos. La Oficina había apoyado esos esfuerzos al suministrar una detallada orientación ética, así como orientación práctica y recursos para facilitar las revisiones éticas. En el ámbito de la ética de la salud pública, se había prestado especial atención a integrar la ética a los procesos de toma de decisiones y establecimiento de prioridades para brindar apoyo al logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

338. En el informe se hacía un llamamiento para que se continúen los esfuerzos en la Región de las Américas a fin de integrar la ética en la salud y, específicamente, fortalecer los sistemas de ética de la investigación para que las investigaciones siempre sean éticas y para integrar sistemáticamente la ética en el trabajo de salud pública y los procesos de toma de decisiones.

339. En el debate subsiguiente, una delegada señaló que coincidía con la conclusión del informe en cuanto a los avances notables que se habían alcanzado, pero señaló que era necesario seguir trabajando en la mejora de los sistemas de ética. Indicó que para fortalecer los sistemas de ética de la investigación debían plantearse recomendaciones más específicas, como promulgar leyes y normas apropiadas y formular directrices; crear la capacidad de los comités de ética de investigación tanto a nivel local como a nivel nacional; fortalecer los mecanismos de cumplimiento y supervisión; y capacitar a los investigadores en cuanto a la ética de la investigación.

340. Otro delegado señaló que su delegación presentaría por escrito observaciones sobre las experiencias de su país a fin de actualizar y enriquecer la información presentada en el informe.

341. El doctor Fitzgerald indicó que la Oficina agradecería la información, y agregó que había sido difícil decidir cuáles de los numerosos avances alcanzados se destacarían en el informe. Un logro notable había sido que 25 países de la Región ahora tenían un marco jurídico específico para velar por los principios éticos en la salud. Esto implicaba un progreso significativo con respecto a la situación cinco años antes. Aún había puntos débiles con respecto al cumplimiento, por lo que la Oficina estaba haciendo un llamado para que se adoptara un enfoque más sistémico en las revisiones éticas a fin de que implementasen realmente las políticas y los reglamentos en vigor.

342. El Subdirector señaló que todavía había muchos investigadores que no apreciaban la importancia de garantizar una revisión bioética de todos los proyectos de investigación. Era importante dejar claro que el objetivo de tales revisiones no era obstaculizar las investigaciones sino proteger a los seres humanos. De igual manera, el objetivo de integrar la ética en el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones de salud pública era proteger a los grupos vulnerables de la población y no dejar a nadie atrás.

343. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE162/INF/20, A-K)

A. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso

344. Los delegados ratificaron su apoyo a la estrategia y el plan de acción, y recibieron con beneplácito el progreso alcanzado hacia el logro de las metas y objetivos, aunque al mismo tiempo reconocieron la necesidad de realizar esfuerzos adicionales para abordar el problema de la violencia contra la mujer y ponerle fin. Los delegados también apoyaron las acciones propuestas en el informe para mejorar la situación. Se reconoció que era particularmente importante trabajar para abordar la intersección entre las diversas formas de violencia. Varios delegados señalaron que la violencia contra la mujer era un problema complejo y multifactorial, y subrayaron la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales y multidisciplinarios. Los delegados describieron algunas de las medidas que se estaban tomando en sus países para aplicar la estrategia y plan de acción, y ofrecieron transmitir las experiencias exitosas a otros países.

345. Un delegado hizo hincapié en la importancia de llevar a cabo un seguimiento de las repercusiones específicas de la violencia en las adolescentes y alentó a la Oficina a que incluyera datos desglosados por edad en los informes de progreso que presentara en el futuro y a que apoyara a los Estados Miembros para que creasen una mayor capacidad en cuanto al desglosamiento de datos. Otra delegada instó a los países a incorporar la salud sexual y reproductiva en los planes nacionales para abordar la violencia contra la mujer. Un tercer delegado mencionó la necesidad de realizar investigaciones operativas para aportar evidencia que sirviese de base para la toma de decisiones y, en particular, permitiese determinar las medidas que eran eficaces para la prevención primaria de la violencia. También subrayó la necesidad de incorporar a los planes de estudios de las escuelas de medicina programas de capacitación relacionados con la violencia contra la mujer.

346. Se indicó que en el informe que se elaboraría para el 56.º Consejo Directivo deberían mencionarse de manera más explícita ciertos problemas específicos de salud mental asociados con la exposición a la violencia, como la depresión, el comportamiento suicida y el trastorno de estrés postraumático. También se consideró que debía señalarse la posibilidad de que hubiese complicaciones en el embarazo en las mujeres que eran víctimas de la violencia —en especial, el peso bajo al nacer— y que las lesiones físicas causadas por la violencia debían mencionarse de una manera más directa.

347. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) felicitó a los Estados Miembros por el progreso alcanzado al abordar el problema de la violencia contra la mujer. Afirmó que este problema representaba un importante reto de salud pública y que, tal como se había indicado, requería la adopción de medidas multisectoriales. Reconoció que era necesario desglosar más los datos, y señaló que no se había logrado ningún avance en el indicador 1.1.3 que instaba a aumentar el número de Estados Miembros que podían proporcionar datos sobre homicidios, desglosados por edad, sexo y relación entre la víctima y el agresor. Señaló que esperaba recibir información adicional sobre las iniciativas nacionales emprendidas con el fin de reducir y prevenir la violencia contra la mujer, y agregó que con esa información se presentaría un informe más sólido al 56.º Consejo Directivo.

348. El Subdirector dijo que era importante reconocer el papel de la masculinidad y la paternidad en el problema de la violencia contra la mujer. La relación que los varones tenían con sus padres podía ser un factor que contribuyese al comportamiento violento en etapas posteriores de la vida. También era importante reconocer el importante papel que podían desempeñar los profesionales médicos al detectar el problema y notificarlo ante las autoridades judiciales.

349. El Comité 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*

350. Los delegados coincidieron en que enfrentar la obesidad en la niñez y la adolescencia era una prioridad de salud pública. Al mismo tiempo, se señaló que las acciones que emprendieran los gobiernos, por sí solas, no podrían revertir la epidemia de obesidad, y se subrayó la necesidad de adoptar medidas multisectoriales. Varios delegados describieron las iniciativas que sus países habían emprendido para frenar el ascenso en las tasas de sobrepeso y obesidad en la población joven, como los impuestos a las bebidas azucaradas, las restricciones a la promoción y publicidad de alimentos poco saludables, los reglamentos con respecto a los alimentos servidos en los comedores escolares, el etiquetado en el frente de los envases y las estrategias para promover la actividad física. Un delegado informó que la prevalencia de la obesidad en los niños en edad escolar se había estabilizado gracias a la estrategia nacional que había adoptado su país para combatir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Se subrayó la importancia de transmitir las experiencias exitosas.

