



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

## **54.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS**

*Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015*

---

CD54/FR

2 de octubre del 2015

Original: inglés

**INFORME FINAL**

---

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión .....</b>	<b>6</b>
 <b>Asuntos relativos al Reglamento</b>	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Elección de la Mesa Directiva .....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS .....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día .....	7
 <b>Asuntos relativos a la Constitución</b>	
Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo .....	7
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo.....	12
 <b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 .....	12
Nueva escala de contribuciones señaladas.....	17
Reforma de la OMS .....	18
Plan de acción sobre inmunización.....	20
Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores .....	24
Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer .....	26
Plan de acción sobre la salud de los trabajadores .....	29
Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis .....	31
Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos.....	33
Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales .....	35
Estrategia sobre legislación relacionada con la salud.....	37
El fenómeno de El Niño 2015-2016 en la Región de las Américas.....	39
Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015.....	40
 <b>Asuntos administrativos y financieros</b>	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	41
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014 .....	41
Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS .....	45
Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS .....	45
Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2016-2017 .....	46

## ÍNDICE (cont.)

*Página*

### **Selección de Estados Miembros para integrar juntas y comités**

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana .....	47
Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) .....	47

### **Asuntos de información general**

Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final e Informe sobre la elaboración de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030 .....	47
Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas .....	50
Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas .....	52
El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola y Consulta regional sobre el marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016 .....	53
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	56
A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	
B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas	
C. Plan de acción sobre la seguridad vial	
D. Prevención y control del dengue en las Américas	
E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica	
F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud	
G. Situación de los centros panamericanos	
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS .....	60
A. 68. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud	
B. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos	
C. Organizaciones subregionales	

<b>Otros asuntos</b> .....	<b>61</b>
----------------------------	-----------

## ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
<b>Clausura de la sesión .....</b>	<b>62</b>
 <b>Resoluciones y decisiones</b>	
<i>Resoluciones</i>	
CD54.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas .....	62
CD54.R2 Nueva escala de contribuciones señaladas .....	63
CD54.R3 Modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud.....	65
CD54.R4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los Mandatos de Canadá, Jamaica y Paraguay .....	65
CD54.R5 Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	68
CD54.R6 Plan de acción sobre la Salud de los Trabajadores.....	68
CD54.R7 Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales .....	71
CD54.R8 Plan de acción sobre inmunización .....	74
CD54.R9 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud .....	76
CD54.R10 Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis.....	79
CD54.R11 Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores .....	81
CD54.R12 Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del Sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer.....	84
CD54.R13 Uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS .....	86
CD54.R14 Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el 2016-2017.....	87
CD54.R15 Plan de acción sobre la Resistencia a los antimicrobianos.....	87
CD54.R16 Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017.....	90
CD54.R17 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2016-2017.....	93
CD54.R18 Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015.....	96
<i>Decisiones</i>	
CD54(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales .....	99
CD54(D2) Elección de la Mesa Directiva.....	99
CD54(D3) Establecimiento de la Comisión General .....	99

**ÍNDICE** (cont.)

	<i>Página</i>
<b>Resoluciones y decisiones</b> (cont.)	
<i>Decisiones</i> (cont.)	
CD54(D4) Adopción del orden del día .....	99
CD54(D5) Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona para formar parte del Comité de Política y Coordinación del programa especial de investigaciones de PNUD/UNFPA/ OMS/Banco Mundial, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana .....	100
CD54(D6) El Niño en la Región de las Américas.....	100
 <b>Anexos</b>	
Anexo A. Orden del día	
Anexo B. Lista de documentos	
Anexo C. Lista de participantes	

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. El 54.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 67.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la OPS en Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015.

2. El doctor Sergio Sarita Valdez (Coordinador Internacional de Cooperación, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo del doctor Sarita Valdez; la doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP o la Oficina]); la Excma. Sra. Sylvia Mathews Burwell (Secretaria de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos); el Excmo. Sr. Héctor Salazar Sánchez (Gerente del Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo); el doctor Hans Troedsson (Subdirector General, Departamento de Administración General, Organización Mundial de la Salud); el Excmo. Sr. Luis Almagro Lemes, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos); y el Excmo. Sr. Orlando Hernández (Presidente de Honduras). Los respectivos discursos pueden encontrarse en el sitio web del 54.º Consejo Directivo.<sup>1</sup>

### Asuntos relativos al Reglamento

#### *Nombramiento de la Comisión de Credenciales*

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Ecuador, Puerto Rico y la República Bolivariana de Venezuela para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD54 [D1]).

#### *Elección de la Mesa Directiva*

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CD54 [D2]):

<i>Presidencia:</i>	El Salvador	(Dra. Violeta Menjívar)
<i>Vicepresidencia:</i>	Antigua y Barbuda	(Excmo. Sr. Molwyn Morgorson Joseph, MP)
<i>Vicepresidencia:</i>	Perú	(Dr. Aníbal Velásquez Valdivia)
<i>Relatoría:</i>	Estados Unidos de América	(Sr. Charles Darr)

<sup>1</sup> Se encuentran en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=es)

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

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

6. Se informó al Consejo Directivo que no sería necesario establecer un grupo de trabajo, dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, párrafos 46 a 50 más adelante).

***Establecimiento de la Comisión General***

7. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a Cuba, Chile y San Vicente y las Granadinas para integrar la Comisión General (decisión CD54 [D3]).

***Adopción del orden del día (documento CD54/1, Rev. 3)***

8. El Consejo estuvo de acuerdo en agregar dos puntos al orden del día provisional preparado por la Directora: “Método para el cálculo de la mortalidad materna en el período 1990-2015” y “El Niño 2015-2016 en la Región de las Américas”, propuestos por las delegaciones de Ecuador y Perú, respectivamente. Se aprobó la inclusión de esos puntos, mientras que numerosos delegados expresaron reservas acerca del nuevo método para calcular la mortalidad materna propuesto por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna. Los delegados también expresaron inquietud acerca de los posibles efectos sociales, económicos y sobre la salud que podría tener el fenómeno de El Niño en los países de la Región.

9. El Consejo adoptó el orden del día modificado (documento CD54/1, Rev. 3), además de un programa de reuniones (decisión CD54[D4]).

**Asuntos relativos a la Constitución**

***Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD54/2)***

10. El doctor Antonio Barrios Fernández (Paraguay, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, entre octubre del 2014 y septiembre del 2015. Mencionó en especial los temas que el Comité había examinado pero que no se habían sometido a la consideración del 54.º Consejo Directivo y explicó que informaría sobre los otros temas a medida que fuesen tratados por el Consejo. Entre los temas que no se presentaron al Consejo se encontraban los informes anuales de la Oficina de Ética, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, y del Comité de Auditoría; el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2015; una

propuesta de programación de un excedente de ingresos resultante del reintegro de un préstamo de 10 millones de dólares hecho al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas; una actualización sobre la situación de los proyectos aprobados por el 48.º Consejo Directivo para ser financiados a partir de la Cuenta Especial; informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de los funcionarios de la OPS; modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana; informe sobre las estadísticas de la dotación de personal y la Estrategia de Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana y una presentación por un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS; informes sobre el presupuesto por programas de la OMS 2016-2017, la situación de la ejecución del proyecto del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana y sobre la Estrategia de Tecnología de la Información de la Oficina; y las solicitudes de cuatro organizaciones no gubernamentales de entablar o renovar relaciones oficiales con la OPS. En el informe del Presidente del Comité Ejecutivo se encontrarán más detalles sobre estos informes (documento CD54/2).

11. La Directora agradeció al Presidente y a los miembros del Comité Ejecutivo por su dedicación y su compromiso con respecto a la Organización; además, indicó que la Oficina había tenido en cuenta todas las observaciones del Comité a fin de mejorar los documentos y los proyectos de resolución presentados para la consideración por el Consejo Directivo.

12. El Consejo también agradeció a los miembros del Comité por su trabajo y tomó nota del informe.

***Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD54/3)***

13. La Directora presentó su informe anual, cuyo tema fue “Abogar por la salud hacia el desarrollo sostenible y la equidad: liderar con el ejemplo”. El informe presentaba numerosos ejemplos de cómo la Región de las Américas, por muchos años, había abierto el camino al marcar hitos fundamentales para la salud pública. Aunque los Estados Miembros eran la principal fuerza que impulsaba los éxitos de la Organización, la Oficina había desempeñado una función primordial en la prestación de cooperación técnica y la coordinación de las iniciativas de los Estados Miembros.

14. En el 2014, en lo que constituía un ejemplo excepcional de la cooperación panamericana, los Estados Miembros de la OPS habían adoptado la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, que tenía por objeto catalizar un cambio de paradigmas para pasar desde los sistemas de salud sobrecargados de médicos especializados concentrados principalmente en los centros urbanos, a sistemas con mayor número de profesionales de atención primaria, distribuidos de manera equitativa. El proyecto Mais Médicos en el Brasil representaba un ejemplo práctico de la forma en que la cooperación técnica de la Oficina había ayudado a mejorar mucho el acceso a los servicios de salud. La Oficina también había colaborado con la Comunidad del Caribe para garantizar el acceso a tecnologías y medicamentos seguros y



eficaces, que eran fundamentales para el logro de la cobertura universal de salud. En diciembre, se había organizado la primera reunión regional sobre la salud de las personas LGBT y los derechos humanos, como parte de las iniciativas para impulsar el acceso universal a la salud sin discriminación.

15. En abril del 2015, las Américas se habían convertido en la primera Región del mundo que había eliminado la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. En junio, Cuba se había convertido en el primer país del mundo en haber eliminado oficialmente la transmisión materno-infantil, tanto del VIH como de la sífilis. Las actividades de la Organización para eliminar las enfermedades infecciosas tropicales desatendidas habían dado frutos y, en septiembre del 2014, Ecuador se había convertido en el segundo país del mundo en lograr la verificación por la OMS de su eliminación de la oncocercosis. Luego, México había recibido la misma verificación, y Guatemala la había solicitado recientemente. Además, en el último año se había registrado un progreso importante en la lucha contra las enfermedades no transmisibles, el mayor factor contribuyente a la carga de morbilidad general de la Región. En particular, se había adoptado un nuevo *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Nicaragua y Uruguay se habían convertido en los dos primeros países del mundo en ratificar el nuevo protocolo de la OMS para eliminar el comercio ilícito de los productos de tabaco.

16. Debido al brote de ébola en África Occidental, la Oficina había redoblado sus actividades de movilización de recursos, intensificado las iniciativas de capacitación sobre la comunicación de riesgos y desplegado a miembros de su personal para prestar ayuda sobre el terreno. En respuesta a la amenaza continua de los virus chikunguña y dengue, además de la introducción reciente del virus zika en Brasil, la Oficina estaba colaborando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos para prestar cooperación técnica en materia de diagnóstico y seguimiento de esas enfermedades. También estaba participando en la promoción de un enfoque de salud en todas las políticas y en las actividades multisectoriales para combatir las enfermedades transmitidas por vectores.

17. La Región en conjunto se encontraba en una buena posición para cumplir todos menos uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Sin embargo, era motivo de gran preocupación que la meta del ODM 5 de lograr una disminución anual de 5,5% en las defunciones maternas no sería alcanzada por algunos países. Como parte de su trabajo acerca del tema, la Oficina había impartido capacitación sobre el tratamiento de la hemorragia obstétrica y había promovido el mejoramiento de la atención para las mujeres que tenían abortos. Además, se había impulsado un simposio internacional que había conducido a la aprobación de un plan subregional para prevenir el embarazo de adolescentes.

18. Gran parte del trabajo que emprenderían la Oficina y los Estados Miembros estaría definido por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que eran de alcance más amplio que los ODM. Solo uno de los 17 ODS se refería totalmente a los problemas de salud, pero dentro de ese objetivo se encontraban 13 metas de salud y todos los Objetivos tenían consecuencias fundamentales para la salud y el bienestar. Una lección

importante aprendida en el período de los ODM era la necesidad de analizar lo que se encuentra detrás de los promedios regionales y nacionales, para evaluar en forma crítica las necesidades de salud y los resultados a nivel local, haciendo énfasis de manera más sistemática en los grupos vulnerables. A través del nuevo marco sobre la cooperación entre los países para el desarrollo sanitario, los Estados Miembros contarían con mayores oportunidades para intercambiar conocimientos técnicos especializados y lecciones aprendidas, fundamentándose en la sólida tradición de la Región de la solidaridad panamericana. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros con la finalidad de aprovechar los éxitos pasados y trabajar en forma sinérgica para mejorar la calidad de vida de cada persona de las Américas.

19. El Consejo Directivo expresó su agradecimiento a la Directora por su compromiso y liderazgo y elogió los logros descritos en el informe. Los delegados estuvieron de acuerdo en que esos logros eran resultado del esfuerzo conjunto, la coordinación y la cooperación entre los Estados Miembros y la Oficina. Al mismo tiempo, se reconoció que todavía quedaba mucho trabajo por hacer para superar los retos pendientes, en particular las discrepancias en el estado de salud y las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La adopción de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en el 2014 fue aclamada como un hito, y numerosos oradores describieron las medidas que sus países estaban adoptando con miras a lograr la cobertura universal, mientras que muchos de ellos subrayaron la importancia de la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud. También se destacó el valor de intercambiar experiencias y mejores prácticas en ese sentido.

20. Hubo acuerdo general acerca de la necesidad de cambiar los paradigmas profesionales, según se indicaba en el informe, a fin de asignar prioridad a la atención primaria de salud y a los servicios integrados prestados por equipos interdisciplinarios, haciendo hincapié en la satisfacción de las necesidades de las poblaciones vulnerables y subatendidas. Se subrayó la importancia de hacer más énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Numerosos delegados señalaron que las enfermedades no transmisibles representaban una proporción creciente de la carga de morbilidad en sus países y subrayaron la importancia de promover la alimentación sana y el aumento de la actividad física, desalentar el consumo de tabaco, y adoptar otras medidas preventivas. Varios delegados agradecieron a la Oficina su ayuda para el fortalecimiento de la legislación sobre el control del tabaco y contrarrestar la oposición de las industrias a las reglamentaciones de control del tabaco.

21. Los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por su apoyo en el mejoramiento de la disponibilidad de vacunas y medicamentos a precios asequibles; no obstante, varios oradores señalaron que el costo elevado de algunos productos, en particular los utilizados para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, seguía siendo un obstáculo para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Varias delegaciones recibieron con beneplácito un acuerdo reciente firmado por los ministros de salud del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones

Suramericanas (UNASUR) para las compras mancomunadas de medicamentos costosos, en especial, a través del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la Organización (el Fondo Estratégico), y agradeció a la Oficina su apoyo en favor de esa iniciativa.

22. Los delegados también encomiaron la labor de la Oficina para ayudar a los países a que fortalezcan sus preparativos de respuesta ante la amenaza de la enfermedad por el virus del Ébola y expresaron agradecimiento por su apoyo para hacer frente a los brotes de chikunguña. Se destacó la necesidad de seguir trabajando para fortalecer y mantener las capacidades básicas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Asimismo, se hizo notar la importancia de las posibles consecuencias del cambio climático y los graves eventos climáticos resultantes, no solo para el sector de la salud, sino también para las economías y el desarrollo general de los países; se subrayó asimismo la pertinencia de establecer programas eficaces para mejorar la capacidad de recuperación luego de un desastre. Un delegado expresó agradecimiento por los esfuerzos de la OPS y la OMS para asegurar la consideración del tema de la salud por las Conferencias de las Partes a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

23. También se recibió con beneplácito el progreso de la Región en materia de control de las enfermedades transmisibles y se felicitó a los países que habían eliminado recientemente diversas enfermedades. Se subrayó la necesidad de garantizar una cobertura de vacunación alta para mantener los éxitos de la Región en la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Un delegado expresó inquietud acerca del cambio previsto en la utilización de la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados (véase el *Plan de acción sobre inmunización*, en los párrafos 60 a 73 más adelante), y señaló que los suministros actuales de la vacuna con virus inactivados no eran suficientes para permitirles a todos los países la administración de tres dosis, lo que podría conducir a niveles dispares de protección contra los poliovirus del serotipo 2.

24. Se reconocieron los éxitos de los Estados Miembros en la reducción de las defunciones maternas, pero también se señaló que sería necesario redoblar los esfuerzos para lograr la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio de una reducción de 75% de la razón de mortalidad materna. Se consideraba que la salud de la mujer y el niño debía seguir siendo un centro de interés prioritario para la Organización en los próximos años. Se subrayó la importancia de contar con servicios integrales y universalmente accesibles de salud sexual y reproductiva. También se destacó la necesidad de asignar mayor atención al problema de la violencia contra la mujer.

25. La Directora, al agradecerles a los delegados sus expresiones de aprecio por el trabajo de la Oficina, recalcó que los logros de la Región del último año eran principalmente el resultado del liderazgo de los Estados Miembros para asegurar el acceso a la cobertura universal de salud y su compromiso con el aumento del bienestar y la calidad de vida de su población. La función de la Oficina había sido colaborar con las autoridades sanitarias nacionales y apoyarlas en esos cometidos. Estuvo de acuerdo en que todavía quedaban numerosos retos con respecto a asegurar el acceso a los

medicamentos y la tecnología, llegar hasta las poblaciones subatendidas, conseguir que los equipos de atención de la salud estuvieran orientados hacia los servicios de atención primaria, hacer frente a las enfermedades no transmisibles, responder al cambio climático, los desastres y los brotes de enfermedades. Le aseguró al Consejo que la Oficina seguiría analizando cuál sería la mejor forma de posicionarse para apoyar a los Estados Miembros, con miras a proteger los logros del pasado al tiempo que se afrontan los retos del futuro.

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

***Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Jamaica y Paraguay (documento CD54/4)***

27. El Consejo Directivo eligió a Antigua y Barbuda, Argentina y Chile para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años y agradeció a Canadá, Jamaica y Paraguay por sus servicios (resolución CD54.R4).

**Asuntos relativos a la política de los programas**

***Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 (Documento Oficial 350 y Documento Oficial 350, Add. I, Add. II y Add. III, Rev. 1)***

28. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del proyecto de Programa y Presupuesto 2016-2017. El presupuesto total para los programas básicos había sido de \$612,8 millones,<sup>2</sup> lo que representaría un aumento de \$49,7 millones, o de 8,8%, con respecto al presupuesto corriente. La Oficina había preparado tres escenarios posibles para el presupuesto. En el primero, el presupuesto se financiaría con los aumentos esperados de la asignación a la Región por la OMS y con los ingresos varios de la OPS y las contribuciones voluntarias, además de un aumento propuesto de 3,8% en las contribuciones de los Estados Miembros. En el segundo, no habría ningún aumento de las contribuciones señaladas, y el déficit de financiamiento de \$5,8 millones se financiaría con otras fuentes, no identificadas hasta ahora. Según el escenario III, el presupuesto total se reduciría en \$5,8 millones, lo que daría lugar a un presupuesto total de \$607 millones.

29. Aunque se había reconocido que la Oficina necesitaba recursos suficientes para llevar a cabo sus actividades de cooperación técnica, ningún delegado había expresado apoyo al aumento propuesto de las contribuciones señaladas. Varios habían reafirmado la política de larga data de sus gobiernos acerca del crecimiento nominal cero en las contribuciones de los Estados Miembros. Algunos delegados habían expresado su disposición a considerar el escenario II, pero habían solicitado más información acerca de cómo se financiaría el aumento de \$5,8 millones. Otros delegados habían preferido el escenario III. Se había señalado que, si bien la cantidad total contemplada bajo ese

---

<sup>2</sup> A menos que se indique otra cosa todas las cifras monetarias de este documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

escenario era menor que las sumas de los escenarios I y II, de todos modos representaba un aumento significativo del presupuesto general. Se había modificado la resolución aprobada por el Comité para reflejar los puntos de vista expresados durante el debate. Se había acordado que las cifras acerca de las cuales todavía no se había llegado a un consenso seguirían presentándose entre corchetes y que las cifras para el escenario III quedarían en blanco, en espera de una consulta más entre la Oficina y los Estados Miembros en el lapso anterior al Consejo Directivo.

30. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, OSP) presentó el proyecto de Programa y Presupuesto revisado, e indicó que este permitiría hacer realidad los ambiciosos planes de acción adoptados por el Consejo Directivo durante la sesión, guiaría el trabajo de la OPS y definiría los resultados que debían lograrse en los próximos dos años. El proyecto era el resultado de un proceso de abajo arriba encabezado por los Estados Miembros para asignar prioridades y determinar los costos de los resultados que debían lograrse en el próximo bienio. Asimismo, reflejaba el compromiso constante de la Oficina con la rendición de cuentas y con los ahorros resultantes del aumento de la eficiencia. El presupuesto para el período 2016-2017 se presentaba por primera vez como un presupuesto integrado. A los Estados Miembros se les pediría que aprobaran el presupuesto en su totalidad, lo cual les daría propiedad y supervisión explícitas del Programa y Presupuesto completo, no solo de la porción financiada por las contribuciones de los Estados Miembros.

31. El proyecto de Programa y Presupuesto revertiría la tendencia de presupuestos cada vez menores y restauraría la reducción presupuestaria significativa del bienio en curso, además de ayudar a la Oficina a reconstruir su capacidad institucional. El aumento del presupuesto no se proponía para compensar la inflación, sino para permitirle a la Organización invertir en iniciativas, programas y prioridades nuevos. Los aumentos de costo seguirían absorbiéndose mediante las eficiencias. Todo el aumento propuesto se asignaría a los programas técnicos, lo que daría lugar a un aumento de 14% del financiamiento de las categorías 1 a 5, mientras que bajaría el presupuesto para las funciones habilitadoras de la categoría 6.

32. En el documento CD54/21, Add. I (se le dio el nuevo nombre de *Documento Oficial 350, Add. I*, después de la aprobación del Programa y Presupuesto) se presentaba información sobre los tres escenarios propuestos, incluso los detalles sobre la repercusión programática de las reducciones presupuestarias para cada categoría y área programática y los resultados que no sería posible alcanzar según el escenario III, de acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo. También se presentaba un desglose de las fuentes de financiamiento de los tres escenarios. El escenario I aportaría un nivel más alto de financiamiento garantizado, flexible y sostenible, que reduciría la dependencia con respecto a las contribuciones voluntarias, que podrían no materializarse o destinarse a finalidades específicas. El escenario III exigiría una reducción del alcance de ciertos programas, lo que podría afectar la capacidad de la Organización de lograr los resultados estipulados por los Estados Miembros de acuerdo con el Plan Estratégico 2014-2019.

33. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el método de abajo arriba adoptado para la elaboración del proyecto de Programa y Presupuesto y expresó su agradecimiento a la Oficina por sus esfuerzos por alinear la asignación de los recursos con las prioridades establecidas por los Estados Miembros. Se aplaudieron los esfuerzos de la Oficina para reducir los costos mediante el aumento de la eficiencia, y se instó a seguir buscando maneras de mejorar aún más la eficiencia, lo que comprendería efectuar un examen detallado de los programas con miras a identificar aquellos que podrían eliminarse en forma gradual. El Consejo también agradeció a la Oficina la preparación de los tres escenarios en respuesta a la solicitud del Comité Ejecutivo. Un delegado, sin embargo, consideraba que el documento de escenarios no era lo suficientemente claro acerca de los riesgos y las repercusiones del crecimiento nominal cero, en cuanto a la capacidad de la Organización de alcanzar las metas y los objetivos establecidos de acuerdo con el Plan Estratégico 2014-2019.

34. Los delegados reconocieron que la Oficina necesitaba contar con recursos suficientes para ejecutar el Plan Estratégico y responder a las necesidades de los Estados Miembros. También se reconoció que la Oficina tendría que hacer frente a un aumento de los costos debido a la inflación. Algunos delegados apoyaban el escenario I que, en su opinión, aportaría una mayor predictibilidad del financiamiento y autonomía de acción para la Organización, además de ofrecerle a la Oficina mayor flexibilidad para asignar los recursos, de conformidad con las prioridades establecidas por los Estados Miembros. Un delegado recaló la importancia de asegurar que la Organización contara con fuentes de financiamiento seguras y sostenibles para que pudiera seguir al frente de la salud pública en la Región, mientras que otro señaló que las reducciones contempladas bajo el escenario III obstaculizarían los esfuerzos de los Estados Miembros para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

35. Otros delegados favorecían el crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas, alegando que sus gobiernos estaban intentando resolver las limitaciones presupuestarias y el crecimiento económico débil. Algunos también señalaron que sus contribuciones señaladas subirían considerablemente en el bienio 2016-2017 como resultado de la aplicación de la nueva escala de contribuciones adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (véanse los párrafos 46 a 50 más adelante). Algunos de esos delegados expresaron apoyo al escenario II, que permitiría un aumento del financiamiento de los programas sin que subieran las contribuciones señaladas. Sin embargo, varios delegados preguntaron si sería factible movilizar suficientes contribuciones voluntarias para financiar el escenario II, en particular, considerando la tendencia a la baja de dichas contribuciones en los últimos años. También se expresó inquietud de que las prioridades de los donantes no pudieran alinearse con las de los Estados Miembros. Un delegado apoyó el escenario III, e indicó que el aumento de 7,8% previsto según ese escenario, a pesar de ser menor que el de los otros dos escenarios, permitiría el crecimiento de la programación.

36. Se señaló que la mayor parte del financiamiento voluntario provenía de un grupo pequeño de gobiernos; por lo tanto, se instaba a la Oficina a que ampliara la base de

donantes, por ejemplo, mediante alianzas con el sector privado. Se pidió información acerca del monto de las contribuciones voluntarias recibidas en el bienio 2014-2015 y de la cantidad que todavía se necesitaba para financiar plenamente la porción voluntaria del presupuesto. Una delegada preguntó en qué forma la Oficina había previsto mejorar su capacidad de gestión de proyectos para conseguir que todos los fondos aportados por los donantes se gastaran de manera eficaz y oportuna. La misma delegada expresó la opinión de que las contribuciones voluntarias deberían utilizarse solo como un complemento de las contribuciones señaladas y no como un medio de reorientar las contribuciones señaladas hacia áreas que quizá habían recibido menos financiamiento voluntario.

37. Varios delegados destacaron la importancia de brindar más apoyo a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. También se consideraba importante fortalecer la acción intersectorial, lo que podría crear sinergias y facilitar el logro de los resultados.

38. El señor Walter dijo que la Oficina había movilizó más contribuciones voluntarias en el 2015 que en el 2014 y esperaba que esa tendencia continuara. Habría algún remanente de las contribuciones voluntarias desde el bienio en curso hasta el próximo, de manera que no sería necesario movilizar toda la cantidad presupuestada para “otras fuentes” en el bienio 2015-2016. Se había proyectado que el monto del remanente sería de alrededor de \$40 millones, mientras que alrededor de \$80 millones se obtendrían de los ingresos generales generados por las contribuciones voluntarias (incluidas las contribuciones voluntarias nacionales), lo que dejaría entre \$80 y \$90 millones que deberían mobilizarse, dependiendo del escenario que se aprobara. Esa cifra se consideraba realista, sobre la base de la cantidad movilizada en el bienio en curso.

39. La Oficina había elaborado un plan de movilización de recursos, que se ejecutaría en el 2016. El objetivo sería ampliar la base de donantes y dejar de depender solamente de un número limitado de donantes. Las relaciones de la Oficina con los donantes del sector privado estarían orientadas por el marco de participación con los agentes no estatales que se adoptaría en el contexto de la reforma de la OMS (véanse los párrafos 51 a 59 más adelante). Tanto la OPS como la OMS tenían iniciativas en marcha encaminadas a fortalecer la gestión de proyectos para demostrar a los donantes que sus programas se estaban ejecutando a tiempo y estaban logrando los resultados previstos. Se esperaba que esas iniciativas produjeran efectos positivos en el próximo bienio.

40. Con respecto a la observación de que las contribuciones voluntarias no deberían desplazar a las contribuciones señaladas, indicó que la ventaja principal de un presupuesto integrado era que los recursos podrían trasladarse entre categorías, según fuese necesario para cerrar las brechas de financiamiento. La imposibilidad de hacerlo en el bienio en curso había dado lugar a un déficit considerable en la categoría 3, lo que a su vez había obstaculizado la capacidad de la Región para lograr la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio con respecto a la reducción de la mortalidad materna. En cuanto a la posibilidad de eliminar algunos programas, el proyecto de Programa y Presupuesto era el resultado de la tarea de asignación de prioridades llevada a cabo por los Estados Miembros y todos los programas que se habían incluido representaban prioridades

establecidas en el Plan Estratégico. No sería posible descontinuar ningún programa, aunque podrían hacerse algunos ajustes a fin de reflejar las categorizaciones relativas de las diversas áreas programáticas, de acuerdo a las preferencias de los Estados Miembros. Con respecto a otras medidas de la eficiencia, la Oficina había adoptado muchas medidas para absorber la reducción de \$50 millones del bienio en curso, entre otras la reducción o la congelación de muchos puestos. Aunque la Oficina no podría funcionar con menos personal en el bienio 2016-2017, seguiría buscando otras eficiencias operativas.

41. La Directora, al expresar su agradecimiento a los delegados que habían manifestado su apoyo al escenario I, subrayó que el proyecto de Programa y Presupuesto para el bienio 2016-2017 era realista y reflejaba la planificación de abajo arriba y los procesos de asignación de prioridades emprendidos con los Estados Miembros. El presupuesto para el bienio en curso —el más bajo de muchos bienios— también era realista, como lo demostraba el hecho de que estaba casi totalmente financiado. La Oficina había reducido voluntariamente el presupuesto 2014-2015 en \$50 millones, precisamente para lograr que fuera realista, sobre la base del monto de financiamiento que había previsto recibir. Había tomado varias medidas para hacer frente a la disminución de los fondos, entre otras reducir el personal y limitar al mínimo los viajes y las reuniones presenciales, además seguiría buscando eficiencias. Sin embargo, había un punto en el cual otros cortes empezaban a erosionar el nivel y la calidad de la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros.

42. El aumento propuesto de las contribuciones señaladas no era exorbitante y solo restauraría el presupuesto a su nivel del período 2012-2013. Reconoció que muchos Estados Miembros estaban atravesando por momentos económicos difíciles, pero agregó también que para varios países sus contribuciones iban a bajar de acuerdo con la nueva escala de la OEA. A su modo de ver, los Estados Miembros tenían la responsabilidad de garantizar el financiamiento suficiente para que la Oficina pudiera cumplir con lo que ellos habían solicitado. Por su parte, la Oficina seguiría trabajando de la mano con los Estados Miembros para alcanzar el nivel más alto posible de resultados en materia de salud en la Región.

43. El Consejo Directivo decidió formar un grupo de trabajo para abordar las inquietudes expresadas durante el debate y lograr consenso acerca de uno de los escenarios propuestos del presupuesto. El Delegado de Colombia, presidente del grupo de trabajo, anunció que, después de analizar con cuidado las implicaciones de cada escenario, el grupo de trabajo había estado de acuerdo en apoyar el escenario II y en modificar el proyecto de resolución para incorporar los puntos de vista expresados en el transcurso de los debates. Una de las modificaciones —hecha en aras del mejoramiento de la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión basada en resultados— era una solicitud a la Directora para establecer, en consulta con los Estados Miembros, un mecanismo destinado a la presentación de informes provisionales sobre la ejecución del Programa y Presupuesto, que abarcarían las partidas planificadas y financiadas, el progreso hacia el logro de los resultados, así como los riesgos programáticos y financieros. Se destacó la importancia de la presentación de informes claros y



transparentes acerca de todos los fondos administrados por la Oficina, incluso sobre las contribuciones voluntarias nacionales y los fondos de compras.

44. Los delegados recibieron con beneplácito la flexibilidad, la solidaridad y la voluntad de transigir que había prevalecido durante las deliberaciones del grupo de trabajo y expresaron su agradecimiento a Colombia por su liderazgo. El Delegado de Barbados anunció que los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), cuyas contribuciones señaladas descenderían con la nueva escala de la OEA, habían previsto, dentro del espíritu del panamericanismo y como una demostración de su compromiso con las metas de la OPS, donar esas cantidades ahorradas a la Organización en la forma de contribuciones voluntarias.

45. El Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R16, aprobó el Programa y Presupuesto según figura en el *Documento Oficial 350*. El Consejo también aprobó la resolución CD54.R17, en la cual se establecen las contribuciones señaladas de los Estados Miembros para el período 2016-2017.

***Nueva escala de contribuciones señaladas (documento CD54/5, Rev. 1)***

46. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que durante el debate en el Comité Ejecutivo del Programa y Presupuesto 2016-2017, se había solicitado a la Oficina que ajustara las contribuciones señaladas propuestas de los Estados Miembros establecidas en el proyecto de presupuesto para reflejar la nueva escala de cuotas adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones, en junio del 2014. Luego se había acordado, a sugerencia de la Directora, que debía agregarse al orden del día del Consejo Directivo un punto sobre la nueva escala de la OEA.

47. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) recordó que se trataba de una obligación dimanante de un tratado, de que la OPS ajustara su escala de contribuciones de acuerdo con la escala adoptada por la Asamblea General de la OEA, con ciertos ajustes para las diferencias en el tipo de miembros de las dos organizaciones. Agregó que el ajuste de la escala de contribuciones para equipararla con la de la OEA causaría un aumento de las contribuciones correspondientes al bienio 2016-2017 para 19 Estados Miembros de la OPS y una disminución para 14 de ellos, mientras que las contribuciones señaladas no cambiarían para nueve países. Subrayó que el tema que se estaba considerando bajo el presente punto del orden del día era solamente el de la escala de contribuciones, expresadas como porcentajes: las cantidades reales que habría que pagar, expresadas en dólares, se determinarían sobre la base de debates subsiguientes en el Consejo Directivo y de las conclusiones acerca del Programa y Presupuesto.

48. Los delegados apoyaron el proceso para el ajuste de las contribuciones señaladas como una actividad de solidaridad panamericana, transparencia y cohesión. Algunos instaron a que el nivel de la cooperación técnica prestada por la Oficina no se viera

afectado por ningún cambio resultante de las contribuciones que pagaban los países. Se destacó que la escala de las contribuciones debería tener en cuenta la capacidad de pago de los países.

49. El señor Walter respondió que la nueva escala de la OEA sí tenía en cuenta ese factor.

50. El Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R2, aprobó la escala revisada de las contribuciones para el bienio 2016-2017.

### ***Reforma de la OMS (documento CD54/6)***

51. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre la reforma de la OMS, que resumía el informe presentado a la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2015 e incluía un anexo que mostraba la alineación cercana entre las reformas programáticas, de gestión y de gobernanza emprendidas por la OMS y la OPS. Los miembros del Comité habían recalcado la importancia de la alineación continua entre la OPS y la OMS en las actividades de reforma y del cumplimiento del Artículo 54 de la Constitución de la OMS. Se había sugerido que la Oficina elaborara puntos para el debate y mensajes clave que explicarían cómo se estaba llevando a cabo la armonización y la integración de la OPS con la OMS. Con respecto al marco para la participación con los agentes no estatales, los delegados habían subrayado la necesidad de evitar conflictos de intereses y procurar que cualquier colaboración con los agentes no estatales contribuyera al logro de los objetivos de salud pública. Se había subrayado que, si bien era posible hacer algunos ajustes menores para adaptar las características institucionales específicas de la OPS, no debería hacerse ningún cambio de fondo en el marco, una vez que fuese aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud.

52. En el debate que siguió, los delegados recibieron con beneplácito el progreso general logrado con respecto a la reforma de la OMS, pero expresaron inquietud acerca del ritmo lento de la reforma de la gobernanza. Se subrayó la necesidad de intensificar los esfuerzos para finalizar las negociaciones sobre los temas pendientes —en particular el marco de participación con los agentes no estatales y el método para la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios— y se instó a los Estados Miembros a que alcanzaran el consenso acerca de las posiciones regionales sobre esos temas, a fin de facilitar las negociaciones y acelerar el progreso. Se apoyó el modelo elaborado por el Grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios para la asignación del segmento 1 del presupuesto de la OMS, y se expresó agradecimiento a México y Paraguay por sus aportes en ese Grupo de trabajo. Los delegados también expresaron su agradecimiento a Argentina por su liderazgo en las consultas de los Estados Miembros sobre el marco de la participación con los agentes no estatales y a México y los Estados Unidos de América por haber representado a la Región en el Grupo de Trabajo sobre la reforma de la gobernanza.

53. Con relación al marco de la participación con los agentes no estatales, se subrayó que el proceso de consulta debía guiarse por los principios de transparencia y respeto de la naturaleza intergubernamental y la independencia de la OMS. Se destacó la necesidad de establecer reglas claras y objetivas para evitar conflictos de intereses. Se consideró especialmente importante para la OMS actuar con cautela en sus interacciones con el sector privado para reducir al mínimo los riesgos de que quizá perdieran firmeza sus valores y su integridad. La participación continua de los Estados Miembros de la Región en las consultas sobre el marco se consideraba crucial para identificar y abordar cualquier problema potencial relativo a su aplicación a nivel regional. Algunos delegados destacaron que, una vez que el marco fuese aprobado a nivel mundial, no debería haber ninguna otra negociación sobre el mismo a nivel regional.

54. Los delegados recibieron con beneplácito el progreso logrado para mejorar la predictibilidad y la transparencia del financiamiento de la OMS mediante el diálogo financiero, pero agregaron que todavía había retos por superar, entre otros la asignación continua de las contribuciones voluntarias a fines específicos, lo que podría dar lugar a la falta de financiamiento para áreas fundamentales como la respuesta ante emergencias. Se subrayó la necesidad de conseguir que el financiamiento se alineara con las políticas y las prioridades de la Organización. También se destacó la importancia de la planificación de abajo arriba y el establecimiento de prioridades a nivel de país.

55. Se elogiaron los esfuerzos constantes de la Oficina para alinear las reformas regionales con las mundiales; varios delegados reconocieron que muchas de las iniciativas de reforma de la OPS habían sido anteriores y, por lo tanto, habían contribuido a las de la OMS. Se consideraba importante que los Estados Miembros de la Región de las Américas, al interactuar con los Estados Miembros de otras regiones, siguieran afirmando el compromiso de la OPS con la OMS y con la integración a ella. A este respecto, se sugirió que el portal de desempeño programático y financiero de la OPS debería integrarse con el portal del presupuesto por programas de la OMS, para que también fuera posible tener acceso a los datos de la OPS a través del portal de la OMS. Se solicitó una aclaración acerca de la forma en que se alinearía la estrategia de la OPS para la movilización de recursos con las actividades internas en la OMS para definir un método más centralizado y coordinado de movilización de recursos. Se apoyó la participación de la Región en el plan de movilidad del personal de la OMS, aunque se señaló que era necesario considerar el costo beneficio de los traslados del personal. Se pidió a la Oficina que indicara cuándo tendrían acceso los Estados Miembros al sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS.

56. El doctor Gaudenz Silberschmidt (Director para Asociaciones y Agentes no Estatales y Director Interino, Departamento de Movilización Coordinada de Recursos, OMS), al señalar que el debate había ilustrado tanto la importancia como las dificultades de la reforma de la OMS, aseguró al Consejo que la Secretaría de la OMS seguía totalmente comprometida en alcanzar el éxito de la reforma a los tres niveles de la Organización. Aunque todavía no se necesitaban decisiones de política con relación a la participación con los agentes no estatales y algunos otros asuntos, la mayoría de las

reformas ya habían avanzado hasta la etapa de ejecución. En el ámbito de la respuesta a las emergencias, se había preparado una hoja de ruta de las actividades de reforma, junto con un cronograma para la toma de decisiones y la ejecución, que tendría lugar en el 2016. Con respecto al portal del presupuesto por programas de la OMS, la Secretaría estaba coordinando con la Oficina lo relativo a la incorporación de los datos de la OPS en el sistema. En cuanto al marco de la participación con los agentes no estatales, en una ponencia que se presentaría en la reunión intergubernamental abierta en octubre se examinarían las repercusiones de la adopción del marco a los diversos niveles de la Organización.

57. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Programa y Presupuesto, Oficina Sanitaria Panamericana) dijo que el programa y el portal financiero de la OPS seguirían el modelo del portal de la OMS y afirmó que la Oficina estaba colaborando con la Secretaría de la OMS para mejorar el intercambio de información programática y financiera entre el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y el Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana. En cuanto al sistema de seguimiento del Plan Estratégico dijo que ya se habían hecho pruebas piloto en varios países, y que la Oficina se estaba preparando para darle acceso a todos los países muy pronto, a fin de facilitar la evaluación del progreso hacia el logro de los resultados del Plan Estratégico.

58. La Directora dijo que la movilidad del personal era uno de los componentes de la Estrategia de Recursos Humanos de la Oficina. Mediante la aplicación de la política de movilidad, la Oficina conseguiría cumplir con su responsabilidad frente a los Estados Miembros de mantener la excelencia técnica de su personal. La Oficina esperaba con sumo interés la conclusión de las negociaciones entre los Estados Miembros acerca del marco de participación con los agentes no estatales y la aplicación del marco en la Región.

59. El Consejo tomó nota del informe.

***Plan de acción sobre inmunización (documento CD54/7, Rev. 2)***

60. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había acordado que, si bien los Estados Miembros habían avanzado mucho en la ampliación de la cobertura, debería seguir asignándose una alta prioridad a la vacunación con el propósito de mantener niveles de cobertura superiores al 95%. Los delegados habían subrayado las barreras que impedían asegurar una cobertura de vacunación alta, entre otras, el alto costo de las vacunas y el movimiento cada vez mayor en contra de la vacunación; por lo tanto, se había enfatizado la necesidad de emprender campañas de información al público para sensibilizar a las comunidades y ayudarles a entender mejor la importancia de la vacunación.

61. Había habido un debate animado acerca del uso del término “el derecho a la salud” usado en el documento, ya que algunos delegados lo apoyaban firmemente y otros sugerían reemplazarlo con el “derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, según el preámbulo a la Constitución de la OMS. Luego de la debida

consideración, se habían incorporado los términos y la redacción usados en la Constitución de la OMS en la versión modificada del plan de acción, a fin de tener en cuenta los contextos y las situaciones nacionales y reflejar los sistemas de gobierno federales. También se había introducido un indicador nuevo acerca de las barreras a la vacunación. El Comité, mediante su resolución CE156.R14, recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

62. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto y felicitó a la Oficina por su liderazgo en el ámbito de la inmunización. Los delegados describieron el progreso logrado por sus programas nacionales de vacunación y observaron con satisfacción que el plan propuesto estaba alineado con el Plan de acción mundial sobre vacunas de la OMS (PAMV). Varios delegados subrayaron la necesidad de adaptar el plan de la OMS al contexto regional.

63. Los delegados instaron a proseguir los esfuerzos constantes para consolidar los logros de los países en la lucha contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación, con el mantenimiento de una cobertura superior al 95% con las vacunas tradicionales contra enfermedades como la poliomielitis, el sarampión y la rubéola, además de asignar prioridad a los municipios donde la cobertura es baja. También brindaron apoyo a la introducción de las vacunas nuevas, como las vacunas contra los rotavirus, neumococo y virus de los papilomas humanos (VPH), para lo cual solicitaron cooperación técnica y ayuda financiera. Varios delegados subrayaron la importancia de la investigación y el desarrollo de vacunas contra la malaria y el dengue, así como la necesidad de facilitar el acceso a esas vacunas una vez que se aprobaran.

64. Al señalar que el costo elevado de las vacunas era una barrera a la cobertura universal, los delegados expresaron su apoyo a las negociaciones de la Oficina para conseguir precios más bajos por intermedio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Los delegados estuvieron de acuerdo sobre la necesidad de adquisiciones conjuntas a fin de aprovechar las economías de escala y mantener niveles bajos de los precios de las vacunas, con lo cual aumentaría el acceso. Se instó a la Oficina a que abogara por un cambio en los criterios a fin de determinar la admisibilidad para recibir apoyo de GAVI, la Alianza para las Vacunas, debido a que los criterios actuales no tenían en cuenta la carga de morbilidad. Varios delegados mencionaron la necesidad de promover la producción de vacunas para mantener las reservas a los niveles adecuados; en particular, se subrayó la necesidad de contar con reservas adecuadas de la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados (VPI) para cubrir la sustitución de la vacuna oral (véanse los párrafos 66 a 73 más abajo).

65. Hubo consenso entre los delegados de que el movimiento contra las vacunas planteaba una grave amenaza para la salud pública. Las estrategias de comunicación, entre otras, el uso de las redes sociales, se consideraba fundamental para luchar contra la información incorrecta, educar a la población acerca de los beneficios de la vacunación, y crear confianza en la comunidad para garantizar la aceptación de la vacunación por el público y el cumplimiento de los calendarios de vacunación.