351. Una delegada señaló que, a pesar de que se había logrado un avance significativo con algunos indicadores, en otros casos el progreso era escaso. Subrayó la necesidad de que todos los Estados Miembros se comprometieran con el logro de las metas y los objetivos del plan. Los delegados agradecieron las recomendaciones presentadas en el informe. Un delegado señaló que estas recomendaciones podían fortalecerse de alguna manera; por ejemplo, la relativa al acceso a las ciclovías recreativas también debía promover un mayor acceso a los parques y otras áreas recreativas. Otra delegada cuestionó la recomendación sobre las etiquetas de advertencia en el frente de los envases; en su opinión, era necesario alentar a las autoridades nacionales a promover una alimentación

saludable y equilibrada, incluida la transmisión de mensajes positivos, en lugar de centrar los recursos en la obligatoriedad de enviar mensajes negativos. La misma delegada dijo que su gobierno no apoyaba la importancia que se daba en el informe a la aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas, puesto que la evidencia usada para evaluar la repercusión de estos impuestos en la salud todavía no era concluyente.

352. Los delegados también subrayaron la necesidad de vincular las actividades previstas en este plan con el plan de acción mundial de la OMS para el período 2018-2030 *Actividad física para la salud*, recientemente aprobado, y con los esfuerzos para luchar contra las enfermedades no transmisibles.

353. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) indicó que estaba claro que los Estados Miembros reconocían que la obesidad en la niñez era una emergencia de salud pública y que era necesario abordarla. De lo contrario, se corría el riesgo real de que, por primera vez en la historia de la humanidad, los niños de la generación actual fuesen menos saludables y tuviesen una vida más corta que sus padres. Agregó que era gratificante escuchar los logros que presentaban los delegados, pero quedaba mucho por hacer si se esperaba alcanzar los objetivos del plan de acción para el 2019. Reconoció que era importante divulgar las experiencias exitosas y señaló que la Oficina estaba trabajando para facilitar este intercambio de información. Además, la Oficina estaba tratando de recopilar evidencia sobre la repercusión de las normas y otras medidas. Coincidió con quienes señalaron que era esencial promover la actividad física y crear entornos que alentaran a las personas a hacer ejercicio.

354. El Subdirector afirmó que la obesidad era un problema multifactorial que no tenía una solución única. Cada país tenía que encontrar el enfoque más apropiado para su situación. La Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros para que determinaran cuáles eran las estrategias eficaces.

355. El Comité tomó nota del informe.

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

356. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, OSP) señaló que quedaban tres años para alcanzar los objetivos acordados por los Estados Miembros en esta estrategia y plan de acción. Considerando que 80% de la población de la Región vivía en zonas urbanas y que se preveía que esta proporción ascendería a 85% para el 2030, el tema de la salud urbana era sumamente importante. Agregó que se necesitaba un esfuerzo multisectorial para que en la planificación urbana se tuviera en cuenta la salud. Había varias iniciativas en marcha en la Región, y la Oficina esperaba poder suministrar información adicional sobre los resultados logrados hasta la fecha conforme a lo establecido en el plan de acción.

357. El Comité tomó nota del informe.

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

358. Los delegados agradecieron a la Oficina por su liderazgo en los esfuerzos por combatir la resistencia a los antimicrobianos y describieron el progreso de sus países hacia el logro de las metas establecidas en el plan de acción. Sin embargo, un delegado mencionó los impedimentos causados por las restricciones financieras y las limitaciones de la capacidad nacional. Los delegados coincidieron en que la resistencia a los antimicrobianos, tanto en los seres humanos como en los animales, representaba una importante amenaza de salud pública en todos los países, y concluyeron que el enfoque multisectorial “Una salud” era lo más prometedor para enfrentar este problema de salud pública. Señalaron la importancia de promover el uso apropiado de los antibióticos en la salud humana y animal, así como de poner fin a la venta de estos medicamentos sin prescripción, y subrayaron la necesidad de que hubiera medidas intersectoriales del sector de la salud y el sector agropecuario, colaboración entre diversas organizaciones internacionales especializadas, vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, capacitación del personal de salud y esfuerzos conjuntos de investigación, desarrollo de vacunas y métodos de diagnóstico.

359. Una delegada manifestó la esperanza de que los Estados Miembros siguiesen usando las iniciativas de investigación existentes a nivel nacional, regional y mundial, como el núcleo mundial de investigación y desarrollo sobre la resistencia a los antimicrobianos (conocido como Global AMR R&D Hub en inglés), establecido recientemente, para explorar diversas maneras de mejorar la coordinación y la colaboración. Otro delegado informó que su país estaba desempeñando un papel muy importante en el establecimiento de la iniciativa de programación conjunta sobre el instituto de investigaciones virtuales sobre la resistencia a los antimicrobianos, una red mundial de investigación que tenía como propósito comprender mejor la manera en que los microbios desarrollaban resistencia al tratamiento y lo que podía hacerse para combatirla.

360. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) subrayó la importancia de finalizar los planes nacionales de acción en esta esfera y asignar los recursos necesarios para su ejecución. Señalando que el principio de “Una salud” incluía la salud animal, ambiental y humana, informó al Comité que la Directora había fortalecido el equipo en la Sede y a nivel de país al crear un programa especial sobre la resistencia a los antimicrobianos con el objetivo de ejecutar tanto el plan de acción mundial de la OMS como el plan regional. Señaló que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa era el único de la red mundial de la OMS que estaba dedicado a la sanidad animal. Además, la OPS estaba colaborando estrechamente con las oficinas regionales de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), así como con otros organismos pertinentes. Tras subrayar lo necesario que era la investigación mundial, recordó a los delegados que desde hacía más de 50 años no se habían introducido antibióticos nuevos e instó a cumplir las leyes para combatir el uso irrestricto de antibióticos.

361. La Directora coincidió en que la resistencia a los antimicrobianos era un problema complejo con repercusiones graves tanto en el ámbito de la salud pública como en el de la salud individual. Aunque la Oficina seguiría fortaleciendo las labores a nivel institucional, era fundamental emprender medidas a nivel nacional y poner en práctica los planes nacionales de resistencia a los antimicrobianos. Para que los antibióticos sigan siendo eficaces, debían adoptarse leyes o normas que impidiesen que fueran vendidos sin prescripción médica. Por consiguiente, era fundamental fortalecer el enfoque de “Una salud” a nivel nacional. Subrayando la importancia del mejoramiento profesional continuo para todos los profesionales que recetan medicamentos (para seres humanos o para animales), la Directora instó a los Estados Miembros a intensificar los esfuerzos de educación y promoción de la salud para que el público en general se uniese a la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos.