66. La Delegada de Argentina expuso varias inquietudes acerca de la sustitución planificada de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (vacuna antipoliomielítica oral) con la vacuna oral bivalente en combinación con la vacuna de virus inactivados. Señaló que las reservas actuales de la vacuna inactivada eran inadecuadas para permitirles a todos los países administrar las tres dosis. Como había quedado demostrado que dos dosis de la vacuna inactivada eran suficientes para conferir una inmunidad de casi 100%, sugirió que los países que actualmente incluían tres dosis de la vacuna inactivada en sus calendarios de vacunación deberían considerar la posibilidad de reducir el número a dos dosis para que la vacuna estuviera disponible en otros países y, por lo tanto, darles a los niños de todos los países la misma protección contra los poliovirus serotipo 2. Si no podían garantizarse suministros suficientes para asegurar al menos dos dosis, sugirió que debería aplazarse el cambio previsto a la vacuna inactivada. También cuestionó la conveniencia de hacer el cambio a la vacuna inactivada en un momento de intensas migraciones mundiales, con el riesgo consiguiente de interrupción de los calendarios de vacunación. La delegada solicitó que se creara un grupo de trabajo para evaluar la posibilidad de redistribuir las dosis, la factibilidad de aumentar la producción de vacunas y otras cuestiones afines, antes de la reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por su sigla en inglés), en octubre del 2015.

67. Al responder a la sugerencia de que se aplazara la sustitución, otra delegada observó que una transición exitosa exigiría que todos los países pusieran en práctica las recomendaciones acerca de la vacunación antipoliomielítica de manera coordinada. La OMS tenía un papel importante que desempeñar en el apoyo a una transición sin problemas. Los expertos mundiales estaban actualmente abordando el tema de la sustitución de las vacunas y la repercusión de cualquier retraso. Alentó a los Estados Miembros de la Región a que permitieran la realización de esos debates que aclararían el camino a seguir.

68. Una delegada observó que el costo total de ejecutar el plan de acción se calculaba en algo más de US\$120 millones, de los cuales \$48 millones corresponderían al bienio 2015-2016. Señaló que, si bien una porción considerable podría incluirse bajo las actividades ya existentes en el programa, quedaría un déficit de financiamiento de \$12 millones y solicitaba información acerca de cuál sería la propuesta de la Oficina para movilizar esos fondos.

69. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director Interino, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) respondió que la Oficina colaboraría con los Estados Miembros para cerrar la brecha de financiamiento. Señaló que, ya que el plan de acción se había concebido como un marco general para las actividades de inmunización a lo largo de los próximos cinco años, no especificaba todas las actividades que se llevarían a cabo. Los indicadores, de conformidad con estas líneas generales de acción, se habían adaptado del PAMV y abordaban muchos de los temas específicos planteados por los delegados. Agregó que el plan procuraba identificar las razones por las que algunas poblaciones no se vacunaban, y señaló que las razones principales eran las oportunidades desaprovechadas y una falta de confianza en las vacunas. La Oficina estaba colaborando

con los Estados Miembros a fin de determinar los métodos más eficaces que permitieran superar esos obstáculos.

70. Con respecto al desarrollo y la introducción de las vacunas nuevas, explicó que la nueva vacuna contra la malaria solo protegería contra *Plasmodium falciparum*, que no circulaba en forma endémica en América Latina. Tenía esperanzas de que pronto estuviera disponible una vacuna contra *P. vivax*, que sí circulaba en la Región. También informó que se estaba estudiando la inocuidad de cinco vacunas contra el dengue, por medio de su utilización en programas de salud pública, en espera de una recomendación de la reunión del SAGE.

71. Con respecto a la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral con la vacuna de virus no activados —un paso clave en la erradicación mundial de la poliomielitis— señaló que el retiro de la vacuna antipoliomielítica oral sería un proceso secuencial: el componente de tipo 2 sería el primero en retirarse; seguirían los otros componentes y, en último término, la vacuna de virus no activados pasaría a ser la única que se utiliza. Se esperaba que en un futuro no demasiado distante se erradicaría la poliomielitis como había sucedido con la viruela y ya no sería necesario vacunar. El poliovirus salvaje serotipo 2 ya se había erradicado en todo el mundo; solamente seguía circulando el virus serotipo 2 derivado de la vacuna. Si los países no hacían el cambio a la vacuna de virus inactivados, sus poblaciones podrían estar expuestas al riesgo de contraer la poliomielitis paralítica asociada con la vacuna. En el transcurso de la reunión del SAGE en octubre, se tomaría una decisión en cuanto a la fecha para el cambio.

72. La Directora agradeció a los Estados Miembros su compromiso para mantener programas nacionales de vacunación fuertes, y subrayó que era necesario conservar los logros alcanzados hasta el momento. Asegurar la equidad y la cobertura total en los programas de vacunación era un reto y para superarlo los Estados Miembros tendrían que fortalecer la vigilancia a nivel subnacional, además de mantener las competencias de inmunización del personal de salud a ese nivel. También era esencial colaborar con las comunidades para sensibilizarlas acerca de la necesidad de la vacunación y facilitar el acceso a los programas de vacunación. Señaló que la Oficina había trabajado para fortalecer la capacidad del Fondo Rotatorio, ya que reconocía la creciente necesidad de efectuar las negociaciones a un nivel más alto para satisfacer las demandas de los Estados Miembros. Apeló a los países para que enviaran sus pagos al Fondo Rotatorio oportunamente.

73. Después de la incorporación de algunas modificaciones propuestas durante el debate, el Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R8, aprobó el plan de acción. Se acordó que se formaría un grupo de trabajo para considerar las sugerencias de la Argentina.

***Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores (documento CD54/8, Rev. 1)***

74. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior de la estrategia y plan de acción propuesto sobre las demencias en las personas mayores, cuyo alcance también había incluido otros trastornos discapacitantes. Aunque, en general, los delegados habían apoyado la propuesta, algunos habían opinado que el alcance era demasiado amplio, y sugirieron que se limitara a las demencias. Los delegados habían acordado que el objetivo de la estrategia y plan de acción debería ser mejorar la vida de los pacientes y de los cuidadores, y subrayaron la necesidad de adoptar un enfoque multifacético e interdisciplinario. Se había formado un grupo de trabajo para modificar el documento y la resolución. Después de un debate prolongado, el Comité Ejecutivo había aceptado diferir las decisiones acerca de la estrategia y plan de acción hasta el Consejo Directivo, al solicitar que la Oficina modificara el documento y el proyecto de resolución para reflejar los cambios sugeridos por los Estados Miembros. La versión revisada se había enviado a los Estados Miembros para consulta y las observaciones recibidas se habían incorporado en el documento.

75. El Consejo Directivo recibió con beneplácito la estrategia y plan de acción, mientras que numerosos delegados afirmaron que la transición demográfica en la Región tenía graves consecuencias, no solo para las personas aquejadas de demencia, sus familias y cuidadores, sino también para los sistemas de salud y la sociedad en conjunto. Los delegados recibieron con beneplácito el enfoque múltiple de la estrategia y plan de acción, y señalaron que el abordaje del problema de salud pública representado por las demencias debería abarcar, entre otras cosas, la formulación de políticas, leyes y reglamentos; apoyo a los sistemas de salud mental; cooperación con las comunidades, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones internacionales; capacitación para los profesionales de la salud y los cuidadores; investigación; y aumento de la capacidad de vigilancia. Algunos delegados observaron la uniformidad del plan con sus políticas y programas nacionales de salud mental y describieron el progreso logrado en el campo de la salud mental y de las demencias, en particular. Varios delegados le solicitaron a la Oficina que aumentara la cooperación técnica y el apoyo financiero para la puesta en práctica del plan.

76. Varios delegados observaron que las demencias eran un problema mundial de salud mental que imponían una pesada carga a los sistemas de salud debido a la atención a largo plazo que ellas exigían. Se señaló que las demencias podrían afectar a otros sectores de la población diferentes de los adultos mayores y, por consiguiente, varios delegados sugirieron agregar las palabras “y deterioro cognoscitivo” al título de la estrategia y plan de acción.

77. Se reconoció que las demencias también representaban una pesada carga para los cuidadores, quienes a menudo eran mujeres solteras y jefes de familia con poco apoyo externo. Varios delegados propusieron la adopción de un enfoque sociosanitario que garantizara la atención intersectorial e integral a través de todo el sistema de atención



primaria, los centros comunitarios de salud, los hospitales diurnos, los centros de atención diaria para adultos, y otros mecanismos a fin de reducir la dependencia y evitar la necesidad de institucionalizar a los pacientes con demencia. Los delegados también subrayaron la necesidad de combatir el estigma asociado con las demencias mediante el mejoramiento de los conocimientos del público.

78. El problema de la atención a las personas con demencia fue un tema común en el debate. Se señaló la necesidad de disponer de atención compasiva y de apoyo, así como de intervenciones farmacéuticas. Un delegado señaló que si bien la atención a largo plazo era importante, también había necesidad de atención a corto y a mediano plazo. Varios delegados subrayaron la necesidad de capacitar al personal de atención de salud y a los trabajadores sociales acerca de la detección temprana del deterioro cognoscitivo y la enfermedad de Alzheimer, además de impartir capacitación para los cuidadores informales con miras a mejorar la calidad de la atención a las personas mayores. También se destacó la importancia de los enfoques basados en los derechos y atentos a las cuestiones de género. Los delegados también observaron la necesidad de brindar atención apropiada culturalmente.

79. Muchos oradores subrayaron la necesidad de adoptar un método preventivo para las demencias. Algunos hicieron más énfasis en la depresión, ya que se trataba del problema de salud mental más importante en las personas mayores y precursor de las demencias. Un delegado opinó que el plan de acción debería abordar no solo la depresión y otros problemas de salud mental, sino también los trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson. Otra delegada mencionó la necesidad de mantener a los adultos mayores estimulados y activos mental y físicamente. Otros instaron a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la obesidad y los determinantes conductuales como el hábito del cigarrillo. Sin embargo, una delegada observó que si bien la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades eran intervenciones importantes en favor de la salud, no necesariamente evitaban la aparición de las demencias en etapas posteriores de la vida y era necesario aumentar las investigaciones sobre el tema. Otros delegados subrayaron la necesidad de mejorar la vigilancia y la información acerca de experiencias exitosas en materia de las demencias.

80. El financiamiento para ejecutar el plan de acción también era motivo de preocupación. Varios delegados observaron que sus países necesitarían asistencia financiera para sufragar los costos. Otros mencionaron la importancia de buscar donantes para cerrar las brechas presupuestarias. Un delegado recomendó el uso del financiamiento compartido y vincular las actividades sobre la demencia con los programas contra las enfermedades no transmisibles.

81. Un representante de la organización Alzheimer's Disease International encomió el plan de acción por su énfasis en la necesidad de prevenir la dependencia y prestar atención a largo plazo para la demencia, mediante estrategias que les permitan a los sistemas de salud adaptarse a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas. Elogió el liderazgo de la OPS en este tema, y afirmó que esta había establecido un punto

de referencia mundial para la comunidad de la salud pública y que apoyaría las iniciativas para integrar el problema de la demencia en la agenda de la OMS para el 2016.

82. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director Interino del Departamento, Familia, Género y Curso de Vida, OSP), recibió con beneplácito el compromiso de los Estados Miembros para abordar el tema de la demencia y observó que se preveía que el número de casos en la Región se duplicaría en los próximos 20 años, una situación que plantearía un importante reto no solo para las personas afectadas, sus cuidadores y sus familiares, sino también para sus comunidades y los servicios de salud. Estuvo de acuerdo en que era importante adoptar un enfoque integrado que tuviera en cuenta los determinantes sociales como el género y la etnicidad. La colaboración con asociados no gubernamentales como la Alzheimer's Disease International también sería importante.

83. Después de la incorporación de diversas modificaciones que reflejaban los puntos planteados durante el debate, el Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R11, aprobó la estrategia y plan de acción.

***Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (documento CD54/9, Rev. 2)***

84. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con beneplácito la estrategia y plan de acción, y señaló que la violencia contra la mujer era un grave problema mundial de salud pública y de derechos humanos que exigía un enfoque multisectorial integral, junto con la prevención, intervenciones de educación y de comunicaciones para cambiar las normas sociales y culturales que contribuía a la persistencia de la violencia contra la mujer. Hubo acuerdo generalizado acerca de la escasez de datos actualizados y la necesidad de otros estudios para hacer aportes al diseño y la validación de las intervenciones destinadas a prevenir los diferentes tipos de violencia. Los delegados habían observado la capacidad limitada del sector de la salud para identificar a las víctimas y subrayaron la necesidad de impartir capacitación para el personal del área de la salud. Los delegados también habían recalcado la importancia de informar sobre la violencia de género y de garantizar la protección para los que informan sobre ella, además de brindar acceso a la justicia para las víctimas. El Comité había aprobado la resolución CE156.R6, para recomendar que el Consejo Directivo aprobara la estrategia y plan de acción.

85. El Consejo Directivo elogió la estrategia y plan de acción, y coincidió en que la violencia contra la mujer era un grave problema mundial de salud pública y una cuestión de derechos humanos con consecuencias de amplio alcance. Los delegados reconocieron la naturaleza compleja y multifacética del problema, al afirmar que su solución exigiría un enfoque multisectorial integrado que abarcara salud, educación, trabajo, aplicación de la ley, además de otros sectores. Al enfatizar la importancia de la estrategia y plan de acción para coordinar los esfuerzos nacionales y regionales mediante un enfoque integral, observaron que la ejecución del plan exigiría un compromiso político por parte de los Estados Miembros.

86. Varios oradores mencionaron la necesidad de contar con políticas para abordar el tema más amplio de la violencia de todo tipo en la Región, incluida la violencia entre los hombres. Al mismo tiempo, sin embargo, se señaló que había razones imperiosas para hacer énfasis específicamente en la violencia contra la mujer, entre ellas su invisibilidad en las estadísticas nacionales e internacionales, su aceptabilidad social, su contribución a la mortalidad materna, las barreras económicas y sociales en la búsqueda de atención (incluso la vergüenza y el estigma), sanciones legales débiles y capacidad limitada de los sistemas de salud para identificar y prestar atención a las sobrevivientes. En el área de la atención a las sobrevivientes, una delegada solicitó un cambio en la redacción sobre el aborto —específicamente, el agregado de “donde tales servicios estén permitidos por la ley nacional”— a fin de reflejar la redacción aceptada internacionalmente de las conclusiones adoptadas por el quincuagésimo octavo período de sesiones de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, de las Naciones Unidas. También solicitó que se mencionara la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y aclaró que aunque los derechos humanos eran el principio orientador del manual clínico de la OMS “Atención de Salud para las mujeres sometidas a la violencia infligida por el compañero íntimo o la violencia sexual”, algunos de los puntos mencionados enumerados en el manual, si bien eran aspectos importantes de política en los cuales deberían centrarse los gobiernos, no se referían a los derechos humanos.

87. Los delegados describieron el progreso logrado por sus países al combatir la violencia contra la mujer, y observaron la naturaleza intersectorial de los esfuerzos, que habían abarcado políticas y legislación sobre violencia por razón de sexo; la recopilación de datos y la notificación de la violencia contra la mujer; las leyes de protección de los niños, tribunales especiales para problemas de las mujeres y las instituciones para promover el tratamiento igualitario de las mujeres, de acuerdo con la ley. Sin embargo, a pesar del progreso logrado, varios delegados hicieron hincapié en la falta de capacidad financiera o técnica en sus países y solicitaron apoyo a la Oficina y otros Estados Miembros para aplicar la estrategia y plan de acción.

88. Los delegados también formularon observaciones sobre las repercusiones socioeconómicas y de salud pública de la violencia contra la mujer, entre otras, los embarazos no deseados, el aborto, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), la productividad perdida, las lesiones, el suicidio y la muerte. Algunos delegados indicaron tasas elevadas de violencia infligida por el compañero íntimo, especialmente en los grupos indígenas, al observar su invisibilidad en las estadísticas nacionales debido a la falta de información y a una tendencia en las víctimas de proteger a sus agresores. Otras formas de violencia contra la mujer mencionadas fueron el acoso sexual, el matrimonio temprano forzado, la mutilación genital femenina, el abuso sexual de los niños, la trata de personas y la esclavitud sexual. Varios delegados observaron que las mujeres indígenas, discapacitadas y vulnerables por alguna razón tenían mayores probabilidades de ser víctimas de violencia, especialmente durante los conflictos y desastres armados. Los delegados también destacaron los factores que perpetuaban la violencia contra la mujer —en particular, las normas culturales que hacían que la sociedad pasara por alto esa violencia, la falta de notificación, las leyes débiles y su poco cumplimiento.

89. Se acordó que debían fortalecerse los sistemas de salud para combatir la violencia contra la mujer, entre otros, mediante la capacitación apropiada para el personal del sector de la salud. Una delegada hizo hincapié en la discriminación sistemática institucional —especialmente en la atención obstétrica— en su país, y abogó por que se informara a las mujeres sobre sus derechos. También se mencionó la importancia del apoyo político y financiero para establecer foros destinados a la formulación de políticas de prevención de la violencia desde la perspectiva de la salud pública. Se recalcó la importancia de contar con mecanismos eficaces de evaluación de riesgos, entre ellos, someterlas a tamizaje para detectar la violencia, cuando las mujeres acuden a los servicios de salud.

90. Los delegados también estuvieron de acuerdo en que la recopilación de información planteaba un reto y subrayaron la necesidad de aumentar la visibilidad de la violencia en las estadísticas nacionales y de identificar las razones de la falta de información y de cumplimiento. Varios delegados indicaron la necesidad de emprender iniciativas de comunicación para educar a la población acerca de la importancia de la información y para ayudar a cambiar las actitudes de la sociedad. La educación se consideraba fundamental para favorecer un cambio en las actitudes y las costumbres. También se destacó la importancia de contar con la participación de los hombres y los niños en los esfuerzos para cambiar las actitudes y acabar con la violencia contra la mujer.

91. En vista del consenso general acerca de la importancia y la urgencia del problema de la violencia contra la mujer, un delegado sugirió que el Consejo Directivo considerara la posibilidad de solicitar que el primer informe de progreso sobre la aplicación de la estrategia y plan de acción se presentara en un plazo menor de cinco años, para que cualquiera corrección necesaria del curso de la acción pudiera hacerse con prontitud.

92. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director Interino, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) recordó que la estrategia y el plan de acción se habían concebido durante una actividad paralela celebrada durante el 53.º Consejo Directivo en el 2014. La propuesta era el resultado de consultas con más de 100 personas que representaban a los Estados Miembros, institutos de investigación y organizaciones no gubernamentales que habían colaborado ampliamente con la Oficina. En la estrategia y plan de acción se reconocía claramente que la violencia contra la mujer y sus consecuencias eran prevenibles; sin embargo, también reconoció que la prevención exigía un enfoque integrado y multisectorial.

93. Después de la incorporación de diversas modificaciones propuesta por los delegados, el Consejo Directivo aprobó la estrategia y plan de acción, mediante su resolución CD54.R12. También se modificó el documento para reflejar los cambios sugeridos.

***Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (documento CD54/10, Rev. 1)***

94. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado una versión anterior del plan de acción propuesto sobre la salud de los trabajadores, que era una actualización del Plan Regional de Acción sobre la Salud de los Trabajadores, adoptado en 1991. Los delegados habían expresado su agradecimiento por las medidas prácticas y los indicadores del plan para cuantificar el progreso en el mejoramiento de la salud de los trabajadores y su énfasis en la formación de capacidad y la prevención de los riesgos ocupacionales. Sin embargo, también habían mencionado varias áreas del plan que era necesario fortalecer, como partes de la redacción del documento en relación con el derecho a la salud, que ellos solicitaban modificar para reflejar la redacción de la Constitución de la OMS. También se había sugerido definir con claridad varios términos para facilitar la medición de los indicadores y el seguimiento del progreso. Se había formado un grupo de trabajo para revisar el documento y el Comité Ejecutivo posteriormente había aprobado la resolución CE156.R3, en la que recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

95. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción y aprobó su alineación con el plan mundial de la OMS. Los delegados elogiaron el alcance y la naturaleza intersectorial del plan y su adhesión a los principios de la salud en todas las políticas y del acceso universal a la salud. Sin embargo, algunos señalaron que las líneas estratégicas de acción deberían adaptarse a la situación de cada Estado Miembro. Hubo consenso en que la salud de los trabajadores era una cuestión prioritaria de salud pública que también tenía consecuencias sociales y económicas importantes.

96. Los delegados describieron el progreso de su país respectivo en la promoción de la salud de los trabajadores, y muchos de ellos informaron que la salud ocupacional formaba parte de sus planes y programas nacionales de salud. Al señalar que el empleo y el trabajo eran determinantes sociales de la salud, subrayaron la importancia de los entornos de trabajo sanos para ayudar a reducir las profundas desigualdades en materia de salud imperantes en sus sociedades; se destacó la necesidad de la evaluación de riesgos y la prevención de enfermedades ocupacionales. Una delegada indicó la necesidad del liderazgo gerencial con respecto al tema. Otra delegada solicitó la formulación y el fortalecimiento de reglamentos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la vigilancia de la salud de los trabajadores, de acuerdo con las líneas estratégicas del plan. Varios delegados destacaron la importancia de la participación de los trabajadores en la planificación, la ejecución y la evaluación de los planes y los programas sobre la salud de los trabajadores.

97. Se mencionó la necesidad de adoptar medidas acerca de las actividades de alto riesgo, mediante la limitación de la exposición de los trabajadores a sustancias peligrosas. Se señaló que ciertas ocupaciones, como la agricultura y la minería, implicaban la exposición elevada a productos químicos peligrosos, entre otros, el mercurio y los plaguicidas, que estaban asociados con enfermedades ocupacionales. Un delegado sugirió que las tasas altas de suicidio en los trabajadores agrícolas podrían estar asociadas con la exposición a los herbicidas. El mismo delegado hizo hincapié en la necesidad de

sensibilizar a la industria minera ante los riesgos ocupacionales, en especial la enfermedad respiratoria crónica, los derrumbes en las minas, y los ahogamientos. También señaló que las personas que trabajaban en la explotación de la madera en las zonas vírgenes de la selva pluvial presentaban tasas elevadas de malaria, lo que su país clasificaba como una enfermedad ocupacional. Varios delegados formularon observaciones sobre la importancia de atender las necesidades de los trabajadores en el sector no estructurado, muchos de los cuales estaban sumamente expuestos a riesgos ocupacionales. Los delegados abogaron por mejorar el acceso de los trabajadores a los servicios de salud, en especial a los servicios de salud mental. Se subrayó la necesidad del tratamiento oportuno de los trabajadores lesionados.