362. El Comité tomó nota del informe.

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

363. Los delegados señalaron que se habían logrado avances considerables para alcanzar los objetivos del plan de acción, iniciar y ejecutar el *Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI-Plus)*, y promover que se examinasen todas las donaciones de sangre. Elogiaron a la OPS por el progreso logrado al aumentar la cobertura de la vacunación contra la hepatitis B mediante el apoyo brindado a los Estados Miembros para que introdujeran la administración de la vacuna al nacer. Los delegados también promovieron el apoyo a las estrategias basadas en la evidencia para la prevención, la atención y el control de las hepatitis virales, así como el fortalecimiento de la capacidad a nivel de país en cuanto a la obtención de información estratégica y análisis de la relación costo-efectividad y su utilización en la toma de decisiones. Una delegada informó que su país había elaborado un modelo matemático para calcular el número de personas que necesitaban tratamiento para la hepatitis C y señaló que otros países podrían considerar este modelo útil para la planificación estratégica. Luego de citar la necesidad de promover el acceso equitativo a los medicamentos para todos, los delegados señalaron que reducir el precio de los medicamentos antivirales era un importante motivo de preocupación.

364. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) informó al Comité que la Oficina había realizado un simulacro en Brasil usando diferentes escenarios de intervención. Felicitó a ese país por haber sido la sede de la Cumbre Mundial sobre la Hepatitis 2017. También informó que la Oficina estaba considerando cuál sería la mejor manera de colaborar con los Estados Miembros para garantizar el acceso a los medicamentos antivirales a un precio asequible.

365. El Comité toma nota del informe.

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

366. Los delegados recibieron con beneplácito el progreso significativo que había alcanzado la Región en la prevención y el control de la tuberculosis, y reconocieron el compromiso de la Oficina con el apoyo brindado a los Estados Miembros en sus esfuerzos por eliminar la tuberculosis, a nivel mundial y regional. Pusieron de relieve la necesidad de emprender acciones multisectoriales, adoptar estrategias basadas en la evidencia, hacer el diagnóstico y tratamiento tempranos, y dar prioridad al tratamiento preventivo de la tuberculosis y la búsqueda de casos de la enfermedad. Se señaló que la tuberculosis tenía una repercusión desproporcionadamente alta en los grupos vulnerables, especialmente en las comunidades indígenas. Hubo consenso en que el estigma asociado con la enfermedad y el temor a ser rechazado por la familia y el empleador podían disuadir al enfermo de buscar diagnóstico y tratamiento, lo que agravaba el problema. Una delegada comentó el papel de la diabetes en la epidemia de tuberculosis y alentó a la OPS a acelerar y realizar actividades colaborativas para la atención y el control de las comorbilidades como la tuberculosis y la diabetes. Los delegados reconocieron que era necesario hacer más para alcanzar la meta establecida para el 2019 y agregaron que esperaban con interés la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el fin de la tuberculosis, programada para el 26 de septiembre del 2018, puesto que preveían que daría un impulso a los esfuerzos por eliminar la enfermedad a nivel regional y mundial.

367. El Comité tomó nota del informe.

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

368. Los delegados aplaudieron los adelantos en cuanto a la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), y elogiaron el liderazgo de la OPS en esta esfera. Al mismo tiempo, señalaron que el avance hacia el logro de las metas relativas a las pruebas del VIH y las ITS y la cobertura del tratamiento había sido limitado, especialmente en los grupos vulnerables de la población. Una delegada destacó la importancia de agregar a las estrategias objetivos específicos sobre la resistencia a los antimicrobianos en la infección al VIH y las ITS, e instó a todos los Estados Miembros a incluir el agente patógeno de la gonorrea en sus estrategias nacionales para la prevención de la resistencia a los antimicrobianos, puesto que este agente patógeno mostraba una resistencia cada vez mayor. Dada la inquietud por la farmacorresistencia primaria, se recibió con beneplácito el énfasis de la OPS en la vigilancia y la reducción de la resistencia del VIH.

369. Los delegados felicitaron a la OPS por su liderazgo en la iniciativa mundial para la eliminación doble de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis, y aplaudieron el éxito de seis Estados Miembros en el logro de ese objetivo. Sin embargo, se señaló que datos recientes indicaban que el progreso se había estancado en el ámbito de las pruebas prenatales de la infección por el VIH y la sífilis y el tratamiento de las mujeres con resultado positivo para la sífilis, esto último debido a la escasez de penicilina benzatina.

Se consideró necesaria una cobertura más amplia de las pruebas y la profilaxis para la infección por el VIH y las ITS, junto con mayores esfuerzos para satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables, incluidas las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans e intersexuales, los trabajadores sexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se indicó que podría usarse el Fondo Estratégico de la OPS para ayudar a obtener los medicamentos y el material de laboratorio necesarios para lograr este objetivo.

370. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP) coincidió en que, a pesar de que se había logrado un progreso significativo, la Región aún tenía mucho camino por recorrer con respecto a la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS. El acceso a los antirretrovirales había aumentado y la transmisión maternoinfantil había disminuido, aunque no lo suficiente. Lo más importante era que el número de nuevas infecciones no estaba disminuyendo, y el acceso universal a los antirretrovirales no era una realidad. Los Estados Miembros tenían que seguir invirtiendo en la prevención y el control de la infección por el VIH y aprovechar el Fondo Estratégico para obtener antirretrovirales a precios preferenciales. Hoy en día nadie debería morir a causa de la infección por el VIH.

371. La Directora instó a los Estados Miembros a que renovaran su compromiso con el programa contra la infección por el VIH y las ITS, y agregó que en algunos países se estaba registrando un retroceso respecto de los logros alcanzados. Hizo hincapié en la importancia de un compromiso nacional con la prevención, las pruebas y el tratamiento, señalando que el tratamiento en sí mismo era una medida preventiva.

372. El Comité tomó nota del informe.

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

373. Se reconocieron los esfuerzos que se estaban realizando para eliminar la malaria en la Región y se felicitó a Paraguay por haber sido el primer país del continente en haber recibido la certificación de eliminación de la malaria. Se instó a los Estados Miembros a persistir en los esfuerzos para ejecutar el plan de acción. Un delegado expresó su preocupación por el brusco repunte que se había registrado en el número de casos de malaria y las muertes por esta enfermedad en un subconjunto de países de la Región, y los exhortó a aumentar los recursos internos comprometidos con la eliminación de la malaria a fin de revertir esa tendencia perturbadora.

374. El doctor Marcos A. Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OSP), luego de reafirmar la necesidad de persistir en los esfuerzos, señaló que 18 países estaban en condiciones de eliminar la malaria en un futuro próximo y siete de ellos estaban próximos a lograrlo.

375. El Comité tomó nota del informe.

I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso, Rev. 1

376. Los delegados reafirmaron su compromiso con la ejecución del plan de acción y expresaron su apoyo a los esfuerzos internacionales realizados a fin de avanzar en la reducción del riesgo de desastres. Se consideró que la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, las alianzas con interesados directos de los sectores público y privado, y la participación de la población, con un enfoque que tuviese en cuenta la equidad de género, eran importantes con el objeto de crear sistemas de salud pública sostenibles que pudieran responder eficazmente ante los eventos de salud pública y otros desastres.

377. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) señaló que la Región de las Américas era la única de la OMS que tenía un plan de reducción de riesgos de desastres, por lo que los países del continente estaban en mejor posición para responder a tales eventos. No obstante, persistían los retos y era necesario ejecutar plenamente el plan de acción. Señaló que la Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres proporcionaba un foro en el cual los países de la Región de las Américas podían analizar el progreso y los retos en este ámbito.

378. La Directora, tras subrayar la importancia del tema, señaló que ya había comenzado la temporada de huracanes del 2018. Muchas de las islas en el Caribe en ese momento no estaban en condiciones de emprender medidas de mitigación debido al grave daño infligido por los huracanes en el 2017. Era indispensable que todos los países fortalecieran su capacidad en cuanto a la reducción de riesgos, y estuvieran plenamente preparados para responder a la intensidad cada vez mayores de los huracanes y las tormentas tropicales.

379. El Comité tomó nota del informe.

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

380. El Comité tomó nota del informe.

K. Situación de los centros panamericanos

381. Una delegada manifestó preocupación por las actividades del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Explicó que su delegación había indicado claramente en muchas ocasiones que, conforme al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la comunidad internacional no reconocía el aborto como método de planificación familiar. Su gobierno no aprobaba que se prestaran o promovieran servicios de aborto como parte de las actividades a las que la OPS prestaba apoyo.

382. El Subdirector dijo que la OPS no promovía ni recomendaba el aborto como método de planificación familiar. Sin embargo, la hemorragia causada por un aborto, haya sido espontáneo o inducido, era la principal causa de mortalidad materna en la Región. Por

consiguiente, la OPS apoyaba a los Estados Miembros en el abordaje de las cuestiones posteriores al aborto, incluida la orientación sobre los métodos de planificación familiar después de un aborto, con miras a reducir el número de muertes maternas.

383. La Directora reafirmó que la OPS no promovía el aborto como una forma de planificación familiar.

384. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE162/INF/21, A-B)

A. 71.ª Asamblea Mundial de la Salud

385. La señora Mônica Zaccarelli Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el documento y explicó que en él se seguía la práctica usual de la Organización de mostrar un breve panorama sobre los asuntos tratados en la Asamblea Mundial de la Salud que eran de interés para la OPS. En el documento se presentaba la posición que habían adoptado los países de la Región de las Américas en la Asamblea de la Salud, y se resumían las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas. Entre los temas de particular interés se encontraban el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023, los preparativos para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles y los preparativos para otra reunión de alto nivel sobre la tuberculosis. Otras resoluciones y decisiones de gran interés para los países de la Región se relacionaban con la alimentación del lactante y del niño pequeño, la escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos, y la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Se proporcionaría un análisis más detallado en el informe que se presentaría al 56.º Consejo Directivo.

386. Una delegada preguntó si en el informe que se presentaría al Consejo Directivo se especificarían qué resoluciones habían sido presentadas por los países de la Región, como una que su país había presentado para mejorar el acceso a las tecnologías de asistencia y otra, copatrocinada por varios países de la Región, sobre la carga mundial de envenenamiento por mordeduras de serpiente. También planteó una pregunta acerca de la manera en que la resolución sobre la reforma del programa mundial de pasantías se aplicaría en la Región.

387. La señora Zaccarelli-Davoli respondió que las indicaciones de la delegada se tendrían en cuenta al preparar el informe para el Consejo Directivo.

388. La Directora aclaró que la OPS tenía su propio programa de pasantías y que se había estado considerando la manera de hacerlo más equitativo y más accesible, en particular para los aspirantes con recursos financieros limitados. Indicó que el tema podría tratarse en el próximo ciclo de reuniones de los Cuerpos Directivos.

B. Organizaciones de integración subregional

389. La señora Ana Solís-Ortega Treasure (Directora, Departamento de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) explicó que el objetivo de este documento era informar a los Estados Miembros acerca de las reuniones y actividades pertinentes relacionadas con la salud pública en el contexto de los procesos 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). En el informe también se suministraba información acerca del progreso en las actividades iniciadas conforme a los acuerdos de cooperación firmados entre la OPS y los organismos de integración a nivel subregional.

390. En resumen, podía decirse que los temas relacionados con la salud seguían estando entre los primeros lugares de las agendas de los organismos de integración subregional y que eran motivo de preocupación en un contexto más amplio que las reuniones de los cuerpos deliberativos que se especializaban en la salud. Un ejemplo de ese contexto más amplio era la reunión que había celebrado en el 2017 la Conferencia de Jefes de Gobierno de CARICOM, en la cual se había prestado considerable atención al tema de las enfermedades no transmisibles. La OPS tenía el mandato de formalizar la colaboración con aquellos organismos de los procesos de integración que estuviesen relacionados con la salud y se esforzaba por aplicar los convenios de cooperación con esos organismos, promover las sinergias y optimizar los recursos.

391. La cooperación técnica de la OPS respondía a las prioridades establecidas en los diversos mecanismos de integración, así como a la situación, el contexto y la dinámica de cada uno de ellos. Entre las áreas en las que la OPS podría tener un valor agregado se encontraban las negociaciones conjuntas sobre el costo de los medicamentos de precio elevado, la formulación de políticas sobre la capacitación de los recursos humanos del sector de la salud y la respuesta a las enfermedades transmitidas por vectores. La OPS mantenía su compromiso con el apoyo brindado a los mecanismos de integración subregional, como lo reflejaba el fortalecimiento de las oficinas subregionales en el Caribe, Centroamérica y América del Sur.

392. El Comité tomó nota de los informes.

Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos (documento CE162/INF/22)

393. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP), al resumir el contenido del documento CE162/INF/22, señaló que se habían registrado brotes de difteria, sarampión y malaria en la República Bolivariana de Venezuela. Las enfermedades se habían propagado rápidamente, en parte debido al movimiento poblacional tanto dentro del país como a otros países. En los países vecinos también se habían registrado brotes. Las comunidades indígenas en las zonas fronterizas se encontraban entre los grupos poblacionales más afectados.

394. El gobierno venezolano había realizado esfuerzos para garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud. Sin embargo, el sistema de salud del país se había deteriorado en los últimos cinco años, lo que había reducido el acceso gratuito a la atención de salud y los medicamentos. La mayoría de los hospitales estaban sufriendo una escasez de medicamentos y otros suministros. No obstante, el sistema de salud venezolano seguía teniendo una significativa capacidad implantada. El gobierno había iniciado un proceso de rehabilitación y fortalecimiento de los servicios de salud y, como parte de tal esfuerzo, había más de 200 proyectos en marcha.