98. Hubo consenso en la necesidad de evitar los accidentes en el lugar de trabajo, incluso mediante mejoras en las instalaciones, gestión de residuos peligrosos, prohibición de importar desechos para usarlos como materia prima y el reemplazo de los materiales peligrosos como el asbesto, los plaguicidas y el mercurio por otros que no sean nocivos. Se instó a la Oficina y otros asociados internacionales a que siguieran abogando por los derechos y mejores condiciones laborales para los trabajadores a fin de promover su salud. Se subrayó el valor de la función desempeñada por la Oficina al proporcionar evaluaciones imparciales y asesoramiento externo. Al expresar agradecimiento por la utilización del plan para considerar el lugar de trabajo como perspectiva para examinar las enfermedades no transmisibles, un delegado subrayó la necesidad de hacer que los empleadores entendieran los beneficios financieros de promover la salud, mediante iniciativas como lugares de trabajo sin humo de tabaco y competencias para alentar la actividad física. Los delegados indicaron la necesidad de contar con leyes sobre la salud de los trabajadores para crear lugares de trabajo seguros. Los planes de certificación de la seguridad en el lugar de trabajo también se consideraban importantes.

99. El Consejo estuvo de acuerdo en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud mediante la evaluación de riesgos, la vigilancia de las enfermedades ocupacionales y las lesiones, la capacitación del personal de salud ocupacional, mejor capacidad de diagnóstico, investigación, sistemas de información de salud mejorados, y la promoción de la salud y el bienestar mediante modos de vida saludables. También se observó la necesidad de fortalecer las instituciones del gobierno. Un delegado instó a la OPS a que comprometiera recursos para evaluar las brechas en esta área dentro de los Estados Miembros y desarrollar herramientas para ayudarlos en la formulación de las políticas sanitarias y los marcos de seguimiento de los trabajadores.

100. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) dijo que la Oficina había consultado ampliamente con los Estados Miembros después de la sesión del Comité Ejecutivo celebrada en junio para elaborar el documento final, que se esperaba iba a inspirar muchas actividades de cooperación técnica. Estuvo de acuerdo en que un enfoque intersectorial era esencial y afirmó que era tradición de la Oficina colaborar con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con la Organización de los Estados Americanos y otras entidades. Comentó que los Objetivos

de Desarrollo Sostenible adoptados recientemente darían un impulso adicional a la puesta en práctica del plan.

101. La Directora agradeció a los Estados Miembros por reconocer la importancia del tema y su afirmación de la necesidad del plan de acción.

102. El Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R6, aprobó el plan de acción, en el entendimiento de que se revisaría el documento para reflejar las observaciones y las sugerencias formuladas durante el debate.

***Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis (documento CD54/11, Rev. 1)***

103. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había considerado una versión anterior del plan de acción propuesto para la prevención y el control de la tuberculosis, que procuraba acelerar la reducción de la incidencia de la tuberculosis y la mortalidad relacionada con ella, además de cumplir la meta de reducción contenida en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y las metas fijadas en el Plan Mundial a Alto a la tuberculosis 2006-2015, así como los nuevos objetivos después del 2015 para la prevención, la atención y el control, de acuerdo con la estrategia Alto a la tuberculosis de la OMS.

104. El Comité había elogiado la armonización del plan con el plan y estrategia mundial y expresó apoyo a sus metas, a sus estrategias y objetivos ambiciosos, así como a su énfasis en llegar hasta las poblaciones vulnerables e incluir a otros sectores en las actividades para combatir la tuberculosis. Numerosos delegados habían subrayado la necesidad del diagnóstico y el tratamiento tempranos, el acceso universal al tratamiento, el compromiso político, las actividades intersectoriales y multidisciplinarias y la capacitación del personal de salud. Se había observado la necesidad de efectuar otros estudios acerca de las comorbilidades de la tuberculosis y de promover la investigación y el desarrollo encaminados a producir nuevas terapias; asimismo, se había subrayado la importancia de garantizar el acceso universal a los medicamentos de primera línea. El Comité, mediante su resolución CE156.R2, recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

105. El Consejo Directivo expresó su apoyo decidido al plan de acción y muchos delegados manifestaron que estaban plenamente de acuerdo con sus planes y programas nacionales. Los delegados opinaron que el plan aprovecharía los éxitos del decenio anterior y le permitiría a la Región alcanzar las metas regionales y mundiales para la prevención y el control de la tuberculosis. Se consideraba que las líneas estratégicas de acción comprendían todos los elementos necesarios para alcanzar sus metas y objetivos. El énfasis del plan en un enfoque basado en sistemas fue bien recibido, ya que se centraba en las poblaciones en riesgo y en la incorporación de la prevención, la atención y el tratamiento de la tuberculosis en las políticas y los enfoques de desarrollo social. Se hicieron unos pocos cambios de redacción para aclarar y fortalecer algunos aspectos del documento y el proyecto de resolución.

106. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo puso de relieve la asociación entre la tuberculosis y los determinantes sociales, económicos y ambientales, y manifestó la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales integrados. Garantizar el acceso universal y asequible a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento eficaces se consideraba crucial para el éxito de las iniciativas para acabar con la tuberculosis en la Región. Se consideraba de particular importancia el acceso para las poblaciones sumamente vulnerables, entre ellos los pobres, los indígenas, los prisioneros y las personas con infección por el VIH. El Consejo también indicó la necesidad de la investigación y el desarrollo para contar con opciones nuevas de tratamiento. Un delegado subrayó la necesidad de adoptar un modelo de investigación y desarrollo que eliminara el vínculo entre el costo de la investigación y el costo de los productos farmacéuticos. Se subrayó la importancia del uso racional de los medicamentos nuevos para evitar el aumento de la farmacorresistencia.

107. Varios delegados observaron que, si bien la Región había logrado buenos progresos en la prevención y el control de la tuberculosis, seguían existiendo retos clave, entre otros la transmisión continua de la tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente y la elevada comorbilidad de la infección por el VIH y la tuberculosis. También se señaló el aumento de la incidencia de la comorbilidad con enfermedades no transmisibles, como la diabetes. Un delegado observó que los países con incidencia baja de tuberculosis tendrían que adoptar enfoques innovadores y estrategias multidisciplinarias más fuertes para lograr otras reducciones. Se subrayó la necesidad de contar con sistemas de vigilancia y de laboratorio robustos, con mejores medios de diagnóstico y regímenes de tratamiento más cortos y eficaces, así como la importancia de asegurar el seguimiento de los pacientes hasta su curación definitiva. Varios delegados hicieron hincapié en la necesidad de la participación de las familias, las comunidades y la sociedad civil en las actividades para prevenir la tuberculosis, asegurar el diagnóstico y el tratamiento inmediatos de todos los casos, además de suministrar el tratamiento eficaz para las comorbilidades. También se consideraba esencial un fuerte compromiso político con las actividades de prevención y control.

108. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana) observó que el obstáculo principal a la eliminación de la tuberculosis en las Américas era la persistencia de las inequidades que hacían que ciertas poblaciones fuesen sumamente vulnerables a la enfermedad. Los países de las Américas habían sido pioneros en promover los enfoques de determinantes sociales y la participación de las comunidades y la sociedad civil en las actividades de prevención y control. En consecuencia, había aumentado y era bien recibido, el reconocimiento de que la tuberculosis era un problema social y relacionado con la pobreza, no solo un problema médico. La Región también había sido pionera en la investigación sobre las vacunas, medicamentos y medios de diagnóstico nuevos. Los Estados Miembros ya habían avanzado mucho en la disminución de la incidencia de la tuberculosis y estaba seguro de que la meta de eliminación estaba al alcance de la Región.



109. El Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R10, aprobó el plan de acción.

***Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CD54/12, Rev. 1)***

110. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) recordó que el plan de acción propuesto sobre la resistencia a los antimicrobianos se había preparado a petición de los Estados Miembros y estaba alineado con el plan de acción mundial de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el plan de acción propuesto, cuya finalidad era orientar el desarrollo de políticas y planes nacionales y servir de hoja de ruta para la acción concreta y cuantificable. Al mencionar que la resistencia a los antimicrobianos era una amenaza creciente en todo el mundo, con consecuencias que iban mucho más allá del sector de la salud, los delegados habían subrayado la necesidad de emprender iniciativas multisectoriales y de adoptar un enfoque integral para abordar el problema. Se había destacado la importancia de abordar el uso de los antibióticos en la salud de los seres humanos y los animales mediante un enfoque de “una sola salud”. Se habían solicitado algunos cambios en la redacción del documento, junto con refinamientos en varios de los indicadores. El Comité, mediante su resolución CE156.R4, recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

111. El Consejo Directivo elogió la armonización del plan con la resolución y el proyecto de plan de acción mundial adoptado en la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Hubo consenso en que la resistencia a los antimicrobianos, causada por el abuso, la subutilización y el uso indebido de los antibióticos en la atención de salud y en la agricultura, planteaba una amenaza grave para la salud pública mundial, con graves consecuencias para la salud humana y veterinaria, la inocuidad de los alimentos, el comercio y el ambiente. También se observó que la resistencia de los microbios a los medicamentos más utilizados retrasaba el proceso de curación en las personas, aumentaba la morbilidad y la mortalidad, así como la posibilidad de la propagación de enfermedades infecciosas en poblaciones de la Región; como resultado, los gobiernos tendrían que gastar más para conseguir acceso a medicamentos y terapias más nuevos, y quizás más costosos, lo que impondría una carga fuerte en los presupuestos nacionales.

112. Los delegados estuvieron de acuerdo en que, si no se abordaba, la resistencia a los antimicrobianos podría socavar los logros de la salud pública. Describieron las estrategias nacionales de su país respectivo para combatir el fenómeno, como por ejemplo, las políticas sobre el recetado y el uso de antibióticos; el examen de los perfiles de la resistencia; la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones relacionadas con la atención de la salud; el monitoreo de la resistencia antirretrovírica, la tuberculosis multirresistente y la malaria farmacorresistente; la promoción del uso racional de los medicamentos mediante la educación profesional y las campañas de información públicas; además de las iniciativas para combatir la falsificación de medicamentos. Se hizo hincapié en la vinculación entre la salud humana y animal. Los delegados respaldaron el enfoque de “una sola salud”, el llamamiento para mejorar la formación del personal médico y veterinario en el uso adecuado de los antibióticos y la necesidad de

contar con reglamentos para el uso de los antibióticos en la agricultura, la ganadería y la industria alimentaria.

113. Se subrayó la necesidad de la colaboración internacional para combatir el flagelo de la resistencia a los antimicrobianos. Varios delegados mencionaron las organizaciones regionales que trabajaban en esta esfera, entre otras, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA). Un delegado pidió a los Estados Miembros que aunaran esfuerzos y difundieran información a través de la Oficina, acerca de estrategias fructíferas para contener la resistencia a los antimicrobianos. Otros señalaron que la celebración de una reunión sobre la resistencia a los antimicrobianos durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016 representaría una oportunidad única de aumentar la sensibilización acerca de la resistencia a los antimicrobianos al más alto nivel político y se instaba a los Estados Miembros a brindar su apoyo para lograr que la Organización de las Naciones Unidas emitiera una declaración sobre la resistencia a los antimicrobianos.

114. Un representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina instó a los Estados Miembros a que emprendieran una iniciativa conjunta para combatir la resistencia a los antimicrobianos y para identificar y reglamentar las plataformas no autorizadas para la distribución de medicamentos antimicrobianos, ya fuese en línea o a través de distribuidores no autorizados.

115. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) observó que había quedado claro en las intervenciones que los Estados Miembros estaban plenamente comprometidos a enfrentar el tema de la resistencia a los antimicrobianos. Aunque muchos Estados Miembros tenían políticas que regían el recetado de antimicrobianos, la clave estaba en hacerlas cumplir. La resistencia a los antimicrobianos era un área subfinanciada que se había descuidado por años y la Oficina tenía esperanza de que se movilizaría un mayor financiamiento a nivel local y nacional para abordar el problema mediante un enfoque multisectorial.

116. La Oficina estaba preparada para prestar la cooperación técnica destinada a apoyar los esfuerzos de los países. La Directora había hecho del problema una prioridad máxima y, para complementar al grupo consultivo técnico, había creado recientemente un grupo de trabajo a nivel de toda la Organización que se encargaría de la coordinación con otros departamentos, como el de Sistemas y Servicios de Salud. Por otro lado, se había invitado a la Directora a que participara en el comité directivo mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. Además, la Oficina estaba trabajando en estrecha colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), en las áreas de las enfermedades de transmisión por los alimentos, sanidad animal y el uso de antibióticos en los animales.

117. La Directora agradeció a los Estados Miembros por reconocer que la resistencia a los antimicrobianos era una prioridad urgente de la salud pública y por su compromiso para abordar el problema y, de ese modo, conseguir que los antimicrobianos actuales

siguieran siendo eficaces. El éxito de ese esfuerzo exigiría no solo un enfoque multisectorial e inversiones, así como normas y su cumplimiento más estrictos, sino también la sensibilización. Es necesario sensibilizar al público acerca de la situación y los riesgos actuales. La Oficina estaba tomando el tema muy en serio y había conseguido el apoyo de la FAO, la OIE y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), a fin de hacer frente al problema. Alentó a los ministros de salud a que asistieran a la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), a celebrarse en julio del 2016 en Paraguay, donde participarían los sectores de la salud, el medioambiente y el agropecuario, a fin de considerar el enfoque de “una sola salud” para afrontar los retos de la salud humana y veterinaria.

118. Después de la incorporación de varias modificaciones propuestas, el Consejo Directivo, mediante su resolución CD54.R15, aprobó el plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos.

***Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (documento CD54/13, Rev. 1)***

119. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del plan de acción propuesto para la prevención y el control de las hepatitis virales, cuyo objetivo era lograr la reversión de la tendencia actual para el 2020 y eliminar las hepatitis virales como problema de salud pública para el 2030. El Comité había reconocido que las hepatitis virales eran un grave problema de salud pública mundial que exigía un enfoque integral y había observado con satisfacción la armonización del plan con la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2014 sobre el tema (resolución WHA67.6). Los delegados habían destacado la importancia de abordar los determinantes de la salud y las necesidades de las poblaciones vulnerables, reducir el estigma y la discriminación y facilitar el acceso igualitario al tratamiento. Aunque se había señalado la necesidad de aumentar la investigación y el desarrollo para hacer más asequibles los métodos de diagnóstico y de tratamiento disponibles, los delegados habían subrayado que la prevención debía ser el principal método de control de las hepatitis virales. El Comité, mediante su resolución CE156.R10, había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

120. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción, que ponía de relieve las hepatitis B y C, en razón de sus posibles resultados negativos múltiples. Al reconocer que las hepatitis virales eran un grave problema de salud pública, los delegados aplaudieron la iniciativa, y señalaron la armonización de sus líneas estratégicas de acción con las de sus planes nacionales contra las hepatitis y el plan de acción de la OMS para la prevención, atención y tratamiento de las hepatitis virales. Un delegado comentó que el plan de acción proponía actividades concretas para reducir de manera eficiente la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad y situar a la Región en la ruta hacia la eliminación de un grave problema de salud pública. Otros delegados señalaron que el plan promovería el diálogo con los países y entre ellos, en la elaboración y el despliegue

de los esfuerzos de prevención conjuntos y la forja de asociaciones para la negociación de precios más bajos de los medicamentos.

121. Los delegados describieron los esfuerzos de sus sistemas de salud para controlar las hepatitis virales, incluso la vacunación de los recién nacidos y del personal de salud, el acceso universal a la vacuna contra la hepatitis B, el tamizaje de los donantes de sangre y también el uso de técnicas de biología molecular. El programa contra la hepatitis en algunos países formaba parte del programa de salud general y estaba unido al programa para combatir la infección por el VIH. Un delegado observó que las líneas estratégicas de acción de su país incluían medidas que no se encontraban en el plan regional, a saber, medidas ambientales para asegurar el suministro de agua potable para consumo humano y prevenir las hepatitis A y E.

122. Los delegados también citaron muchos retos, especialmente el acceso a las vacunas y los fármacos antivíricos, cuyos precios altos se consideraban injustificados y, en el caso de la hepatitis C, impedían el acceso por los grupos vulnerables. Hubo consenso en cuanto a la necesidad de negociaciones conjuntas para bajar los precios. Se dirigió la atención hacia el banco de precios de UNASUR, que se había creado para intercambiar información sobre las adquisiciones de medicamentos y presentar precios de referencia para las negociaciones con los laboratorios farmacéuticos.

123. Los delegados estuvieron de acuerdo sobre la necesidad de asignar prioridad a las hepatitis virales y solicitaron el fortalecimiento de los programas nacionales. Destacaron la importancia para la toma de decisiones de contar con datos actuales e históricos sobre el comportamiento de la hepatitis. Otras necesidades citadas fueron la capacitación para el personal de salud, la asistencia técnica, la comunicación para crear conciencia entre los grupos vulnerables y el apoyo regional e internacional.

124. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) explicó que, debido a que el plan se centraba principalmente en las hepatitis B y C, el tema del agua contaminada y su asociación con las hepatitis A y E no se había mencionado en el documento; sin embargo, la Oficina tenía un programa de agua y saneamiento y, en Lima (Perú), un equipo regional de ingenieros sanitarios estaba considerando el tema con miras a mejorar el acceso al agua y el saneamiento de buena calidad en las Américas. Unos 20 millones de personas en América Latina estaban viviendo con hepatitis B y hepatitis C crónica, que eran la causa de 89% de las defunciones por la enfermedad. No quedaban dudas de que las hepatitis virales eran un grave problema de salud pública en la Región y, por consiguiente, se trataba de un área prioritaria de acción para la Oficina.

125. El Consejo Directivo mediante su resolución CD54.R7, aprobó el plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales.

***Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CD54/14, Rev. 1)***

126. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) recordó que la estrategia propuesta acerca de las leyes relacionadas con la salud se había introducido inicialmente en el 2014, pero no se había adoptado porque el Consejo Directivo no había podido alcanzar el consenso acerca de varios aspectos de la estrategia.<sup>3</sup> Desde entonces, se habían llevado a cabo varias consultas y negociaciones con el liderazgo de Uruguay y El Salvador. El documento presentado al Comité Ejecutivo en junio reflejaba los acuerdos logrados durante ese proceso.

127. El Comité había considerado que el texto revisado era más fuerte, tenía en cuenta los contextos nacionales y las necesidades dispares de los países y ofrecía más flexibilidad. Sin embargo, se había señalado que, si bien muchos Estados Miembros habían adoptado enfoques basados en los derechos en sus iniciativas para lograr la cobertura universal de salud, el reconocimiento de los derechos relacionados con la salud y su aplicación variaban según los contextos nacionales. Se habían propuesto otros ajustes a la redacción de la estrategia para reflejar ese hecho y para alinearla con la redacción acordada anteriormente en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, además de otras estrategias de la OPS. La estrategia y el proyecto de resolución correspondiente se habían revisado en consecuencia y el Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE156.R11, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptara la estrategia.

128. El Consejo Directivo recibió con beneplácito la estrategia revisada y agradeció a Uruguay y El Salvador por su liderazgo durante las consultas sobre la estrategia. Los delegados consideraban que la estrategia revisada iba a permitir que la Oficina ayudara más a los países, cuando estos lo solicitaran, a mejorar sus marcos jurídicos y normativos, fortalecer sus instituciones nacionales y apoyar sus iniciativas para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; la estrategia también podría ser una herramienta importante para fomentar el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Miembros de acuerdo a las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS. Los delegados también consideraban que la estrategia revisada aportaba la flexibilidad necesaria para permitirles a los Estados Miembros adaptarla fácilmente a sus contextos nacionales.

129. Se reconoció la importancia de fortalecer los marcos jurídicos para promover y proteger la salud, ya que una de las funciones de la OPS era facilitar el intercambio de las mejores prácticas en ese sentido. A este respecto, se sugirió que sería útil formar, bajo la coordinación de Oficina del Asesor Jurídico de la Oficina, una red regional de abogados, asesores legislativos, investigadores, profesores y representantes de las instituciones de

---

<sup>3</sup> La estrategia se presentó inicialmente a la 154.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo en el 2014. Una versión revisada fue presentada luego al 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo, pero esta no se aprobó. El Consejo decidió establecer un grupo de trabajo, con Uruguay como Presidente y El Salvador como Vicepresidente, para seguir perfeccionando la estrategia y volver a presentarla al Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión. Véase el documento CD53/FR (2014).

salud, con el propósito de intercambiar experiencias e información para crear una base de datos sobre leyes relacionadas con la salud. La red también podría servir de foro de orientación y formación de capacidad, así como para la promoción de la investigación aplicada con respecto a problemas específicos de salud.

130. Se propusieron algunos cambios de redacción con la intención de aclarar o ampliar diversos aspectos de la estrategia. Una de las propuestas relacionadas con una parte del párrafo 3 que decía: "... varios Estados Miembros de la OPS han fortalecido sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr". Sin embargo, se señaló, que ese pasaje ya había sido objeto de intensos debates y se había llegado a un consenso acerca de la redacción.

131. El Delegado de Panamá señaló que su Gobierno sería la sede del segundo Congreso de los Comités Parlamentarios de Salud de las Américas en el 2016. Ese evento brindaría una oportunidad de mostrar los primeros adelantos logrados de acuerdo con la estrategia.

132. Una representante de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes recalcó la importancia de los marcos jurídicos y de la legislación estricta para conseguir que todos los pacientes tuvieran acceso a medicamentos y otros tratamientos seguros, eficaces y apropiados. También subrayó la necesidad de considerar los puntos de vista de los pacientes y el público en general cuando se evaluaban las nuevas tecnologías de la salud y promover su participación en la formulación de políticas y la toma de decisiones con relación a la salud y los sistemas de salud.

133. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP), después de reunirse con las delegaciones que habían propuesto las modificaciones a la estrategia, anunció que se había acordado mantener la redacción del pasaje en el párrafo 3, en relación con el derecho a la salud, que reproducía la redacción que se había negociado y aprobado en el 2014 durante los debates sobre la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud.<sup>4</sup> Se habían hecho dos cambios menores en la redacción y ahora había pleno consenso sobre los textos tanto de la estrategia como del proyecto de resolución. Expresó su agradecimiento a todos los representantes de los Estados Miembros que habían participado en las prolongadas consultas sobre la estrategia y a Uruguay y El Salvador por haber encabezado el proceso de consulta. Recibió con agrado la propuesta de una red regional de abogados y otros especialistas, que se basarían en el trabajo iniciado durante el primer Congreso de los Comités Parlamentarios de Salud, y observó que ese era precisamente el tipo de actividad que la estrategia procuraba fomentar.