395. En respuesta a la situación, la Oficina había intensificado sus actividades de cooperación con Venezuela en varios ámbitos. Se había dado prioridad a la cooperación con los hospitales; en el caso de los hospitales de alta complejidad se había prestado asistencia en forma de capacitación y entrega directa de suministros. También se había prestado apoyo al fortalecimiento del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia. Se había impartido capacitación al personal en cuanto a la logística, el manejo de emergencias y la notificación de riesgos. La Oficina estaba apoyando los esfuerzos del país para vacunar a la población contra el sarampión, la difteria y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, y garantizar la detección temprana y el control de la malaria. También estaba apoyando la labor realizada en cuanto a la infección por el VIH/sida, especialmente con respecto a la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y el control de la tuberculosis. Se había mantenido la cooperación en torno a las enfermedades no transmisibles, la prevención del cáncer, la salud mental, la prevención de la violencia y la seguridad vial, entre otras áreas, aunque con menor intensidad. También seguían adelante los esfuerzos por reducir la mortalidad materna.

396. La Oficina estaba colaborando con las autoridades de salud de los países vecinos para controlar los brotes de sarampión, vacunar a la población local y a los migrantes, mejorar la capacidad en los puntos de entrada y fortalecer los servicios de salud en las zonas fronterizas, incluso mediante la capacitación del personal de salud. También se estaba brindando apoyo en lo referente a la vigilancia epidemiológica, la gestión de la información, así como la detección, verificación y evaluación de riesgos.

397. El doctor Ugarte finalizó señalando que en el documento se presentaban varias recomendaciones para la República Bolivariana de Venezuela y para todos los países que tenían como objetivo, entre otras cosas, detener la transmisión del sarampión y la difteria, y prevenir la aparición de brotes de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación; reducir la morbilidad y la mortalidad por malaria y acelerar los esfuerzos para la eliminación de la malaria; fortalecer los sistemas y servicios de salud; y abordar las necesidades de salud de los migrantes.

398. En el debate subsiguiente, un delegado agradeció a la Oficina por la asistencia prestada en la respuesta a la situación de salud pública existente en la República Bolivariana de Venezuela y los países vecinos que habían recibido grandes afluencias de migrantes venezolanos. Subrayó la necesidad de seguir respondiendo a la situación con un espíritu de solidaridad y colaboración a fin de proteger los logros regionales en el ámbito de la salud pública, e hizo un llamamiento para que hubiera una mayor cooperación con

los países de tránsito y destino de los migrantes. Indicó que, además de las intervenciones recomendadas en el documento, la Oficina y los Estados Miembros debían esforzarse en fortalecer el intercambio de información sobre la dinámica de la migración y buscar oportunidades para fortalecer la cooperación en las zonas fronterizas y administrar los recursos de la cooperación internacional destinados a iniciativas regionales conjuntas.

399. La Delegada de Venezuela, luego de señalar que el documento se había transmitido a las autoridades nacionales inmediatamente después de haber sido publicado, expresó su agradecimiento a la Oficina por la ayuda brindada para abordar los desafíos que su país había enfrentado. También indicó que la Directora había realizado recientemente una exitosa visita de alto nivel a su país, que había incluido una reunión con el Presidente Nicolás Maduro. Acotó que el Presidente Maduro había aprobado \$250 millones para la compra de vacunas y otros suministros y equipos mediante el Fondo Estratégico de la OPS y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. La Constitución de Venezuela reconocía el derecho a la salud y su gobierno daba una gran importancia a la salud. Aunque enfrentaba limitaciones por las sanciones impuestas a Venezuela, el gobierno no había desatendido sus deberes y obligaciones con respecto a la salud.

400. La Directora, tras subrayar la necesidad de que todos los países mantuviesen altos niveles de cobertura de la vacunación y fortaleciesen sus sistemas de vigilancia, dijo que la Oficina tomaba muy en serio su misión y estaba comprometida con el objetivo de involucrar a todos los países. Por medio de sus diversos fondos de compras, seguiría brindando acceso a las vacunas y otros suministros médicos. Sin embargo, si la deuda de un país subía a un nivel demasiado alto, como habido sido el caso con la República Bolivariana de Venezuela, la Oficina no podía seguir aceptando nuevas solicitudes de compras. Expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por el espíritu que se había mantenido durante el debate y afirmó que la solidaridad y un enfoque común en la resolución de los problemas de salud pública permitirían que la Región pudiera mantener su papel líder frente al resto del mundo.

401. El Comité tomó nota del informe.

Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos

Cambio de fechas del 56.º Consejo Directivo (documento CE162/27)

402. La señora Mônica Zaccarelli Davoli (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP), luego de señalar que se había programado que el 56.º Consejo Directivo sesionase del 24 al 28 de septiembre del 2018, informó que se había propuesto cambiar las fechas para que el Consejo tuviera lugar del 23 al 27 de septiembre e invitó al Comité Ejecutivo a que tome una decisión sobre este asunto.

403. La Delegada de Panamá indicó que su país había hecho esta propuesta a fin de facilitar la participación de las autoridades de salud de la Región en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las

enfermedades no transmisibles, que se celebraría en Nueva York los días 26 y 27 de septiembre.

404. Los Miembros del Comité Ejecutivo apoyaron la propuesta y señalaron que, de esa manera, las autoridades de alto nivel del sector de la salud podrían participar en la primera mitad del Consejo Directivo y luego viajar a Nueva York para la reunión de las Naciones Unidas. Un delegado preguntó si comenzar el Consejo Directivo un domingo implicaría un costo adicional para la Oficina.

405. La señora Zaccarelli Davoli respondió que habría algún costo adicional, relacionado principalmente con el personal de apoyo y logística, aunque el personal de la Oficina trabajaba habitualmente el fin de semana antes de las reuniones de los Cuerpos Directivos.

406. El Comité adoptó la decisión CE162(D4), en la cual se aprobó la propuesta de cambiar las fechas del 56.º Consejo Directivo para que se reuniese del 23 al 27 de septiembre del 2018.

Clausura de la sesión

407. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 162.ª sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

408. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 162.ª sesión.

Resoluciones

CE162.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CE162/18 y Add. I) presentado por la Directora;

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 15 de junio del 2018, 21 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 CE162/18 y Add. I) presentado por la Directora.
2. Felicitar a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2018 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 56.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 18 de junio del 2018)

CE162.R2: Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CE162/15),

RESUELVE:

Recomendar que el 56.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**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/__);

Considerando que el plan está en consonancia con la resolución WHA70.12 de la Organización Mundial de la Salud, *Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado*, la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual* 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/___).
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta el contexto y las necesidades nacionales, a:
 - a) priorizar la prevención y el control del cáncer cervicouterino en la agenda nacional de salud pública;
 - b) formular estrategias y planes nacionales integrales contra el cáncer cervicouterino, revisarlos y armonizarlos con las estrategias, los planes y las metas mundiales y regionales relacionadas, e informar regularmente sobre el progreso en esta área;
 - c) fortalecer 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) fortalecer 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 informar regularmente sobre estos indicadores;
 - e) ejecutar 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) facilitar 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) aumentar y optimizar 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) ampliar 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) asegurar 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) fortalecer 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)/UNASUR;
 - 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, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y el 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 con garantía de calidad y asequibles, pruebas de detección del VPH, y medicamentos esenciales 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.

(Segunda reunión, 18 de junio del 2018)

CE162.R3: Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (documento CE162/16),

RESUELVE:

Recomendar al 56.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

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/___), 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/___).
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.

(Segunda reunión, 18 de junio del 2018)

CE162.R4: Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023* (documento CE162/17),

RESUELVE:

Recomendar que el 56.º Consejo Directivo apruebe una resolución en los siguientes términos:

**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/__) 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/___).
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 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 el 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;
- 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).

(Segunda reunión, 18 de junio del 2018)

CE162.R5: Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Agradecer al señor John D. Fox por sus años de servicio en el Comité de Auditoría de la OPS.
3. Nombrar al señor Martín Guozden para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años a partir de junio del 2018 y hasta junio del 2021.

(Tercera reunión, 19 de junio del 2018)

CE162.R6: Modificaciones de las Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones propuestas por la Directora de las Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud, que figuran en el anexo A del documento CE162/23, y el Estatuto de Auditoría de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, que figura en el anexo B del documento CE162/23;

Considerando que estas modificaciones asegurarán la uniformidad con el Reglamento Financiero en cuanto al establecimiento de la base para la ejecución de las funciones de auditoría interna de la OPS,

RESUELVE:

1. Confirmar las modificaciones propuestas por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana de las Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud según figuran en el anexo A del documento CE162/23 y establecer el 1 de julio del 2018 como fecha de entrada en vigor de estas modificaciones.
2. Aprobar el Estatuto de Auditoría de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la Organización Panamericana de la Salud, según figura en el anexo B del documento CE162/23.
3. Remitir las Reglas Financieras modificadas de la Organización Panamericana de la Salud al 56.º Consejo Directivo a fines de información.

(Tercera reunión, 19 de junio del 2018)

CE162.R7: Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018* (documento CE162/5, Add. I);

Teniendo presente las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (anteriormente conocido como el Premio OPS en Administración), según fueron aprobados por el Comité Ejecutivo en su 158.ª sesión (2016),¹

RESUELVE:

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de su país y de la Región de las Américas.
2. De acuerdo con la recomendación del Jurado, conferir el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018 a la doctora Natalia Largaespada Beer, de Belice, por sus considerables logros en temas de salud maternoinfantil, habiendo

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

demostrado ser fuerte defensora del uso de datos para la toma de decisiones a nivel de políticas y programas. La doctora Largaespada Beer es reconocida por haber logrado que el programa nacional de salud materno-infantil sea uno de los que cuenta con mayor número de proyectos ejecutados con un enfoque sistémico. Además, ha contribuido 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 condiciones de vulnerabilidad.

3. Transmitir al 56.º Consejo Directivo el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018* (documento CE162/5, Add. I).

(Sexta reunión, 20 de junio del 2018)

CE162.R8: *Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE162/24;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, el Subdirector General y el Director General Adjunto sobre la base de la escala modificada de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

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

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

RESUELVE:

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2018, en cuanto a las definiciones, el subsidio de educación, la prima de instalación, el aumento de sueldo dentro del mismo grado, la licencia especial, la dimisión, y el personal de conferencias y personal con contrato a corto plazo.

2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2018, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 174.777¹ antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$130.853.
3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2018, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$176.292 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$131.853.
4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2018, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$194.329 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$143.757.

Anexo

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

Anexo

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

310. DEFINICIONES

...

310.5 A los efectos de determinar las prestaciones establecidas en el Reglamento y salvo indicación en sentido contrario, se considerarán “familiares a cargo” de un funcionario:

310.5.1 el cónyuge, siempre que sus ingresos, de tenerlos, no excedan en el curso de un año civil:

310.5.1.1 tratándose de un funcionario de la categoría profesional o superior, el sueldo básico bruto correspondiente al nivel de entrada más bajo, dentro de la categoría de servicios generales, que esté vigente en el lugar donde trabaje el cónyuge del funcionario el 1 de enero del año en cuestión para la ciudad considerada como base en el sistema de sueldos del personal profesional, es decir, el primer escalón de la categoría G-2 en Nueva York;

310.5.1.2 tratándose de un funcionario de la categoría de servicios generales, el sueldo básico bruto correspondiente al nivel de entrada más bajo dentro de la categoría de servicios generales vigente en el lugar de servicio del funcionario el 1 de enero del año en cuestión;

350. SUBSIDIO DE EDUCACIÓN

...

350.1.1 el subsidio de educación se pagará a partir del año escolar en que el hijo, como lo define la Oficina, cumpla los cinco años de edad o más al comienzo del año escolar, o cuando el hijo cumpla los cinco años dentro de los tres meses siguientes al comienzo del año escolar, siempre que se pueda comprobar que asiste a un programa de tiempo completo que como parte primordial de su currículo reúne los elementos básicos de la educación formal. El subsidio se extenderá hasta fines del año académico en que el hijo cumpla los 25 años de edad, complete cuatro años de estudios por encima del nivel secundario o reciba el primer diploma postsecundario, de estas condiciones la que se cumpla primero;

...

350.1.3 los montos del subsidio pagaderos conforme a lo previsto en el Reglamento se establecerán según se especifica en el Apéndice 2 del presente Reglamento y se aplicarán a los gastos directos de bolsillo en los cuales efectivamente incurra el funcionario.

365. PRIMA DE INSTALACIÓN

...

365.2.3 con respecto a un hijo a cargo que estudia en un lugar distinto del lugar de destino, los viáticos, como se definen en el artículo 365.2.2, se pagan junto con el primer viaje de ida y vuelta al lugar de destino siempre y cuando el hijo resida junto con el funcionario en el lugar de destino durante las vacaciones escolares. Al cumplir los 21 años, los hijos ya no tienen derecho a prima de instalación.

365.3.1 La suma fija se recuperará en forma proporcional, de acuerdo con las condiciones que establezca la Oficina, si un miembro del personal dimite antes de transcurridos seis meses desde su nombramiento o reasignación o en el caso de destitución o de destitución sumaria por falta grave de conducta dentro del plazo de un año contado a partir de la fecha de su nombramiento o traslado a un lugar de destino.

...