134. La Directora también extendió su agradecimiento a los Estados Miembros por su disposición a transigir para alcanzar el consenso acerca de la estrategia.

---

<sup>4</sup> Véanse el documento CD53/5, Rev. 2 (2014), y la resolución CD53.R14 (2014).

135. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD54.R9, para adoptar la estrategia.

***El fenómeno de El Niño 2015-2016 en la Región de las Américas (documento CD54/22)***

136. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Perú), luego de agradecer al Consejo Directivo por haber aceptado que se agregara este tema al programa, explicó que el fenómeno de El Niño era uno de los eventos climáticos más significativos que afectaban a los países de la Región, en particular a los de América del Sur. Parecía que en el 2015-2016, los efectos de El Niño serían especialmente graves; por lo tanto, la preparación, la respuesta y la recuperación constituirían un importante reto para la Región, lo que exigía medidas para proteger la infraestructura y velar por la continuidad de los servicios de salud para la población, en especial durante la fase de mayor repercusión del fenómeno.

137. Las actividades propuestas en el documento CD54/22 y el proyecto de resolución acompañante aprovecharían las medidas ya tomadas por los gobiernos para fortalecer su capacidad de prevención y respuesta, además de mejorar la capacidad de recuperación de sus sistemas de salud. En el proyecto de resolución se instaba a la Directora a que utilizara la capacidad institucional de la Organización para ayudar a los Estados Miembros a compilar pruebas y aumentar la capacidad de mejorar los preparativos para El Niño y otros eventos futuros que podrían amenazar a la salud en la Región.

138. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) afirmó que se había previsto que el fenómeno de El Niño tuviera consecuencias potencialmente catastróficas en el período 2015-2016, en particular para la infraestructura de atención de salud y, por consiguiente, era necesaria una preparación intensiva.

139. En el debate que siguió, varios delegados, aunque recibían con agrado la iniciativa de Perú y reconocían la necesidad de prepararse para El Niño 2015-2016, señalaron que muchas de las actividades previstas en el documento y el proyecto de resolución ya estaban incluidas en estrategias y planes de acción vigente. Los delegados también consideraban que se necesitaba más tiempo para hacer circular el documento y la resolución entre los especialistas en la materia en sus gobiernos respectivos. Se sugirió que quizá sería más útil redactar un documento y una resolución más amplios, que abarcaran esos fenómenos en general, no solo El Niño específico para el 2015-2016. También se señaló que el alcance geográfico del documento debía ser más amplio, ya que El Niño afectaba tanto a América del Norte como a América del Sur.

140. La Directora confirmó que la Oficina estaba preparada para seguir ayudando a los países en casos de desastres, sin necesidad de que se aprobara una resolución específica que la instara a hacerlo. Como ya se había indicado, se estaban ejecutando varios planes de acción, y la Oficina estaba colaborando con los países de todas las subregiones para mejorar su capacidad en cuanto a preparativos, respuesta, mitigación y rehabilitación para casos de desastre. Estuvo de acuerdo en que quizá sería útil considerar una propuesta de

fortalecimiento de la respuesta regional al cambio climático y ante eventos meteorológicos graves, en general.

141. El Consejo Directivo adoptó la decisión CD54[D6], en la que se consideran los posibles efectos graves para la salud de El Niño 2015-2016, se insta a los Estados Miembros a que actualicen sus planes para hacer frente a eventos hidrometeorológicos extremos como El Niño y se solicita a la Directora que fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros en preparación para El Niño 2015-2016.

***Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015 (documento CD54/23)***

142. El señor Carlos Andrés Emanuele (Ecuador), en su calidad de presidente del grupo de trabajo encargado de preparar el documento y proyecto de resolución acompañante, observó que en los debates en el grupo de trabajo se había destacado la complejidad de calcular la mortalidad materna. Expresó su agradecimiento a los miembros del grupo de trabajo por su participación proactiva y constructiva.

143. En el debate que siguió, los delegados expresaron su apoyo decidido al proyecto de resolución y manifestaron su agradecimiento al Ecuador por plantear el tema y encabezar las deliberaciones del grupo de trabajo. Los delegados reconocieron la complejidad de calcular la mortalidad materna y señalaron que el método aplicado por el Grupo interinstitucional para la estimación de la mortalidad materna quizá produjera resultados diferentes de los cálculos de mortalidad materna preparados por los Estados Miembros. Se destacó que debería haberse consultado a los Estados Miembros acerca de todo cambio en el método para calcular la mortalidad materna en el período 1990-2015, en particular porque el método revisado recomendado por el Grupo interinstitucional podría incidir en la evaluación del progreso hacia la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio pertinente. Un delegado observó que era importante no cambiar las condiciones en un momento decisivo cuando los Estados Miembros estaban trabajando con ahínco para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna antes de la fecha límite del 2015. También se subrayó la importancia de consultar con los países acerca del método de medición para todos los indicadores relacionados con la salud, incluso de aquellos que iban a definirse para los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

144. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) anunció que, en octubre del 2015, se celebraría una reunión en Costa Rica que les brindaría a los Estados Miembros la oportunidad de considerar la metodología de estimación de la mortalidad materna con el personal de la Secretaría de la OMS. Le aseguró al Consejo que la Oficina haría todo lo que estuviera a su alcance para que las opiniones de los Estados Miembros se tuvieran en cuenta debidamente.

145. La Directora agradeció a los Estados Miembros su liderazgo en el tema y les alentó a que informaran a sus misiones en Ginebra acerca de la resolución del Consejo Directivo.



146. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD54.R18, en la que se instaba a la OMS, entre otras cosas, a organizar talleres con los Estados Miembros acerca de la metodología revisada de estimación de la mortalidad materna, aplazar la publicación de los cálculos hasta después de los talleres y preparar un documento que explicara las diferencias entre los métodos y el motivo de la revisión.

### **Asuntos administrativos y financieros**

#### ***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD54/15 y Add. I)***

147. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP), al observar que el documento CD54/15 y Add. I, contenía información actualizada hasta el 21 de septiembre del 2015, informó que desde esa fecha la Oficina había recibido otros pagos de \$770 de la República Dominicana, \$81.838 del Paraguay y \$3.146 del Reino Unido. Se había recibido un total de 89% de las contribuciones señaladas de años anteriores, por lo que quedaba una cantidad pendiente de pago de \$4,3 millones. Ningún Estado Miembro estaba sujeto actualmente a las restricciones al voto contempladas de conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

148. La tasa de pago de las contribuciones señaladas del año en curso había seguido descendiendo desde el 2011, cuando había alcanzado un nivel de 60%. De las contribuciones señaladas para el 2015, se habían recaudado hasta el 21 de septiembre \$48,1 millones, que representaban 45,5% del total; 25 Estados Miembros habían pagado el total de sus contribuciones. Debido a esa insuficiencia había sido necesario recurrir al Fondo de Trabajo, cuyo saldo total ascendía ahora a solo \$11,4 millones.

149. La Directora expresó el agradecimiento de la Organización por las contribuciones recibidas hasta el presente y al mismo tiempo solicitó a los Estados Miembros que todavía estaban atrasados en el pago a que los aceleraran para permitir que la Organización cumpliera con todos los mandatos que le habían asignado los Estados Miembros.

150. El Consejo aprobó la resolución CD54.R1, en la que expresaba su agradecimiento a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos para el 2015 e instaba a todos los Estados Miembros a cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización de una manera rápida.

#### ***Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014 (Documento Oficial 349)***

151. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había informado al Comité Ejecutivo que el auditor externo no había encontrado puntos débiles ni errores que se consideraran materiales para la exactitud o la integridad de las cuentas de la Organización y, por consiguiente, había emitido un

dictamen de auditoría no modificado acerca de los estados financieros de la Organización correspondientes al 2014. También se había informado al Comité que las contribuciones señaladas de la OPS habían permanecido estables desde el 2012 hasta el 2014 y que los ingresos varios habían aumentado desde el 2013 a 2014, en gran parte como resultado de los intereses devengados de las inversiones en Brasil. Las contribuciones voluntarias de la OMS también habían permanecido relativamente estables, pero las contribuciones voluntarias a la OPS habían descendido en más de 50% del 2012 al 2014, al pasar de \$93,7 millones a \$40,9 millones.

152. En respuesta a las preguntas y las inquietudes expuestas por el Comité, se había explicado que un aumento de los gastos de viaje desde el 2012 al 2014 se debía principalmente a la ejecución del proyecto Mais Médicos en Brasil. También se había explicado que para todos los proyectos financiados con las contribuciones voluntarias nacionales, cualquier costo directamente atribuible a las actividades del proyecto se cobraban directamente al proyecto. La Oficina cobraba un cargo de apoyo a programas para cubrir otros costos relacionados con el proyecto, con lo cual se aseguraba que todos los costos del proyecto estaban cubiertos sin necesidad de ningún subsidio cruzado del presupuesto ordinario de la Organización. También se había explicado que en ciertas ocasiones se otorgaban contratos de una única fuente porque algunas de las vacunas ofrecidas a través del Fondo Rotatorio se adquirían de un solo proveedor, y que la elección de los proveedores por la Oficina algunas veces también era restringida, debido a limitaciones de tiempo. Sin embargo, todos los contratos de una única fuente se examinaban detalladamente para asegurar que estuviesen justificados.

153. El Comité había elogiado los esfuerzos de la Oficina para poner en práctica las recomendaciones de auditorías pasadas y la instaba a tomar medidas acerca de todas las recomendaciones más recientes. Se había considerado de particular importancia poner en práctica las recomendaciones en relación con la gestión de riesgos institucionales.

154. El Consejo Directivo consideraba que los procesos internos y externos de auditoría eran importantes para la rendición de cuentas y la transparencia en la Organización, además, instó a la Oficina a que cumpliera con las recomendaciones del auditor externo, el auditor interno y el Comité de Auditoría de la OPS. Se recibieron con beneplácito los esfuerzos para fortalecer una cultura de evaluación en la Organización.

155. Se solicitó una aclaración con respecto a algunos de los temas, entre otros, por qué el nivel de ejecución de los fondos del programa de la OMS había sido inferior en el 2014 que en el 2013, qué se estaba haciendo para abordar la inquietud mencionada en el informe acerca de la falta de ejecución de las contribuciones voluntarias y la devolución consiguiente de fondos a los donantes, y las medidas que se estaban adoptando para asegurar que no se perdiera el conocimiento institucional de los jubilados, lo que se consideraba de máxima importancia para que la Organización mantuviera sus altos niveles técnicos. Se sugirió la preparación de un análisis acerca de los riesgos asociados con la jubilación inminente de una tercera parte de los directivos de la Oficina y que debería revisarse la Estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana para hacer más hincapié en la capacitación de los nuevos gerentes. Se pidió información

concreta acerca del número y tipo de los cargos que iban a quedar vacantes y los lapsos calculados para las nuevas contrataciones.

156. También se pidió información acerca de las razones de los niveles relativamente bajos de los desembolsos en algunas áreas programáticas y del aumento de los costos de los cursos y los seminarios mostrados en el cuadro 16. Se sugirió que la Oficina debería efectuar un análisis de los riesgos y los retos de la gestión asociados con el aumento sustancial en los ingresos generados de las contribuciones voluntarias. Se consideraba un motivo de preocupación que el sistema del PMIS todavía no estuviese funcionando plenamente, y se subrayó la importancia de cumplir con el cronograma para la finalización del proyecto.

157. La delegada del Brasil, al observar que el Comité Ejecutivo había planteado algunas preocupaciones acerca del programa de Mais Médicos, explicó que el proyecto era una actividad de cooperación triangular de duración limitada en la que participaban Brasil, Cuba y la OPS. Su objetivo era perfeccionar las aptitudes de los profesionales médicos y ampliar el acceso a la atención primaria de salud. En el 2015, más de 63 millones de brasileños habían tenido acceso a la atención, con lo cual los indicadores de salud y la calidad de vida habían mejorado para las poblaciones atendidas. Además del suministro a corto plazo de médicos, el programa también aportaba inversiones en la infraestructura y la capacitación médica en Brasil. La ampliación que se había logrado en los servicios de atención primaria de salud no tenía precedentes en ningún lugar del mundo. Invitó a los delegados a que asistieran a una sesión paralela en la que se presentaría más información acerca del proyecto.

158. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) agradeció a la delegación de Brasil la información presentada acerca del programa de Mais Médicos, al que correspondía prácticamente todo el aumento de las contribuciones voluntarias que se había mencionado. Le aseguró al Consejo que la Oficina había dedicado mucho esfuerzo a la gestión de riesgos y a poner en práctica todas las recomendaciones de auditoría interna y externa en relación con el programa y agradeció el Gobierno de Brasil por su ayuda en relación con estas actividades. Con respecto al riesgo de los subsidios cruzados para los proyectos de contribuciones voluntarias, la Oficina había emprendido un programa de capacitación muy enérgico con los gerentes de las representaciones en los países para asegurar que comprendieran cómo atribuir los costos directos de los proyectos a los fondos de esos proyectos y expresó su satisfacción de que no se usarían fondos del presupuesto ordinario para subsidiar esos proyectos.

159. Con respecto a la ejecución de los fondos asignados por la OMS a la OPS, explicó que las diferencias entre el 2013 y el 2014 reflejaban la diferencia en el flujo de recursos entre el segundo año de un bienio y el primer año del siguiente. En el informe financiero correspondiente al 2015, la Oficina esperaba observar un aumento significativo del flujo de recursos de la OMS a la OPS, de manera que al final del 2016 la situación fuese similar a los bienios anteriores.

160. Con respecto a la pregunta acerca de los cursos y los seminarios, las cifras del cuadro 16 reflejaban una práctica que se había seguido durante muchos años en la contabilidad de la Organización, según la cual todos los gastos en relación con los cursos y los seminarios, ya fuese para suministros, equipo, contratos, o viajes, se había presentado en los informes en conjunto en la categoría de los viajes. Las prácticas contables se habían ajustado para el próximo bienio a fin de que los costos futuros asociados con los cursos y los seminarios se incluyeran en categorías de gasto separadas, lo cual les daría a los Estados Miembros una contabilidad más transparente y fiable.

161. El personal de la Oficina estaba vigilando el proyecto del PMIS a diario y la gerencia ejecutiva examinaba el progreso mensualmente o más a menudo, según fuese necesario. También le informaba personalmente a la Directora entre esas reuniones acerca de cualquier medida necesaria para que el proyecto se mantuviese al día, de acuerdo al cronograma. En los momentos, estaba en curso la puesta a prueba de la segunda fase, y se había previsto que esa fase empezaría a funcionar el 1 de enero del 2016. En cuanto a la jubilación inminente de varios miembros del personal superior, se había<sup>5</sup> finalizado la Estrategia de Recursos Humanos de la Oficina y se había preparado un documento para informarles a los delegados lo que estaba haciendo la Oficina con respecto a la memoria institucional, la planificación de la sucesión para el personal que se jubila y la armonización de los recursos humanos de la Organización con sus prioridades estratégicas.

162. La Directora, al agradecer a los delegados su profundo interés en el informe financiero, recalcó que la Oficina se había asegurado de que todos los costos y requisitos de personal relacionados con la ejecución de los proyectos financiados con las contribuciones voluntarias nacionales fuesen sufragados a partir de los fondos del proyecto. Con respecto a los porcentajes asignados a diversas áreas programáticas, garantizó al Consejo que los fondos se asignaban de acuerdo con las prioridades fijadas por los Estados Miembros en el Plan Estratégico de la OPS, y también en el plan de trabajo y el presupuesto bienales. En cuanto a la tasa de ejecución relativamente baja registrada en el 2014, cabe señalar que la Oficina había afrontado un reto enorme en cuanto al flujo de efectivo, debido a la reducción de \$50 millones del presupuesto de la Organización para el bienio. Para hacer frente al corte presupuestario, la Oficina había hecho mucho hincapié en la reducción de los recursos humanos y, por consiguiente, el resto del personal había tenido que adoptar nuevos métodos para poder prestar la cooperación técnica. Los retrasos en la contratación de los recursos humanos apropiados para reemplazar a los consultores nacionales cuyos contratos habían llegado a su fin, habían planteado otro reto.

163. La Oficina utilizaba procesos de contratación del personal transparentes y bien definidos y examinaba constantemente esos procesos para conseguir que cumplieran con las normas de transparencia. Los anuncios de vacantes de la OSP se colocaban en el sitio web de la Organización y en otros sitios, y solicitaba a los Estados Miembros que

---

<sup>5</sup> Véase el documento CE156/31 (2014).

hicieran un esfuerzo especial para identificar a profesionales sumamente competentes a nivel nacional y alentarles a que solicitaran esos cargos vacantes.

164. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS (documento CD54/16)***

165. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había considerado una propuesta para el uso del saldo no asignado del excedente que quedaba después de la implementación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) en el 2010 y un excedente del presupuesto ordinario que quedaba a finales del 2014. La Oficina había propuesto usar los fondos excedentarios para invertir en el financiamiento de la ejecución de la Estrategia de Tecnología de la Información de la OSP y la ejecución de la Estrategia de Recursos Humanos de la OSP. El Comité Ejecutivo había apoyado los usos propuestos de los fondos, en particular los proyectos de tecnología de la información. Se había señalado, sin embargo, que muchos de esos proyectos seguían sin financiamiento y por ello, se había pedido información sobre los planes de la Oficina para el financiamiento a largo plazo de las necesidades de tecnología de la información.

166. En respuesta, se había explicado que la Estrategia de Tecnología de la Información aportaba sugerencias con respecto al nivel de financiamiento que la Oficina debía dedicar a las necesidades de tecnología de la información y cómo deberían distribuirse los fondos entre los proyectos, a fin de mantener en funcionamiento los sistemas existentes y permitirle a la Oficina implantar sistemas nuevos y ampliar sus capacidades de tecnología de la información. El financiamiento para esos proyectos se asignaría como parte del proceso de presupuestación normal para cada bienio, a partir del período 2016-2017.

167. En el debate subsiguiente, se apoyó la propuesta, ya que ayudaría a que el personal pudiera manejar el cambio tecnológico y mejorar la información de salud pública para los Estados Miembros.

168. El Consejo Directivo mediante su resolución CD54.R13, aprobó la asignación de \$2.000.000 del excedente de las IPSAS y los excedentes presupuestarios para la ejecución de la Estrategia de Tecnología de la Información y la suma restante de \$1.055.178 para la ejecución de la Estrategia de Recursos Humanos.

***Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS (documento CD54/17)***

169. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado varias modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la OPS, todas las cuales correspondían al cambio hacia un

programa y presupuesto integrado (véanse los párrafos 28 a 45 anteriores), y había recomendado que el Consejo Directivo las aprobara.

170. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) confirmó que los cambios a las reglas tenían por objeto brindar apoyo a la adopción de un presupuesto integrado. Se hicieron cambios en algunos términos y también se abordó una de las inquietudes expresadas por el Comité Ejecutivo, a saber, que el Fondo de Trabajo solo debería usarse para atender necesidades temporales de recursos relacionadas con un retraso en el recibo de las contribuciones señaladas o de los ingresos varios presupuestados.

171. En el debate que siguió, se reconoció que los cambios propuestos permitirían mayor flexibilidad en la asignación de los recursos a las áreas prioritarias, lo que podría ayudar a acelerar el logro de los resultados programáticos en los Estados Miembros.

172. El Consejo, mediante su resolución CD54.R3, aprobó los cambios en el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.

***Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2016-2017 (documento CD54/18, Rev. 1)***

173. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en la sesión de junio se había informado al Comité Ejecutivo de que el mandato del auditor externo actual de la OPS, el Tribunal de Cuentas de España, llegaría a su término a fines del bienio en curso. Para mantener la continuidad mientras se concluía el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP, la Oficina había indicado que debería contratarse al auditor externo actual por uno o más bienios. El Tribunal de Cuentas de España había expresado su disposición a seguir ejerciendo esta función.

174. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que el nombramiento del auditor externo era una función muy importante del Consejo Directivo, que dependía del auditor externo para asegurar que la Organización estuviese aplicando todos los reglamentos necesarios y que el informe financiero fuese exacto. Como la Oficina estaba recomendando que el Tribunal de Cuentas de España se contratara como auditor externo solamente para el próximo bienio, la búsqueda de un sucesor comenzaría en el 2016. La Oficina esperaba que los Estados Miembros ayudarían con sus sugerencias en cuanto a las instituciones que quizá pudieran designarse como nuevo auditor externo.

175. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD54.R14 para designar al Tribunal de Cuentas de España como auditor externo de la Organización para el bienio 2016-2017.

## **Selección de Estados Miembros para integrar juntas y comités**

*Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana (documento CD54/19)*

176. El Consejo Directivo seleccionó a Perú y a la República Bolivariana de Venezuela para designar a una persona que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (TDR) para un mandato que comienza el 1 de enero del 2016 y concluye el 31 de diciembre del 2018 (decisión CD54[D5]).

*Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD54/20)*

177. El Consejo Directivo declaró a Argentina, Jamaica y Perú elegidos como miembros del Comité Asesor del BIREME para un mandato de tres años a partir del 1 de enero del 2016 (resolución CD54.R5).

## **Asuntos de información general**

*Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final e Informe sobre la elaboración de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030 (documentos CD54/INF/1 y Add. I)*

178. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, después de examinar el informe sobre el progreso hacia el logro de las 20 metas regionales de recursos humanos para la salud adoptadas en el 2007 (documento CD54/INF/1), los miembros del Comité Ejecutivo habían afirmado su compromiso con el fortalecimiento del personal en la esfera de la salud y subrayado la necesidad de esfuerzos continuos para formar recursos humanos, como un requisito esencial para el logro de la cobertura universal de salud. La Directora había sugerido que sería aconsejable formular un nuevo plan, fundamentado en las enseñanzas extraídas de las iniciativas emprendidas para lograr las metas regionales y que abordara las deficiencias reveladas por la evaluación del progreso.

179. El doctor James Campbell (Director, Departamento de Personal en el Área de Salud, OMS y Director Ejecutivo, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario) presentó el proyecto de *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030* (documento CD54/INF/1, Add. I), y recordó que el impulso para su elaboración había sido la *Declaración política de Recife sobre Recursos Humanos para Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria*

*universal*, adoptada en el 2013 durante el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud y respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2014, mediante la resolución WHA67.24. El proyecto de estrategia se había elaborado sobre la base de la evidencia en cuanto a los problemas y los desafíos fundamentales que era necesario afrontar para lograr la cobertura universal de salud en el contexto de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ahora se estaban recabando los comentarios de los Estados Miembros, no solo durante las sesiones del Comité Regional, sino también por medio de consultas técnicas regionales y consultas en línea. También se estaban pidiendo las opiniones de asociaciones profesionales, proveedores de atención sanitaria en los sectores público y privado, y de otros interesados directos, ya que el fortalecimiento del personal en el área de salud sería un cometido multisectorial.

180. En los países del continente americano, una consulta técnica efectuada en Buenos Aires en septiembre del 2015 había brindado la oportunidad de examinar las enseñanzas extraídas de la ejecución del Llamamiento a la Acción de Toronto por un Decenio de Recursos Humanos para la Salud, 2006-2015 y de identificar nuevos retos para el futuro. Esos debates habían destacado la importancia de fortalecer la atención primaria de salud al reexaminar, entre otras cosas, los modelos de atención y de servicio, así como los requisitos educativos para los profesionales de la salud. También se había tratado el tema de la migración internacional del personal de salud y los derechos y la seguridad ocupacional de los trabajadores de salud. El informe de la consulta de Buenos Aires se integraría en la próxima versión del proyecto de estrategia mundial, que se abordaría en una sesión de orientación con las misiones permanentes de los Estados Miembros en Ginebra a finales de octubre, después de lo cual la estrategia se revisaría nuevamente antes de su presentación al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2016.

181. El proyecto de estrategia proponía cuatro objetivos centrales encaminados a lograr la cobertura universal de salud, satisfacer la exigencia actual y futura de recursos humanos para la salud, mejorar la capacidad institucional de gestión de recursos humanos, mejorar los datos sobre recursos humanos para la salud y la evidencia y su utilización en la formulación de políticas. En la estrategia se reconocía que se lograría un rendimiento triple de la inversión en recursos humanos para la salud, ya que no solo esa inversión ayudaría a mejorar la salud de la población y a garantizar la seguridad sanitaria mundial, sino también sería un impulso fundamental para el crecimiento social y económico.

182. En el debate que siguió, los delegados destacaron que era crucial contar con un número suficiente de profesionales de la salud para la seguridad sanitaria mundial y para el logro del acceso universal a la salud y de la cobertura universal de salud. Los delegados también destacaron la necesidad de las políticas para asegurar la formación y la retención de los profesionales de la salud, así como incentivos eficaces, tanto económicos como de otra índole, para atraer a profesionales de la salud hacia las zonas subatendidas. Se consideraba especialmente importante encontrar maneras de persuadir a un mayor número de médicos de que trabajaran a nivel de la atención primaria en los entornos rurales. También se consideraba esencial la planificación adecuada del personal



necesario en el área de salud, así como lo era la investigación para aportar datos a la planificación, en particular la investigación que apuntara a las brechas de recursos humanos.

183. Los delegados también subrayaron la importancia de la colaboración intersectorial para garantizar un suministro suficiente de trabajadores de salud con la capacitación adecuada para satisfacer las necesidades actuales y futuras. La colaboración con el sector de la educación se contemplaba como especialmente importante. Se sugirió que, para aumentar la disponibilidad del personal de salud en las áreas que tenían escasez, sería útil establecer programas locales de capacitación para capacitar a un mayor número de empleados en esas áreas. A este respecto, una delegada informó que su gobierno había asignado financiamiento para costear los puestos de residencia de medicina familiar en las comunidades remotas y rurales, además de un programa de alivio de los préstamos estudiantiles para los nuevos médicos de familia y las enfermeras dispuestas a ejercer en esas zonas. Otro delegado dijo que en su país se estaban impartiendo programas de formación de capacidad junto con otros países de la Comunidad del Caribe.

184. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina, al observar que el aspecto de los recursos humanos de los sistemas de salud, solía menospreciarse en cuanto a planificación y financiamiento, destacó la importancia de los sistemas de garantía de calidad para los programas de educación y capacitación médicas, incluso las normas de calidad uniforme, los planes de acreditación y los métodos para el monitoreo de la calidad.

185. El doctor Campbell, al agradecer la información sobre las iniciativas de los Estados Miembros con respecto a los recursos humanos, señaló que muchos aspectos del proyecto de estrategia mundial se habían extraído de las mejores prácticas adoptadas en los países del continente americano. Agregó que varias organizaciones internacionales estaban efectuando un estudio con miras a cuantificar las necesidades de recursos humanos para la salud, cuyos resultados se esperaba que estuviesen listos a tiempo para la reunión del Consejo Ejecutivo en enero del 2016.

186. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) dijo que si bien se habían logrado avances significativos hacia el logro de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, todavía quedaba mucho por hacer, como había quedado de manifiesto durante la consulta regional celebrada en Buenos Aires. Los participantes en esa reunión habían subrayado la necesidad de fortalecer las políticas de recursos humanos para la salud, la gobernanza y la planificación para superar los retos que la Región seguía afrontando con respecto a la distribución equitativa de los recursos humanos y el acceso a los servicios de salud. La consulta también había destacado la necesidad de fortalecer la colaboración entre los sectores de la salud y la educación para conseguir que la capacitación de los profesionales de la salud se orientara a la satisfacción de las necesidades señaladas por el sector de la salud. La Oficina esperaba con interés seguir colaborando con los Estados Miembros para impulsar tanto los programas mundiales como los regionales en pro de los recursos humanos.

187. La Directora afirmó que sin un número suficiente de trabajadores de salud bien adiestrados, bien distribuidos y bien motivados sería imposible lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Era esencial abordar las disparidades en la disponibilidad y la distribución de los trabajadores de salud y la falta de sincronización entre la preparación de los trabajadores de salud y las necesidades de los sistemas de salud. Era de particular importancia garantizar la combinación adecuada de trabajadores de salud y motivar a un mayor número de profesionales de la salud a que siguieran carreras a nivel de la atención primaria. Con esta finalidad, se necesitaban incentivos, incluidas oportunidades para el progreso profesional de los médicos de atención primaria. Para lograr todo esto, sería indispensable contar con políticas fuertes de recursos humanos para la salud, además de la gobernanza y la inversión adecuadas en los recursos humanos.

188. El Consejo tomó nota del informe.

***Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas (documento CD54/INF/2)***

189. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre el progreso logrado en la Región en los 10 años desde la adopción de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS. Aunque se habían logrado avances notables, todavía quedaban algunos retos, en particular, con respecto al financiamiento, la sostenibilidad de los esfuerzos de integración de la perspectiva de género, y monitoreo del compromiso del sector de la salud con la integración de la perspectiva de género. En el informe se habían propuesto tres líneas estratégicas de acción para el período 2015-2019, encaminadas a afrontar esos desafíos y responder a las necesidades actuales señaladas por los Estados Miembros. Se había explicado que las líneas estratégicas de acción no constituían un nuevo mandato o plan de acción; su objetivo era reforzar y seguir el trabajo ya efectuado por los Estados Miembros y la Oficina, de conformidad con el Plan de acción.

190. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el progreso logrado en la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género y reconocía la necesidad del trabajo continuo para alcanzar plenamente las metas de la política. Los delegados habían reafirmado el compromiso de sus gobiernos con la igualdad de género y descrito sus iniciativas en ese sentido. Se habían apoyado las líneas estratégicas de acción propuestas para el período 2015-2019. La Directora había sugerido que debería llevarse a cabo un análisis para contar con una evaluación independiente de la situación de la igualdad de género 10 años después de la adopción de la política.

191. El Consejo Directivo recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS para fortalecer la capacidad en materia de género y salud y expresó su apoyo a las nuevas líneas estratégicas de acción. Varios delegados destacaron la importancia de las actividades de investigación y de recopilación de datos desglosados por sexo, tanto para entender las causas de las disparidades en el acceso a la atención de la salud y en los resultados en materia de salud, como para formular políticas destinadas a abordar estas

disparidades. Se consideraba especialmente importante recabar datos sobre la orientación sexual y la identidad de género para mejorar la comprensión de las disparidades de salud en la comunidad de lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT). Se recalcó la necesidad de conseguir que todas las personas, independientemente de su identidad de género u orientación sexual, recibieran tratamiento igualitario en los servicios de salud, y se esperaba que la capacitación del personal de salud con ese fin estaría incluida entre las nuevas líneas estratégicas de acción.

192. Varios delegados describieron la situación de la igualdad de género en el ámbito de la salud en sus países respectivos, y algunos señalaron que se había logrado la integración de las consideraciones en materia de género en los programas de salud, otros recalcaron el compromiso de sus gobiernos de ejecutar sus propios planes de acción para lograr la plena igualdad de género en la esfera de la salud. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina señaló que las mujeres todavía estaban subrepresentadas en las funciones de liderazgo en el sector de la salud y, por ende, era necesario aumentar los esfuerzos para promover la equidad de género mediante el empoderamiento de las mujeres y la defensa de sus derechos.

193. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Director Interino, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP), al señalar que la evaluación mencionada en el informe del Comité Ejecutivo se llevaría a cabo durante el bienio 2016-2017, dijo que el progreso colectivo en la Región reflejaba claramente los esfuerzos y el compromiso de los Estados Miembros. Sin embargo, quedaba mucho trabajo por hacer y, por ese motivo, la Oficina estaba proponiendo las tres líneas específicas de acción enumeradas en el informe. Era importante velar por que las políticas sobre la igualdad de género se tradujeran en medidas que dieran lugar a resultados concretos. La Oficina estaba comprometida a lograr la igualdad de género, por medio del trabajo con equipos transversales y la colaboración con los Estados Miembros.

194. La Directora señaló que cada uno de los planes y políticas elaborados por la Oficina eran examinados por su Unidad de Género y Diversidad Cultural para asegurar que incorporaban una perspectiva de género. La perspectiva de género también se aplicaba al seguimiento de la ejecución de los planes de acción y el programa general de trabajo. Agregó que la Oficina estaba tomando muy en serio el tema de la salud de las personas LGBT y su acceso a los servicios de salud. Se había celebrado una primera reunión regional sobre el tema, que había generado nuevas alianzas y la identificación de áreas prioritarias para la acción. Asimismo, la Oficina estaba desglosando sus propios datos por género, según se había solicitado. Señaló que, si bien hasta ahora gran parte del trabajo con relación a la igualdad de sexo se había centrado como debía ser en las mujeres y las niñas, había una necesidad cada vez mayor de centrarse en los hombres jóvenes, quienes eran un grupo cada vez más vulnerable en muchas sociedades.

195. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

***Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas (documento CD54/INF/3)***

196. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido una actualización sobre las actividades emprendidas por la OPS para vigilar y mitigar el brote de chikunguña en la Región y formular orientaciones para permitirles a los Estados Miembros prepararse y responder ante brotes futuros de chikunguña y otras enfermedades emergentes o reemergentes. En el debate del informe que tuvo lugar en el Comité, los delegados habían subrayado la necesidad de la comunicación de riesgos y la educación del público acerca de la enfermedad y de cómo se transmite el virus. También se había destacado la necesidad de seguimiento y de notificación continuos de los casos y los brotes. Se había observado la amenaza de la introducción de la enfermedad causada por el virus zika y otras enfermedades transmitidas por los mismos vectores y se había subrayado la necesidad de acelerar las medidas de control de vectores. El manejo mejorado de los residuos sólidos se consideraba fundamental para la eliminación de los criaderos de mosquitos.

197. En el debate del informe por el Consejo, varios delegados señalaron que el seguimiento de los brotes de chikunguña había planteado un reto para los sistemas de vigilancia epidemiológica y subrayaron la necesidad de fortalecer esos sistemas para garantizar la detección inmediata y el seguimiento eficaz de los brotes futuros. Un delegado destacó la necesidad de normalizar los procesos de vigilancia en la Región y también sugirió que la fiebre chikunguña debería ser una enfermedad de notificación obligatoria. Los delegados subrayaron además la importancia de la capacitación para permitirles a los proveedores de atención de salud distinguir la fiebre chikunguña de otras enfermedades febriles agudas; asimismo, pusieron de relieve la necesidad de adoptar medidas multisectoriales para atender los determinantes sociales, económicos y ambientales que contribuían a la aparición y la propagación de varias enfermedades, como la fiebre chikunguña. Se subrayó la importancia de la participación comunitaria en el control de los criaderos de mosquitos. La información del público acerca de las características de la enfermedad, cómo prevenirla y dónde recibir tratamiento también se consideraba esencial.

198. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), al señalar que se había previsto que el chikunguña se convirtiera en endémico en la Región, dijo que la Oficina estaba recomendando que los Estados Miembros la clasificaran como una enfermedad de notificación obligatoria. La respuesta a la fiebre chikunguña en la Región planteaba varios retos. Uno de ellos era la necesidad de preparar a los servicios de salud para hacer frente a la demanda intensificada durante un brote y suministrar el tratamiento apropiado. Otro era la necesidad de mitigar las repercusiones económicas potencialmente graves de la enfermedad. El control de vectores también era un reto importante. Había investigaciones en curso con miras a crear herramientas y estrategias nuevas, entre otras la modificación genética de los mosquitos; sin embargo, era necesario disponer de más evidencia antes de que la OMS pudiera formular una recomendación sobre esos métodos.

Entretanto, la estrategia integrada para el tratamiento del dengue podría usarse con buenos resultados para prevenir y controlar la fiebre chikunguña y otras enfermedades arbovirales. La Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros en la aplicación de esa estrategia.

199. El Consejo tomó nota del informe.

***El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola, y Consulta regional sobre el marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016 (documentos CD54/INF/4 y Add. I)***

200. El doctor Antonio Barrios Fernández (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido una actualización sobre el estado de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región. El informe también había presentado detalles acerca de los preparativos para la enfermedad por el virus del Ébola en las Américas y recalcó que los temas exigían medidas concertadas por los Estados Parte con relación al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), en particular con respecto al plan de seguimiento del RSI después del 2016 y las recomendaciones del Comité de Examen del RSI sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y la aplicación del RSI. El Comité había señalado que los brotes de la enfermedad por el virus del Ébola y otras amenazas para la seguridad sanitaria mundial habían demostrado la importancia de la aplicación plena del Reglamento. También se había observado la necesidad del trabajo continuo para asegurar que las capacidades básicas del RSI estuviesen implantadas. Se había apoyado la propuesta del arbitraje u otra forma equivalente de validación externa para la evaluación de la situación de las capacidades básicas nacionales.

201. La doctora Florence Fuchs (Coordinadora, Evaluación, Desarrollo y Mantenimiento de las Capacidades del RSI, OMS), al introducir la nota conceptual acerca del plan de seguimiento del RSI después del 2016 (documento CD54/INF/4, Add. I), dijo que la crisis del ébola había revelado brechas en las capacidades básicas de muchos países. Diversos análisis, entre otros el que había efectuado el panel de evaluación interina del ébola, habían subrayado la necesidad de acelerar los esfuerzos para promover y fortalecer las capacidades básicas y permitirles a los países cumplir con los requisitos del RSI. La Secretaría de la OMS estaba comprometida a colaborar con los Estados Miembros para implantar un marco sólido de evaluación y seguimiento. La nota conceptual exponía los principios esenciales del marco propuesto, que comprendían métodos combinados cuantitativos y cualitativos de evaluación, unidos a elementos nuevos para complementar las autoevaluaciones de los Estados Partes, como los simulacros y los exámenes después de la ejecución de las actividades. Las seis regiones habían participado en la elaboración del marco propuesto, en el cual los países de las Américas desempeñaban una función particularmente activa. Actualmente, se estaban efectuando consultas en todas las regiones con la intención de finalizar el marco para presentarlo al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2016. Luego, el marco se presentaría a la Asamblea Mundial de la Salud para la aprobación en mayo del 2016.

202. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó una actualización sobre el progreso de los Estados Miembros en la aplicación del RSI y un panorama de la respuesta regional a la enfermedad por el virus del Ébola y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional, según se describen en el documento CD54/INF/4. Las misiones técnicas llevadas a cabo por el personal de la Oficina para ayudar a los Estados Miembros en la evaluación de sus preparativos para un posible brote de ébola habían revelado puntos débiles en las capacidades básicas del RSI en todos los casos. Sin embargo, las misiones habían concluido que era posible efectuar mejoras significativas en los preparativos sin necesidad de desembolsos financieros muy elevados. También habían señalado que no era posible aplicar el mismo método a todos los preparativos y habían subrayado la necesidad de que cada país asumiera la propiedad y ejerciera el liderazgo de las iniciativas de preparativos y respuesta. Actualmente, la Oficina estaba haciendo el seguimiento con los Estados Miembros para conseguir que se pusieran en práctica las recomendaciones de las misiones, aunque se reconocía que algunas de ellas representaban actividades a bastante largo plazo.

203. El doctor Espinal recordó que el Comité de Examen del RSI había destacado que era necesario no solo promover las capacidades básicas, sino también habría que mantenerlas y seguir fortaleciéndolas. El Comité había observado además que la autoevaluación de las capacidades básicas no era suficiente, lo cual había conducido a la recomendación de que la Secretaría de la OMS formulara, por medio de mecanismos consultivos regionales, opciones para pasar de la autoevaluación exclusiva a enfoques que combinaran la autoevaluación, la revisión por expertos y las evaluaciones externas voluntarias. Se había invitado a los Estados Miembros a que expresaran sus puntos de vista, verbalmente durante el debate sobre este tema o más tarde por escrito, acerca de los principios básicos del plan de seguimiento del RSI después del 2016 según se describen en la nota conceptual y de la conveniencia de efectuar un cambio gradual del método de autoevaluación actual para pasar a un enfoque más orientado a las funciones.

204. El Consejo Directivo reconoció la necesidad de esfuerzos continuos para garantizar la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional y expresó su apoyo amplio al enfoque de seguimiento y evaluación propuesto en el documento de exposición de conceptos. Una delegada señaló, sin embargo, que el documento abordaba solamente el seguimiento de las capacidades básicas, no la ejecución de la totalidad del Reglamento, como se había solicitado en la reunión regional sobre la aplicación del RSI, celebrada en Buenos Aires en abril del 2014. La misma delegada opinó que los documentos sometidos a consideración durante la consulta regional deberían haber incluido el informe sobre la primera reunión del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre su función en la respuesta al ébola, para que los Estados Miembros pudieran haber acordado una posible posición regional que se presentaría a la próxima Asamblea Mundial de la Salud. Varios delegados recalcaron que, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos y reducir la carga de la presentación de informes en los países, cualquier modificación del marco de análisis y seguimiento del RSI debería tener en cuenta las

herramientas de evaluación existentes, como el proceso de evaluación externo que se estaba formulando en el contexto del Programa Mundial de Seguridad Sanitaria.

205. Se apoyó la elaboración de una herramienta de autoevaluación basada en la evidencia; sin embargo, se sugirió que, si bien debería aplicarse una herramienta estandarizada de evaluación, también deberían tenerse en cuenta las características propias de los países. Asimismo, se sugirió que esas evaluaciones deberían asignar prioridad a tres áreas: vigilancia y respuesta, capacidad en materia de laboratorios y comunicación de riesgos. Con respecto a los exámenes posteriores a los eventos, se sugirió que los protocolos de respuesta aportarían una base para evaluar las actividades ejecutadas en las primeras 48 horas después de un evento de salud pública, así como para las evaluaciones más detalladas que se harían más adelante. En cuanto a los simulacros, se sugirió que deberían efectuarse ejercicios intersectoriales y transfronterizos con miras a fortalecer la coordinación entre los países y dentro de ellos.

206. La mayoría de los delegados brindaron apoyo a la introducción de evaluaciones externas, pero recalcaron que esas evaluaciones deberían ser voluntarias, efectuarse a petición del Estado Parte interesado y con su participación, deberían respetar la soberanía y la autonomía de los Estados Partes y tener en cuenta las características y el contexto específico de cada país, incluso la disponibilidad de recursos para cubrir cualquier déficit o puntos débiles identificados. Una delegada opinó que la autoevaluación que tenía en cuenta los resultados de evaluaciones anteriores y consideraba la implementación de las capacidades básicas como un proceso constante sería más eficaz que una evaluación externa realizada en un momento dado y según criterios estrictos. Otra delegada destacó la necesidad de adoptar un enfoque gradual y de entender con claridad lo que implicaría una evaluación externa independiente, qué ventajas concretas ofrecería con respecto a las autoevaluaciones, y qué haría la OMS con los resultados de las evaluaciones externas. También señaló que la falta evidente de progreso revelada por las autoevaluaciones de los países quizá se debía a las deficiencias en los métodos de medición. La Delegada de Argentina indicó que su delegación presentaría un documento para plantear las opiniones de su gobierno acerca del marco propuesto de evaluación y seguimiento.

207. Los delegados también apoyaron las recomendaciones de las misiones enviadas por la OPS a los países, con respecto a las mejoras necesarias en la coordinación, la detección, el aislamiento y la respuesta. En particular, se expresó apoyo a los ejercicios y las simulaciones para someter a prueba los planes y los procedimientos, a las medidas para facilitar la remesa internacional de muestras a los centros colaboradores de la OMS, y a la ejecución de procedimientos de control de infecciones, así como a la mejora de la infraestructura para el aislamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas. La comunicación de riesgos exacta y eficaz se consideraba como crucial para aliviar la ansiedad del público y disipar los mitos acerca de la transmisión de enfermedades. También se consideraba importante poner en marcha mecanismos regionales para el intercambio de información a fin de fortalecer la capacidad de los países para dar una respuesta rápida a los eventos de salud pública.

208. Varios delegados, aunque reconocían que los Estados Miembros tenían que adoptar medidas para proteger la salud de sus ciudadanos, subrayaron la necesidad de evitar medidas innecesariamente restrictivas que podrían dificultar los viajes o el comercio internacional. El Delegado de la República Bolivariana de Venezuela observó que en la información publicada en el sitio web de la OMS sobre información de eventos para los centros nacionales de enlace del RSI se había afirmado que su país había cerrado sus fronteras a personas de varios de los países africanos afectados por la enfermedad por el virus del Ébola y declaró enfáticamente que esa aseveración no era cierta.