365.5 La prima de instalación no se pagará:

550. AUMENTO DE SUELDO DENTRO DEL MISMO GRADO

...

550.2.2 de dos años de servicio a tiempo completo en las categorías de P-1 a P-5 a partir del escalón VII, P-6/D-1 a partir del escalón IV y D-2 a partir del escalón I;

...

550.3 Esta norma se aplica al personal de las categorías profesional y superior de acuerdo con lo definido en los artículos 420.2 y 420.3. No se aplica a los titulares de un contrato temporal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4 ni a los funcionarios de servicios con nombramientos de corta duración de conformidad con el artículo 1320.

650. LICENCIA ESPECIAL

650.1 Podrá concederse licencia especial con todo el sueldo, con una parte de él o sin sueldo a pedido de un funcionario durante el plazo y bajo las condiciones que la Oficina fije para tal fin con el propósito de realizar estudios o investigaciones que interesen a la Oficina o por otras razones importantes, incluidos asuntos familiares, de salud o personales.

650.2 El Director podrá, por propia iniciativa, conceder licencia especial con sueldo completo, con una parte del sueldo o sin sueldo a un funcionario, si considera que ello redundará en beneficio de la Organización.

650.3 La licencia especial normalmente se concede sin goce de sueldo por un período máximo de un año.

650.4 La licencia especial normalmente se concede una vez que el interesado ha utilizado la licencia anual en su totalidad.

650.5 No se perderá la continuidad en el servicio a raíz de períodos de licencia especial, los cuales se tendrán en cuenta a todos los efectos, salvo disposición expresa en contrario en el Reglamento del Personal.

650.6 Durante los períodos de licencia especial de más de 30 días con pago parcial del sueldo, el tiempo de servicio se acumula en la misma proporción que la tasa de pago parcial.

650.7 Durante los períodos de licencia especial sin goce de sueldo de más de 30 días no se acumula tiempo de servicio respecto de licencia por enfermedad, licencia anual o licencia en el país de origen, aumento de sueldo, indemnización por rescisión del nombramiento ni prima de repatriación.

650.8 Durante los períodos de licencia especial con sueldo completo o parcial, el funcionario y la Organización continuarán haciendo los aportes completos a la Caja de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el seguro de enfermedad del personal y el seguro de enfermedad y accidentes.

650.9 Durante los períodos de licencia especial sin goce de sueldo, el funcionario podrá seguir participando en la Caja de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el seguro de enfermedad del personal y el seguro de enfermedad y accidentes si hace tanto los aportes correspondientes al propio funcionario como los aportes correspondientes a la Organización.

650.10 El Director puede establecer otras condiciones para las licencias especiales.

650.11 La licencia administrativa es un tipo de licencia especial con sueldo completo que la Organización concede:

- cuando es necesario cerrar una oficina debido a determinadas circunstancias (por ejemplo, por inclemencias del tiempo, disturbios civiles o mantenimiento del edificio).
- inmediatamente después de la contratación, el traslado y la separación del servicio de un funcionario, en las condiciones que fije la Oficina.

1010. DIMISIÓN

1010.1 Con sujeción a las disposiciones del artículo 1010.2, los miembros del personal contratados por un año o más podrán presentar su dimisión dando aviso con tres meses de antelación. Los funcionarios con nombramientos a plazo fijo o temporales de más de 60 días que estén en el período de prueba podrán presentar su dimisión notificándola con un mes de antelación. Los funcionarios con nombramiento temporal que hayan sido contratados por un período más corto darán el aviso con la antelación prevista en las condiciones de su contrato. La Oficina podrá, si lo estima oportuno, reducir o suprimir el plazo de aviso establecido.

1320. PERSONAL CON CONTRATO A CORTO PLAZO (60 DÍAS O MENOS)

La Oficina podrá fijar las condiciones de servicio para el personal con contrataciones temporales de 60 días de duración o menos, sin atenerse a las demás disposiciones del presente Reglamento.

(Séptima reunión, 21 de junio del 2018)

CE162. R9: *Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS*

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración acerca de los *Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE162/7);

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

RESUELVE:

1. Aceptar que los siguientes dos actores no estatales establezcan relaciones oficiales con la OPS durante un período de tres años:
 - a) Action on Smoking and Health (ASH),
 - b) Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas–América Latina (DNDi).

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

- a) Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA),
- b) Alianza para el Convenio Marco (FCA),
- c) Fundación Interamericana del Corazón (FIC),
- d) Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA),
- e) Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH),
- f) Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (NAHH),
- g) Instituto de Vacunas Sabin.

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

- a) Colegio Estadounidense de Ejecutivos de Atención de Salud (ACHE),
- b) EMBARQ, Centro Ross del Instituto de Recursos Mundiales para las Ciudades Sustentables,
- c) Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI).

4. Suspender las relaciones oficiales con Consumers International, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (CI-ROLAC), en vista de que no se han llevado a cabo actividades de colaboración en los últimos tres años.

5. Solicitar a la Directora que:

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

(Octava reunión, 21 de junio del 2018)

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

² *Ibidem.*

CE162.R10: Orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 162.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD56/1) preparado por la Directora para el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE162/3, Rev. 1;

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD56/1) preparado por la Directora para el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 21 de junio del 2018)

Decisiones

Decisión CE162(D1): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada por el Comité (documento CE162/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 18 de junio del 2018)

Decisión CE162(D2): Composición del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico

El Comité Ejecutivo respaldó el *Proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025* (documento CE162/INF/2) y decidió nombrar a Panamá para ocupar la presidencia del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico. El Comité decidió nombrar a los siguientes Estados Miembros como integrantes del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico: Antigua y Barbuda, Guyana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago como representantes de la subregión del Caribe; Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de) como representantes de la subregión sudamericana; Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá como representantes de la subregión centroamericana; y Canadá, Estados Unidos de América y México como representantes de la subregión norteamericana.

(Sexa reunión, 20 de junio del 2018)

Decisión CE162(D3): Representación del Comité Ejecutivo en el 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Panamá y Brasil, que ocuparon la Presidencia y la Vicepresidencia del Comité, respectivamente, para que lo representen en el 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Comité designó a Belice y Canadá como representantes suplentes.

(Octava reunión, 21 de junio del 2018)

Decisión CE162(D4): Cambio de fechas del 56.º Consejo Directivo

El Comité Ejecutivo decidió que el 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se celebraría del 23 al 27 de septiembre del 2018.