209. Numerosos delegados describieron los pasos que sus países habían dado para fortalecer sus capacidades básicas del RSI y mejorar su capacidad para manejar posibles brotes del ébola y otras emergencias de salud pública. Muchos también observaron la necesidad de recibir apoyo financiero y de otro tipo de los asociados, para permitirles mejorar sus capacidades. Se solicitó apoyo específico de la Oficina para ayudar a los Estados Miembros a mejorar la coordinación multisectorial para la ejecución del RSI. El Delegado de las Bahamas reafirmó el apoyo de su país a la decisión<sup>6</sup> de la Asamblea Mundial de la Salud de modificar el Reglamento para reconocer que una dosis única de la vacuna antiamarílica conferiría protección de por vida contra la enfermedad.

210. La doctora Fuchs, al señalar que muchos de los puntos destacados por los delegados también se habían planteado en los debates de otros comités regionales, garantizó al Consejo que la Secretaría de la OMS seguiría colaborando con los Estados Miembros en la preparación del documento que se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero del 2016.

211. La Directora alentó a los Estados Miembros a que siguieran trabajando para fortalecer sus capacidades básicas y corregir los puntos débiles identificados por las misiones de preparativos para el ébola.

212. El Consejo tomó nota del informe.

***Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CD54/INF/5)***

- A. *Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*
- B. *Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas*
- C. *Plan de acción sobre la seguridad vial*
- D. *Prevención y control del dengue en las Américas*
- E. *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica*
- F. *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud*
- G. *Situación de los centros panamericanos*

213. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en el examen del Comité Ejecutivo del informe de progreso sobre la ejecución del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el Delegado del Ecuador había anunciado

---

<sup>6</sup> Véase la resolución WHA67.13 (2014).



que su país había ratificado el Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de los Productos de Tabaco. Se esperaba que otros países siguieran el ejemplo de Ecuador. Con respecto al Plan de Acción sobre Seguridad Vial, la Delegada de Brasil había anunciado que su país, junto con la OPS y la OMS, patrocinaría la II Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre la Seguridad Vial, a celebrarse los días 18 y 19 de noviembre del 2015 en Brasilia. Había invitado a todos los Estados Miembros a que participaran en la redacción de la declaración que sería adoptada por la conferencia.

214. En el examen por el Comité Ejecutivo del informe de progreso sobre la prevención y control del dengue, se había destacado la importancia de fortalecer la vigilancia para evaluar la eficacia de las nuevas herramientas y estrategias de prevención. También se había considerado importante fortalecer las pruebas de diagnóstico para conseguir que el dengue se diferenciara con precisión de otras enfermedades febriles agudas, como malaria, chikunguña, gripe y leptospirosis que quizá estén presentes en las mismas zonas. Se había señalado que el dengue, al igual que otras enfermedades transmitidas por vectores, estaba asociado con varios determinantes sociales de la salud, como el poco acceso al agua limpia y el manejo indebido de los residuos sólidos. Por consiguiente, se había considerado esencial adoptar un enfoque multisectorial a la prevención y el control de la enfermedad.

215. Con respecto al informe de progreso sobre la enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica, la Directora había señalado que, a pesar del trabajo realizado, se habían logrado pocos avances concretos para abordar el tema de la enfermedad renal crónica en personas jóvenes en edad de trabajar. Había prometido que la Oficina seguiría colaborando con los asociados para encontrar una manera de abordar el problema. Con respecto al informe sobre la evaluación de las tecnologías sanitarias, el Comité había aprobado el progreso logrado al mejorar la capacidad y la infraestructura de evaluación y destacado la importancia de centrarse en las necesidades locales y regionales, así como en las consideraciones de ética y equidad con relación a las tecnologías sanitarias. Se expresó agradecimiento por la función esencial desempeñada por la Red de Tecnología de la Salud de las Américas en el desarrollo y la aplicación de las tecnologías sanitarias.

216. El Comité Ejecutivo también había tomado nota de los informes de progreso sobre el Plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas y la situación de los centros panamericanos.

217. En el debate que siguió, varios delegados informaron que sus países estaban cerca de la ratificación del Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de los Productos de Tabaco y se felicitó a los países que ya lo habían hecho. Se elogió a la Oficina por todos sus esfuerzos para ayudar a los países a refutar los juicios entablados por la industria tabacalera. Un delegado anunció que los ministros de salud de MERCOSUR habían estado de acuerdo en llevar el tema ante la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y también en emprender una evaluación conjunta de las repercusiones económicas y sociales de la epidemia de tabaquismo en los países del Cono Sur. Los delegados describieron las iniciativas de control del tabaco emprendidas en sus países, que incluían

la creación o la ampliación de los espacios sin humo de tabaco, aumento de los impuestos sobre el tabaco, restricciones a los anuncios y el patrocinio, medidas para controlar el empaquetado y el etiquetado, advertencias visuales y textuales en los envases y capacitación para los profesionales de la salud, quienes pueden ayudar a que los pacientes dejen de fumar.

218. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) señaló que el tabaquismo era un factor de riesgo común para las cuatro enfermedades no transmisibles graves que ocasionaban 16% de todas las defunciones de adultos en la Región. El Convenio Marco para el Control del Tabaco era, sin duda, la herramienta de control del tabaco más importante de la OMS. Aunque se habían logrado progresos considerables en la aplicación del Convenio Marco, su nuevo Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de los Productos de Tabaco no entraría en vigencia a nivel mundial hasta que 40 países no lo hubieran ratificado. Hasta el presente, solo nueve países del mundo habían adoptado esas medidas. Alentó a los países de la Región a que consideraran seriamente convertirse en partes del Protocolo.

219. Se elogió el progreso de la Región de conformidad con el Plan de Acción sobre la Seguridad Vial. Los delegados describieron las medidas que se estaban adoptando en sus países para mejorar la seguridad vial, entre otras, iniciativas legislativas, educativas y estructurales; establecimiento de organismos especializados; encuestas sobre el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito; examen del costo de la productividad perdida por los traumatismos del tránsito; disminución de los niveles permisibles de alcohol en la sangre; legislación sobre el uso obligatorio de cinturones de seguridad y de cascos para los motociclistas; y una campaña sobre seguridad vial. Se solicitó a la Oficina que intensificara su asistencia técnica a los países de la Región para apoyar las iniciativas nacionales, mediante un enfoque intersectorial.

220. El doctor Hennis dijo que, si bien se había observado algún progreso en la reducción de las defunciones por traumatismos resultantes del tráfico, para poder medir con exactitud el grado real del progreso sería necesario mejorar la calidad y la integridad de la información acerca de esos traumatismos. Por consiguiente, se alentaba a los Estados Miembros a que hicieran énfasis en el fortalecimiento de sus sistemas de información. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluían una meta de seguridad vial, con el propósito de reducir a la mitad, en el 2020, el número de defunciones y traumatismos que ocurren a nivel mundial como resultado de accidentes de tránsito. La II Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial, que se celebraría en Brasilia, brindaría una oportunidad de determinar los cambios necesarios para lograr esa meta.

221. Con respecto al informe sobre la prevención y el control del dengue, los delegados destacaron la importancia de fortalecer la vigilancia en la Región, para que los Estados Miembros pudieran evaluar la eficacia de las nuevas herramientas y estrategias de prevención, entre otras, la introducción de las vacunas contra el dengue y los métodos nuevos de control de vectores. Se elogiaron los esfuerzos para fortalecer la información suministrada por los sistemas nacionales de vigilancia del dengue a través de la red regional de laboratorios de diagnóstico. Una delegada informó que su país estaba

trabajando en un protocolo de vigilancia genérica que permitiría las comparaciones de la información de diversos países, cuyo objetivo era establecer un método de alcance regional de vigilancia y control del dengue. Otros delegados recalcaron la importancia de la participación comunitaria en la prevención del dengue y la colaboración transfronteriza en el control de vectores y enfermedades. Se pusieron de relieve los riesgos asociados con la resistencia cada vez mayor de los vectores a los plaguicidas. Se sugirió que las actividades para combatir el dengue deberían coordinarse con las de lucha contra el chikunguña.

222. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) señaló que se estaban haciendo las pruebas de una vacuna contra el dengue, aunque la vacuna todavía no se había autorizado. El próximo año, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS emitiría una opinión sobre la vacuna nueva.

223. Con respecto a la enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica, un delegado estuvo de acuerdo con la recomendación del informe de que era necesario contar con otras investigaciones y mejorar la recopilación de datos. Debido a que la enfermedad renal crónica era esencialmente de naturaleza ocupacional, su delegación apoyaba la investigación etiológica para determinar los factores de riesgo causales, de tal manera que pudieran introducirse medidas preventivas encaminadas a reducir la carga desproporcionada de la enfermedad en la población activa joven.

224. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) reconoció que para los países era un reto considerable hacerle frente a la epidemia de la enfermedad renal crónica ocasionada por causas no tradicionales y desconocidas. Era necesario emprender actividades intersectoriales, haciendo hincapié en la salud ocupacional y la ambiental, no solo a fin de preparar a los servicios de salud para tratar a las personas que tienen la enfermedad, sino para examinar los problemas y las medidas intersectoriales aguas arriba que se necesitaban. La Oficina seguiría colaborando de manera diligente con los Estados Miembros en relación con este problema.

225. Con respecto al informe sobre la evaluación de las tecnologías sanitarias, los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por su apoyo a los países para la institucionalización de la evaluación de las tecnologías sanitarias; asimismo, destacaron la necesidad de fortalecer la capacidad de utilización de la evidencia eficazmente para fundamentar la toma de decisiones sobre la adopción de tecnologías sanitarias. Una representante de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes señaló que los sistemas y procesos adecuados de evaluación de las tecnologías sanitarias podrían garantizar el mejor uso posible de los recursos en el contexto de las iniciativas para que los pacientes recibieran atención de salud segura, eficaz y asequible. También subrayó la importancia de la participación de los pacientes en todas las decisiones relativas a la atención de salud.

226. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) observó que la evaluación de las tecnologías sanitarias era un área de trabajo

cada vez más amplia tanto para la Oficina como para los Estados Miembros. Doce países de la Región ahora contaban con unidades de evaluación de tecnologías sanitarias en funcionamiento; se habían preparado y distribuido en los países unos 4.000 documentos con el objeto de orientar las decisiones para la incorporación eficaz de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Era probable que aumentara el volumen de trabajo con la llegada de medicamentos y tecnologías, tanto nuevos como costosos.

227. El Consejo tomó nota de los informes.

***Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD54/INF/6)***

- A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- B. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Organizaciones subregionales

228. La doctora María Esther Anchía (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había prestado atención especial a las consecuencias para la Región de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud acerca del presupuesto por programas de la OMS 2016-2017, la malaria, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, el *Plan de acción mundial sobre vacunas* y el *Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos*. El Comité también había considerado un informe sobre las actividades de diversos organismos subregionales de interés para la OPS, entre ellos, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social de la Comunidad del Caribe, la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América. Varios de esos organismos habían examinado y adoptado medidas encaminadas a detener brotes potenciales de la enfermedad por el virus del Ébola. Otros temas considerados habían incluido la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, la prevención de las lesiones relacionadas con la violencia, la actualización de las directrices para el tratamiento de la infección por el VIH, y la donación de órganos y los trasplantes.

229. El Presidente invitó al Consejo a que formulara observaciones acerca de los informes sobre las resoluciones de la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y los diversos organismos subregionales, asimismo sobre el informe acerca de las resoluciones del Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, que se encontraba en la parte B del documento CD54/INF/6.

230. Una delegada destacó la importancia de la participación de la OPS en los procesos de cooperación internacional en materia de salud, lo que podría contribuir significativamente al progreso en áreas prioritarias como el acceso universal a los medicamentos, la negociación de los precios de los medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Señaló que los ministros de salud del MERCOSUR habían adoptado recientemente un memorando de entendimiento con la OPS, lo que representaba una señal clara de la confianza en la capacidad de la Organización para catalizar las acciones del MERCOSUR relacionadas con la salud en la Región.

231. La Directora estuvo de acuerdo con respecto a valor de la colaboración de la OPS con otras organizaciones internacionales y señaló que la Oficina había adoptado medidas para fortalecer la relación de la Organización con la Organización de los Estados Americanos y con el MERCOSUR y estaba esforzándose por forjar vínculos más fuertes con la UNASUR. La Oficina también estaba tratando de fortalecer sus oficinas subregionales, ya que ellas trabajaban muy de cerca con los diversos bloques y uniones políticos y económicos; en particular, se procuraba fortalecer el enfoque de “Salud en todas las políticas”. La OPS también trataría de forjar alianzas con otras organizaciones regionales para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

232. El Consejo tomó nota de los informes.

### **Otros asuntos**

233. La Directora presentó una actualización acerca de la situación en las Bahamas mientras el país trataba de hacer frente al huracán Joaquín. Expresó la solidaridad de la Organización con el gobierno y la población del país, al señalar que un equipo formado por cuatro funcionarios de la OPS, especializados en socorro en casos de desastre, estaba listo para viajar a las Bahamas y que la Oficina haría todo lo necesario para ayudar a mantener o a recuperar los servicios de salud luego de la tormenta. Varias delegaciones también expresaron su solidaridad con las Bahamas. El Delegado de las Bahamas agradeció al Consejo y a la Directora sus expresiones de apoyo y señaló que CARICOM también se reuniría con un equipo de respuesta a emergencias, con ayuda de la OPS.

234. La delegada de Canadá señaló que su delegación, en cooperación con varias otras delegaciones de la Región, iba a presentar una propuesta acerca del manejo de sustancias químicas sólidas en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS a celebrarse en enero del 2016 y dijo que Canadá recibiría con agrado los aportes y el apoyo de otros Estados Miembros de la OPS. Su delegación mantendría informadas a las delegaciones restantes acerca de los pasos siguientes para formular una resolución apropiada.

235. La Delegada de Argentina anunció que su país había organizado una consulta virtual, que tendría lugar en octubre del 2015, como seguimiento a una exposición informal sobre la colaboración de la OMS con los agentes no estatales que habían presentado Argentina, México y Estados Unidos durante una actividad paralela que había tenido lugar en la semana del 54.º Consejo Directivo. El objetivo de la consulta sería avanzar hacia el consenso acerca de una posición regional sobre el tema. También habría

una sesión informal sobre el tema en Ginebra antes de la reunión formal de los Estados Miembros, del 19 al 23 de noviembre, y una reunión intergubernamental del 7 al 9 de diciembre. Se esperaba que para la fecha de la última reunión, estaría listo un documento que planteara la posición regional.

236. Durante la semana del 54.º Consejo, también se habían celebrado actividades paralelas sobre la cooperación Sur-Sur y el proyecto Mais Médicos; la eliminación de la oncocercosis; las asociaciones multisectoriales para la vida saludable y prevención de enfermedades crónicas; las oportunidades para garantizar el acceso a medicamentos estratégicos y costosos; y la salud, el ambiente y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Además, se presentó el *Informe mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud*, con la asistencia de la Directora General de la OMS; asimismo, el Consejo Directivo rindió homenaje a la doctora María Isabel Rodríguez, ex Ministra de Salud de El Salvador, quien fue designada como Héroe de la Salud Pública de las Américas.

### **Clausura de la sesión**

237. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el señor Molwyn Morgorson Joseph (Antigua y Barbuda, Vicepresidente) declaró clausurado el 54.º Consejo Directivo.

### **Resoluciones y decisiones**

238. Las siguientes son las resoluciones y decisiones adoptadas por el 54.º Consejo Directivo:

#### ***Resoluciones***

#### ***CD54.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas***

#### ***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD54/15 y Add. I) y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión con respecto al estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;

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

#### ***RESUELVE:***

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD54/15 y Add. I).

2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2015 e instar a los Estados Miembros que presentan atrasos en los pagos a que cumplan sus obligaciones financieras con respecto a la Organización cuanto antes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido a cabalidad con sus obligaciones financieras respecto de sus contribuciones señaladas hasta el 2015.
4. Felicitar a los Estados Miembros que se han esforzado considerablemente por reducir el atraso en el pago de sus contribuciones señaladas pendientes correspondientes a años anteriores.
5. Solicitar a la Directora que:
  - a) siga estudiando mecanismos que aumenten la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas;
  - b) informe al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de las contribuciones señaladas;
  - c) informe al 55.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas para el 2016 y años anteriores.

*(Segunda reunión, 28 de septiembre del 2015)*

***CD54.R2: Nueva escala de contribuciones señaladas***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el documento CD54/5, Rev. 1 sobre la nueva escala de contribuciones señaladas y la aplicación de la escala de cuotas más reciente aprobada por la OEA a los miembros de la OPS para el período presupuestario 2016-2017;

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de contribuciones aplicable a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud para su Programa y Presupuesto se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros,

***RESUELVE:***

Aprobar la nueva escala de contribuciones de los miembros de la OPS que se detalla en el siguiente cuadro y aplicarla al período presupuestario 2016-2017.

Miembros	Tasa de contribución ajustada a los miembros de la OPS
<b>Estados Miembros</b>	
Antigua y Barbuda	0,022
Argentina	2,400
Bahamas	0,049
Barbados	0,034
Belice	0,022
Bolivia	0,056
Brasil	12,427
Canadá	10,583
Colombia	1,311
Costa Rica	0,230
Cuba	0,132
Chile	1,347
Dominica	0,022
Ecuador	0,322
El Salvador	0,086
Estados Unidos	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,145
Guyana	0,022
Haití	0,026
Honduras	0,042
Jamaica	0,070
México	6,788
Nicaragua	0,026
Panamá	0,176
Paraguay	0,075
Perú	0,860
República Dominicana	0,317
Saint Kitts y Nevis	0,022
San Vicente y las Granadinas	0,022
Santa Lucía	0,022
Suriname	0,026
Trinidad y Tabago	0,135
Uruguay	0,247
Venezuela	2,144
<b>Estados Participantes</b>	
Francia	0,128
Países Bajos	0,022
Reino Unido	0,027



Miembros	Tasa de contribución ajustada a los miembros de la OPS
<b>Miembros Asociados</b>	
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Puerto Rico	0,082
San Martín	0,022

(Tercera reunión, 29 de septiembre del 2015)

**CD54.R3: *Modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud***

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo A del documento CD54/17, y

Considerando que estas modificaciones del Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de gestión e introducen el concepto de un Programa y Presupuesto unificado, lo que aumenta la eficiencia y la eficacia de la ejecución del Programa y Presupuesto,

**RESUELVE:**

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud relativas al Programa y Presupuesto según se estipulan en el anexo A del documento CD54/17 y aprobar como fecha de entrada en vigor de estas modificaciones el 1 de enero del 2016.

(Tercera reunión, 29 de septiembre del 2015)

**CD54.R4: *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los Mandatos de Canadá, Jamaica y Paraguay***

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

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

Considerando que Antigua y Barbuda, Argentina y Chile fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Jamaica y Paraguay,

***RESUELVE:***

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

Anexo

**COMPOSICIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**  
desde septiembre de 1993 hasta septiembre del 2017

PAÍS	2016 al 2017	2015 al 2016	2014 al 2015	2013 al 2014	2012 al 2013	2011 al 2012	2010 al 2011	2009 al 2010	2008 al 2009	2007 al 2008	2006 al 2007	2005 al 2006	2004 al 2005	2003 al 2004	2002 al 2003	2001 al 2002	2000 al 2001	1999 al 2000	1998 al 1999	1997 al 1998	1996 al 1997	1995 al 1996	1994 al 1995	1993 al 1994
Antigua y Barbuda																								
Argentina																								
Bahamas																								
Barbados																								
Belice																								
Bolivia																								
Brasil																								
Canadá																								
Chile																								
Colombia																								
Costa Rica																								
Cuba																								
Dominica																								
El Salvador																								
Ecuador																								
Estados Unidos																								
Granada																								
Guatemala																								
Guyana																								
Haití																								
Honduras																								
Jamaica																								
México																								
Nicaragua																								
Panamá																								
Paraguay																								
Perú																								
República Dominicana																								
Saint Kitts y Nevis																								
San Vicente y las Granadinas																								
Santa Lucía																								
Suriname																								
Trinidad y Tabago																								
Uruguay																								
Venezuela																								

*(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2015)*

**CD54.R5: Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

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

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

Considerando que fueron elegidos Argentina, Jamaica y Perú para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2016 por llegar a su término el mandato de Cuba, Ecuador y Puerto Rico,

**RESUELVE:**

1. Declarar a Argentina, Jamaica y Perú electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME por un período de tres años.
2. Agradecer a Cuba, Ecuador y Puerto Rico los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Asesor de BIREME durante los últimos tres años.

*(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2015)*

**CD54.R6: Plan de acción sobre la Salud de los Trabajadores**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* (documento CD54/10, Rev. 1);

Recordando los mandatos específicos de los Cuerpos Directivos de la OPS sobre la salud de los trabajadores, en particular la resolución CSP23.R14 de la 23.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), en la cual se insta a los Estados Miembros a que incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención a la salud de los trabajadores a fin de promover el logro de la cobertura universal, y la resolución CD41.R13 del 41.<sup>o</sup> Consejo Directivo (1999), en el cual se insta a los Estados Miembros a que incorporen en sus políticas nacionales de salud, según corresponda, el *Plan regional de salud de los trabajadores* contenido en el documento CD41/15, que presenta líneas programáticas específicas para la acción de los Estados Miembros y para la cooperación externa;

Considerando la resolución WHA49.12 (1996) de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que hizo suya la estrategia mundial de salud ocupacional para todos, y la resolución WHA60.26 (2007), que aprueba el plan de acción mundial de salud de los trabajadores 2008-2017, con los principales objetivos, metas e indicadores, y que solicita a la Directora General de la OMS que intensifique la colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con otras organizaciones internacionales pertinentes para la aplicación del plan mundial a nivel nacional e internacional;

Teniendo en cuenta el documento *El futuro que queremos* de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular el reconocimiento que allí se hace de que la salud es una condición previa para las tres dimensiones del desarrollo sostenible y un resultado e indicador de esas dimensiones, y el llamado que se hace en ese documento a la participación de todos los sectores pertinentes en la acción multisectorial coordinada con el fin de abordar urgentemente las necesidades de salud de la población mundial;

Reconociendo que el trabajo y el empleo son derechos humanos relacionados con la salud y son determinantes sociales de la salud, y que la *Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud* hace un llamado a diseñar y ejecutar medidas enérgicas, basadas en la evidencia y fiables en relación con el bienestar social, cuando sea posible sobre la base de los indicadores, normas y programas existentes en todo el gradiente social, que vayan más allá del crecimiento económico, y reconociendo la importante función de promoción del enfoque de la salud en todas las políticas liderado por los ministerios de salud;

Reconociendo que los incrementos de la migración, del envejecimiento poblacional y de las enfermedades profesionales y las no transmisibles son tendencias muy importantes que configuran el perfil de la salud en el continente americano, y que los beneficios de salud no han sido compartidos por igual por los países de la Región y dentro de ellos, por lo que la desigualdad sigue siendo uno de los mayores retos para la salud de los trabajadores y el desarrollo sostenible en la Región de las Américas;

Consciente de que los sistemas de salud están asumiendo la carga y los costos de la prestación de servicios de salud a los trabajadores formales e informales, originados por la atención de las enfermedades profesionales, que continúan siendo invisibles debido a la falta de diagnóstico y registros adecuados, y de la baja inversión en programas de

prevención de los daños a la salud de los trabajadores que desde la salud pública contribuyan a contener estos gastos;

Consciente de la existencia de grandes desigualdades e inequidades sociales, económicas y sanitarias que afectan la salud de los trabajadores, especialmente en el sector informal, y reconociendo que la salud de los trabajadores y los entornos de trabajo saludables son esenciales para alcanzar la salud y el bienestar individual y comunitario, que son fundamento esencial para el desarrollo sostenible de los Estados Miembros;

Considerando el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y, especialmente, los principios de la categoría 3, referentes a los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida,

***RESUELVE:***

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* para el período 2015-2025.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto, sus prioridades y su capacidad financiera a nivel nacional, a que:
  - a) aboguen por la igualdad y la promoción de la salud de los trabajadores como una prioridad, y tomen medidas eficaces para controlar las condiciones de empleo y de trabajo como determinantes sociales de la salud, aumentar la cobertura universal de salud y fortalecer los sistemas de salud y la equidad en salud;
  - b) adopten medidas eficaces, incluidas, cuando proceda, las relacionadas con la legislación vigente, las estructuras, los procesos y los recursos, que permitan establecer políticas públicas que tengan en cuenta las repercusiones sobre la salud y la equidad en materia de salud de los trabajadores, e implanten mecanismos para medir y realizar el seguimiento de las condiciones de trabajo y de empleo que afectan la salud de los trabajadores;
  - c) desarrollen y mantengan, cuando proceda, la capacidad y las competencias institucionales adecuadas y sostenibles para lograr, mediante acciones en todos los sectores, mejores resultados desde la perspectiva de la salud y la equidad en materia de salud de los trabajadores;
  - d) utilicen las herramientas pertinentes para identificar, evaluar, movilizar y fortalecer la participación y las actividades multisectoriales en pro de la salud de los trabajadores, incluidos, según corresponda, el trabajo de los comités interministeriales y el análisis de las repercusiones sobre la salud;
  - e) fortalezcan la diligencia y la rendición de cuentas debida, y aumenten la transparencia en la toma de decisiones, así como el compromiso para la acción;
  - f) involucren, según corresponda, a los trabajadores y sus sindicatos, a los empleadores y sus organizaciones gremiales, a las comunidades locales y los

- demás actores de la sociedad civil en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores económicos, especialmente los identificados como prioritarios, incluidos los mecanismos para la participación de las comunidades y la participación pública;
- g) contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 al hacer hincapié en que las políticas de sectores diferentes del sector de la salud tienen repercusiones importantes en los resultados en materia de salud, y determinar las sinergias entre los objetivos de las políticas en el sector de la salud, del trabajo y otros sectores;
  - h) impulsen la participación activa de las autoridades de salud con otros sectores, al poner en marcha la estrategia de salud en todas las políticas.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) promueva y apoye la difusión y la aplicación del enfoque integral de acción planteado en el *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores*;
  - b) preste especial atención al desarrollo de alianzas institucionales tanto en el ámbito nacional como en el internacional, incluida la movilización de recursos extrapresupuestarios, para llevar a cabo actividades intersectoriales que faciliten el desarrollo y la consolidación de actividades de prevención dentro del marco del enfoque integral preventivo;
  - c) continúe apoyando a los ministros de salud en sus esfuerzos para promover y mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores;
  - d) continúe promoviendo y apoyando el desarrollo de la red de centros colaboradores de la OPS/OMS y de instituciones científicas para que contribuyan al desarrollo de la capacidad técnica, científica y administrativa de las instituciones y programas que actúan en el campo de la salud de los trabajadores;
  - e) promueva y apoye la cooperación entre países en el campo de la salud de los trabajadores.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2015)

**CD54.R7: *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales***

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* para el período 2016-2019 (documento CD54/13, Rev. 1);

Considerando que la Organización Mundial de la Salud ha proporcionado un marco más amplio para abordar el reto de las hepatitis virales a nivel mundial;

Teniendo en cuenta las resoluciones WHA63.18 (2010) y WHA67.6 (2014), el *Llamamiento a la acción para ampliar la respuesta mundial a la hepatitis* y otros documentos publicados en los que se hace hincapié en la promoción de la causa y la concientización, el conocimiento y la evidencia, la prevención de la transmisión, la detección, la atención y el tratamiento;

Considerando la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez* (resolución CSP28.R20 [2012]) y el documento conceptual sobre *La salud y los derechos humanos* (resolución CD50.R8 [2010]);

Reconociendo las repercusiones de las hepatitis virales sobre la morbilidad y la mortalidad en la Región de las Américas, especialmente sobre los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables;

Teniendo en cuenta que las enfermedades y la mortalidad causadas por las hepatitis virales o asociadas con ellas imponen una carga social y económica sustancial sobre los países de la Región;

Reconociendo que las hepatitis virales, al afectar a los grupos poblacionales clave, acentúan las inequidades en la cobertura de los servicios de salud;

Reconociendo que las intervenciones efectuadas de manera temprana en la vida pueden cambiar de manera muy marcada el patrón de la hepatitis B crónica en la Región;

Teniendo en cuenta que la hepatitis B es un riesgo para el personal de salud de la Región;

Observando que el acceso a los tratamientos curativos de la hepatitis C puede convertirse en realidad mediante esfuerzos concertados en la Región;

Considerando que es posible eliminar las hepatitis B y C en un futuro cercano,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto y sus prioridades nacionales, a que:
  - a) prioricen las hepatitis virales como un problema de salud pública, promuevan una amplia respuesta integrada y establezcan metas específicas para afrontar los retos que plantean estas enfermedades infecciosas;
  - b) fomenten las sinergias y las actividades interprogramáticas, dentro y fuera del sistema de salud, que incorporen a todos los asociados e interesados directos pertinentes, incluida la sociedad civil, en la respuesta a las hepatitis virales;
  - c) optimicen el uso eficiente de los recursos existentes y movilicen fondos adicionales para prevenir y controlar las hepatitis virales;



- d) formulen y fortalezcan las estrategias para llevar adelante campañas de sensibilización dirigidas a conmemorar el Día Mundial contra la Hepatitis a fin de aumentar el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento;
- e) mantengan o amplíen la cobertura de la vacunación contra el virus de la hepatitis B en los menores de 1 año y adopten la política de vacunar a los recién nacidos en las primeras 24 horas después del nacimiento;
- f) examinen las políticas de vacunación y apoyen su puesta en práctica para ampliar la cobertura de las vacunas disponibles entre los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables;
- g) establezcan estrategias específicas para la prevención de la transmisión de la hepatitis B y C en los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables, incluidas las intervenciones educativas y de extensión, y para la promoción del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo conexos en los que se tenga en cuenta el contexto y las prioridades nacionales a fin de reducir las consecuencias sociales y de salud negativas del consumo de drogas ilegales;
- h) apoyen las estrategias de prevención de la transmisión de las hepatitis B y C dentro y fuera de los entornos de atención de salud;
- i) apoyen la formulación de políticas, reglamentos y normas relacionados con la salud y el fortalecimiento de la capacidad a nivel de los países para la detección, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales (según la orientación normativa preparada por la OMS con base en la evidencia) y velen por su aplicación;
- j) promuevan la inclusión de medios de diagnóstico, equipos y medicamentos relacionados con las hepatitis virales en las listas y los formularios nacionales de medicamentos esenciales, y promuevan el acceso a ellos mediante procesos de negociación de precios y mecanismos nacionales y regionales de compras, como el Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública;
- k) fortalezcan la capacidad de los países para generar y difundir oportunamente información estratégica de calidad sobre las hepatitis virales, desglosada por edad, sexo y grupo étnico;
- l) fortalezcan las políticas, la orientación y las prácticas nacionales sobre la seguridad de la sangre y los programas de vacunación;
- m) eliminen las barreras geográficas, económicas, socioculturales, jurídicas, institucionales y de género que impiden el acceso universal equitativo a los servicios integrales de salud, conforme a lo estipulado en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS.

2. Solicitar a la Directora que:
  - a) mantenga un grupo interprogramático de estudio sobre las hepatitis virales que pueda entablar un diálogo permanente con los Estados Miembros;
  - b) apoye la puesta en práctica del plan de acción especialmente con respecto al fortalecimiento de los servicios de detección, diagnóstico, atención y tratamiento de las hepatitis virales como parte de la ampliación de la cobertura universal de salud en la Región de las Américas;
  - c) brinde asistencia técnica a los Estados Miembros a fin de aumentar la base de evidencia sobre la prevención, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales, y para la aplicación de las medidas propuestas en este plan de acción, de acuerdo con las prioridades nacionales;
  - d) brinde apoyo a los Estados Miembros a fin de aumentar el acceso a productos asequibles para las hepatitis virales, incluso por medio de procesos de negociación de precios y otros mecanismos de compras sostenibles;
  - e) continúe documentando la factibilidad de la eliminación de las hepatitis B y C en la Región, incluida la formulación de indicadores e hitos para avanzar hacia las metas de eliminación de la OMS para el 2030;
  - f) continúe dando prioridad a la prevención de las hepatitis virales, haciendo hincapié en los programas de vacunación contra la hepatitis B para los lactantes y los grupos poblacionales clave, así como en el acceso a los medicamentos contra la hepatitis C que salvan vidas, teniendo en cuenta la meta de eliminar en un futuro cercano las hepatitis B y C en la Región de las Américas;
  - g) promueva las alianzas estratégicas y la cooperación técnica entre países para llevar a cabo las actividades incluidas en este plan de acción.

(Sexta reunión, 30 de septiembre del 2015)

**CD54.R8: Plan de acción sobre inmunización**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/7, Rev. 2) para el período 2016-2020 y habiendo considerado el progreso importante de los países en el campo de la vacunación;

Teniendo en cuenta los mandatos internacionales que surgen de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular de la resolución WHA65.17 (2012) sobre el *Plan de acción mundial sobre vacunas* y la resolución WHA65.5 (2012) en la que se declara que la poliomielitis es una emergencia para la salud pública mundial, y el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019;

Reconociendo el progreso realizado en la eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y que aún es necesario afianzar el trabajo para que el acceso a la vacunación facilite que los servicios de salud lleguen a todos, mediante un abordaje integral que considere los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal;

Considerando que el plan de acción propone a los Estados Miembros un instrumento que permite adoptar metas, estrategias y actividades comunes, así como facilitar el diálogo, fomentar la sinergia con todos los asociados y fortalecer los programas nacionales de inmunización de la Región,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción sobre inmunización* e instar a los países, según corresponda y tomando en cuenta sus necesidades, prioridades y contexto, a que:
  - a) promuevan el acceso universal a los programas y las iniciativas de inmunización como un bien público;
  - b) adopten y adapten el *Plan de acción sobre inmunización* de acuerdo con las características de cada país, y busquen garantizar los recursos necesarios para cumplir con los objetivos descritos en el plan de acción;
  - c) se comprometan a mantener los logros alcanzados con respecto a la eliminación de la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, al control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, a la prioridad política de la inmunización en el país, y a la valoración de las vacunas por parte de los individuos y las comunidades;
  - d) garanticen el trabajo para cerrar las brechas relacionadas con la eliminación del tétanos neonatal, lograr las metas de cobertura de vacunación en todos los niveles administrativos y ampliar los beneficios de la inmunización a todas las personas a lo largo del curso de vida de manera equitativa;
  - e) hagan frente a los nuevos desafíos planteados por la introducción de nuevas vacunas en los calendarios nacionales de inmunización en forma sostenible y con acceso para todos; y promuevan la toma de decisiones con base en la evidencia y la evaluación de los beneficios de la inmunización;
  - f) favorezcan el fortalecimiento de los servicios de salud para proporcionar servicios de inmunización y lograr los resultados previstos propuestos por la agenda para el desarrollo después del 2015 sobre la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna;
  - g) garanticen que los programas de inmunización tengan acceso oportuno y sostenible a los insumos necesarios de buena calidad y que estos se obtengan con recursos nacionales, funcionen como parte integral de servicios de salud fortalecidos y realicen actividades de vacunación integradas con otras intervenciones.

2. Solicitar a la Directora que:
  - a) brinde cooperación técnica que permita fortalecer la capacidad operativa de los programas nacionales de inmunización para que mantengan los logros alcanzados;
  - b) promueva estrategias que permitan garantizar la vacunación en los municipios con coberturas bajas, así como en poblaciones en situación de vulnerabilidad y de difícil acceso;
  - c) brinde asesoría técnica a los Estados Miembros para la toma de decisiones basada en la evidencia;
  - d) impulse estrategias que optimicen la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la red de laboratorios, la cadena de suministros, la cadena de frío y los sistemas de información;
  - e) mantenga la cooperación técnica para favorecer el acceso oportuno y equitativo a vacunas e insumos por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, manteniendo sus principios y condiciones;
  - f) refuerce el trabajo integrado de la Organización, para que, conjuntamente con los países, se utilice el programa de inmunización como una estrategia que permita que los servicios de salud lleguen a todos, con base en un abordaje integral y en el marco de la cobertura universal de salud.

*(Sexta reunión, 30 de septiembre del 2015)*

***CD54.R9: Estrategia sobre legislación relacionada con la salud***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/14, Rev. 1);

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

Consciente de que el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, de conformidad con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, establece distintas categorías, áreas programáticas, resultados inmediatos e intermedios, e indicadores;

Recordando que el tema de la legislación relacionada con la salud fue considerado por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en la resolución CSP18.R40 (1970) y que el Consejo Directivo de la OPS, mediante la resolución CD50.R8 (2010), *La salud y los*

*derechos humanos*, exhortó a los Estados Miembros a que “apoyen la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables”;

Observando que el Consejo Directivo ha aprobado el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (resolución CD53.R2 [2014]) y la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14 [2014]);

Reconociendo que los marcos jurídicos y reglamentarios adecuados y fortalecidos pueden promover y proteger la salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido, y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr;

Afirmando el compromiso de los Estados Miembros de respetar, proteger y promover los derechos humanos;

Reconociendo que en algunos Estados Miembros de la OPS los asuntos relacionados con la salud pueden estar bajo diferentes niveles de jurisdicción,

**RESUELVE:**

1. Adoptar la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/14, Rev. 1) a fin de responder eficaz y eficientemente a las necesidades actuales y emergentes en materia de salud pública en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda, teniendo en cuenta su contexto nacional, sus prioridades, posibilidades financieras y presupuestarias, a que:
  - a) promuevan la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios, políticas y otras disposiciones legales, cuando corresponda, que aborden de manera multisectorial los determinantes de la salud, la promoción de la salud a lo largo del curso de vida, la reducción de los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades, así como el enfoque de atención primaria de salud, mediante procesos participativos con las comunidades;
  - b) promuevan y faciliten el intercambio de información estratégica, tales como mejores prácticas y fallos judiciales, entre los Estados Miembros y los organismos internacionales, al igual que la colaboración en investigación en materia de legislación relacionada con la salud con otros Estados Miembros y agentes no estatales;
  - c) promuevan la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios para facilitar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para avanzar hacia el logro del acceso universal a medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad, seguros, eficaces y asequibles, así como el

- fortalecimiento de las capacidades técnicas de los recursos humanos en salud con miras a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, con énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad;
- d) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para facilitar la coordinación y colaboración con el poder legislativo y otros sectores, según corresponda, incluida la identificación y revisión de vacíos legales y contradicciones.
3. Solicitar a la Directora que, dentro de las posibilidades financieras de la Organización, de acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, y en coordinación, en consulta y en conjunto con su autoridad sanitaria nacional:
- a) promueva la implementación de la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* y, con ello, fortalezca los esfuerzos de asesoría y cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación, implementación o revisión de los marcos jurídicos y reglamentarios relacionados con la salud;
- b) proporcione la colaboración técnica que los Estados Miembros le requieran para la implementación de la estrategia, lo que puede incluir la capacitación y difusión para apoyar los mecanismos de cooperación técnica con relación a sus marcos jurídicos y reglamentarios;
- c) apoye a los Estados Miembros en la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios, políticas y otras disposiciones legales, cuando corresponda, que aborden de manera multisectorial los determinantes de la salud, la promoción de la salud a lo largo del curso de vida, la reducción de los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades, así como el enfoque de atención primaria de salud, mediante procesos participativos con las comunidades;
- d) desarrolle acciones y herramientas para promover el intercambio, entre los Estados Miembros y otros organismos internacionales, sobre las mejores prácticas, experiencias exitosas e información estratégica en materia de legislación relacionada con la salud que los Estados Miembros puedan utilizar y adaptar a su propia realidad nacional;
- e) facilite la colaboración en investigaciones en materia de legislación relacionada con la salud con los Estados Miembros y agentes no estatales;
- f) armonice, unifique y lleve a la práctica de manera estratégica las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS con respecto a la redacción y revisión de la legislación relacionada con la salud.

(Sexta reunión, 30 de septiembre del 2015)

***CD54.R10: Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* para el período 2016-2019 (documento CD54/11, Rev. 1), el cual propone acelerar los esfuerzos de control para avanzar hacia el fin de la epidemia de tuberculosis y alcanzar las metas propuestas para el 2019 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo los logros importantes en el control de la tuberculosis en la Región de las Américas, demostrados con la consecución anticipada de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la tuberculosis, gracias a los esfuerzos realizados por los Estados Miembros en la aplicación de las estrategias de tratamiento acordado estrictamente supervisado y Alto a la Tuberculosis;

Consciente de que, pese a los logros alcanzados, la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública en la Región de las Américas, con más de 280.000 casos nuevos estimados por año, de los cuales más de 65.000 no se diagnostican ni notifican;

Reconociendo que el control de la tuberculosis en la Región enfrenta en la actualidad nuevos desafíos ligados a la transición epidemiológica que vive la población, como el incremento de las enfermedades no transmisibles favorecedoras de la infección y la enfermedad tuberculosa (como la diabetes mellitus, las enfermedades mentales y las adicciones nocivas), la persistencia de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las formas de tuberculosis multirresistente y extensamente resistente, la urbanización acelerada con el incremento de la inequidad social y de salud de las poblaciones pobres de barrios marginales, y la falta de recursos económicos necesarios para que las actividades de control se centren en las poblaciones más desfavorecidas;

Tomando en consideración la resolución WHA67.1 (2014) de la Asamblea Mundial de la Salud que adopta la *Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015*, en la que se incluyen metas ambiciosas para acabar con la epidemia de la tuberculosis y se introducen intervenciones para el sector de la salud, con un enfoque multisectorial, de innovación técnica y de financiamiento adecuado;

Reconociendo que el presente plan de acción significa una plataforma para la implementación de la estrategia mundial,

***RESUELVE:***

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* (documento CD54/11, Rev. 1).

2. Instar a los Estados Miembros a que, tomando en cuenta sus contextos, necesidades y prioridades:

- a) ratifiquen el control de la tuberculosis como una prioridad en los programas de salud;
- b) renueven el compromiso político con la consiguiente asignación del financiamiento adecuado y de los recursos humanos necesarios para el cumplimiento de las metas definidas en los planes nacionales;
- c) consideren este plan de acción para la actualización de los planes estratégicos nacionales que guiarán la implementación de la estrategia mundial de acuerdo con los contextos nacionales;
- d) refuercen las medidas específicas relativas al control de la tuberculosis en el sector de la salud de acuerdo con los estándares internacionales de atención de la tuberculosis, enmarcadas en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, así como en la estrategia de atención primaria de salud;
- e) incorporen un enfoque interprogramático y multisectorial al control de la tuberculosis, como se propone en la estrategia mundial;
- f) introduzcan intervenciones específicas de control de la tuberculosis en las poblaciones vulnerables de las ciudades de acuerdo con el marco de trabajo de la OPS/OMS de control de la tuberculosis en grandes ciudades;
- g) faciliten medidas de protección para las personas afectadas por la tuberculosis y sus familias, mediante el acceso a los programas de protección social existentes en los países;
- h) involucren a las comunidades, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil, y los asociados técnicos y financieros nacionales e internacionales en las actividades de prevención y control de la enfermedad.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) brinde asistencia técnica a los Estados Miembros en la elaboración de planes estratégicos nacionales que incorporen la estrategia mundial con las adaptaciones necesarias a los contextos nacionales;
- b) asesore sobre la implementación de los planes estratégicos nacionales;
- c) evalúe el cumplimiento de las metas propuestas en este plan para el 2019;
- d) promueva la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la tuberculosis;



- e) informe a los Cuerpos Directivos los avances de la implementación del plan de acción y la consecución de sus metas.

*(Sexta reunión, 30 de septiembre del 2015)*

***CD54.R11: Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado la *Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores* (documento CD54/8, Rev. 1) para el período 2015-2019;

Reconociendo el rápido envejecimiento de la población y el incremento de la incidencia y prevalencia de la dependencia asociada a las demencias en la Región, y que ello constituye un asunto de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo sostenible de las sociedades;

Reconociendo que las personas mayores con demencias enfrentan estigma, exclusión social y barreras para acceder a los servicios sociales y de salud, lo que profundiza las inequidades y desigualdades económicas, sociales y de salud para estas personas, sus familias y las personas cuidadoras;

Reconociendo que los datos científicos que están surgiendo sugieren que podría ser posible, mediante acciones de salud pública y de protección social, reducir los factores de riesgo asociados a las demencias, y prevenir y demorar la aparición de la dependencia y el incremento de la necesidad de cuidados;

Reconociendo que las personas mayores con demencias, como sujetos de derecho según corresponda, deberán recibir cuidados a corto, mediano y largo plazo que garanticen el máximo nivel de independencia posible, protección y bienestar acorde a sus capacidades funcionales como parte de la cobertura universal de salud y protección social;

Entendiendo que las familias, y especialmente las mujeres, son todavía las que afrontan la mayor parte de los cuidados en la Región, sin la preparación y apoyo necesarios, con gran impacto en su bienestar físico, psicológico, social y financiero; y, que las transformaciones demográficas y sociales limitarán, en el futuro cercano, la capacidad de la familia para responder a la dependencia y la necesidad