(Octava reunión, 21 de junio del 2018)

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

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

Miguel Antonio Mayo Di Bello
Presidente de la
162.^a sesión del Comité Ejecutivo
Delegado de Panamá

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

Anexo A

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
 - 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
 - 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
 - 2.3 Proyecto de orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
 - 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**
 - 3.1 Informe de la 12.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
 - 3.2 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018
 - 3.3 Colaboración con agentes no estatales
 - 3.4 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - 3.5 Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2017
 - 3.6 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
 - 3.7 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
 - 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 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. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS *(cont.)*

- 4.3 Nueva escala de contribuciones señaladas
- 4.4 Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030
- 4.5 Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030
- 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 señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017
- 5.3 Programación del excedente del presupuesto
- 5.4 Programación del excedente de los ingresos
- 5.5 Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 5.6 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2017
- 5.7 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

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

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Versión preliminar de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017
- 7.2 Proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
- 7.3 Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
- 7.4 Ciberseguridad en la OPS
- 7.5 Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
- 7.6 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- 7.7 Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas
- 7.8 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- 7.9 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
- 7.10 Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
- 7.11 Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final
- 7.12 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final
- 7.13 Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final
- 7.14 Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final
- 7.15 Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final

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

- 7.16 Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final
- 7.17 La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final
- 7.18 Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final
- 7.19 Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final
- 7.20 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
 - I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso, Rev. 1
 - 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

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

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

A. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. Organizaciones subregionales

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

8. ASUNTOS RELATIVOS A LOS CUERPOS DIRECTIVOS

8.1 Cambio de fecha del 56.^o Consejo Directivo

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA REUNIÓN

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. oficial 356 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2017

Documentos de trabajo

CE162/1, Rev. 2 y
CE162/WP/1, Rev. 2 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE162/2 Representación del Comité Ejecutivo en el 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE162/3, Rev. 1 Proyecto de orden del día provisional del 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE162/4 Informe de la 12.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE162/5 y Add. I Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud 2018

CE162/6 Colaboración con agentes no estatales

CE162/7 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE162/8 Informe anual de la Oficina de Ética correspondiente al 2017

CE162/9 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE162/10 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

CE162/11 y Add. I Informe preliminar 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

CE162/12 y Add. I Evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS*

Documentos de trabajo (cont.)

CE162/13	Nueva escala de contribuciones señaladas
CE162/14	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030
CE162/15	Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030
CE162/16	Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023
CE162/17, Rev. 1	Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023
CE162/18 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE162/19	Programación del excedente del presupuesto
CE162/20	Programación del excedente de los ingresos
CE162/21	Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sobre la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE162/22	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación correspondiente al 2017
CE162/23	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS
CE162/24	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE162/25	Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE162/26	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS
CE162/27	Cambio de fecha del 56.º Consejo Directivo

Asuntos de información general

CE162/INF/1	Versión preliminar de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017
CE162/INF/2	Proceso propuesto para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
CE162/INF/3	Informe sobre cuestiones estratégicas entre la OPS y la OMS
CE162/INF/4	Ciberseguridad en la OPS
CE162/INF/5	Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
CE162/INF/6	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
CE162/INF/7	Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas
CE162/INF/8	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
CE162/INF/9	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
CE162/INF/10	Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
CE162/INF/11	Plan de acción sobre la seguridad vial: Informe final
CE162/INF/12	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final
CE162/INF/13	Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final
CE162/INF/14	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático: Informe final
CE162/INF/15	Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Informe final

Asuntos de información general (cont.)

- CE162/INF/16 Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final
- CE162/INF/17 La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud: Informe final
- CE162/INF/18 Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica: Informe final
- CE162/INF/19 Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final
- CE162/INF/20 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
 - I. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso, Rev. 1

Asuntos de información general (*cont.*)

- CE162/INF/20 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
 - K. Situación de los centros panamericanos
- CE160/INF/21 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Organizaciones subregionales
- CE162/INF/22 Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos

Anexo C

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

President / Presidente: Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello (Panama)
Vice-President / Vicepresidente: Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca (Brazil)
Rapporteur / Relator: Sra. Carolina Schlesinger Faccini (Colombia)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Jorgelina Constanzi
Directora Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

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

Sr. Yoel Rivas
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BELIZE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ramón Figueroa
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Mr. Emil Joseph Waight
Minister Counselor, Alternate
Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Conselheira Marise Ribeiro Nogueira
Chefe da Divisão de Temas Sociais
Ministério de Relações Exteriores
Brasília

Delegates – Delegados

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

Sra. Luciani Martins Ricardi
Servidora da Assessoria Internacional
Ministério da Saúde
Brasília

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Indiara Meira Gonçalves
Servidora da Assessoria Internacional
Ministério das Relações Exteriores
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

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

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jaime Alliende
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sr. Felipe Aravena
Segundo Secretario, Representante Alternata
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Sr. Álvaro Calderón
Ministro Consejero, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

COLOMBIA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Sra. Stephanie Ashton
Tercera Secretaria, Representante Altern
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero
Ejecutiva Adjunta
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

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

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

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

CUBA

Sr. Miguel Fraga
Primer Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

ECUADOR

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

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

ECUADOR (cont.)

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

MEXICO/MÉXICO

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

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

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

Sr. Gustavo Torres Cisneros
Segundo Secretario, Representante Alternativo
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

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

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

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

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

Ms. Elisa Adelman
Health Officer
Bureau of Global Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mr. Jose Fernandez
Deputy Director
Global Health Security, Pandemics and
Emerging Threats Office
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. Bethany Kozma
Senior Advisor for Women's Empowerment
Office of Gender Equality and Women's
Empowerment Bureau for Economic
Growth,
Education, and Environment
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Dianna Lightfoot
Advisor
Bureau for Global Health
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

URUGUAY

Lic. Alicia Arbelbide
Ministra Consejera, Representante Alterna
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

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

Sr. Cristian Romo
Personal de Apoyo
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Dr. Lemmietta McNeilly
Mrs. Lily Waterston

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Dra. Carmen del Pilar Tello Espinoza

March of Dimes

Dr. Salimah Walani

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

Sr. Rubén Abete

U.S. Pharmacopeia

Dr. Katherine Bond
Mr. Damian Cairatti

**Latin-American Confederation of Clinical
Biochemistry/
Confederación Latinoamericana de
Bioquímica Clínica**

Prof. Dra. Stella Raymondo

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Mr. Claus Andreasen
Mr. John Fox

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Sr. Ramón Álvarez de Miranda García
Presidente del Tribunal de Cuentas

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España (cont.)**

Sr. José Luis Cea Claver
Director Técnico de la Presidencia del
Tribunal de Cuentas

Sra. Karen Ortíz Finnemore
Directora de Relaciones Internacionales del
Tribunal de Cuentas

Sr. Alfredo Campos Lacoba
Subdirector Técnico del Tribunal de Cuentas

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello (Panama)
Vice-President / Vicepresidente:	Mr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca (Brazil)
Rapporteur / Relator:	Ms. Carolina Schlesinger Faccini (Colombia)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Mr. Claus Andreasen
Mr. John Fox

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Mr. Ramón Álvarez de Miranda García
Mr. José Luis Cea Claver
Ms. Karen Ortíz Finnemore
Mr. Alfredo Campos Lacoba

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -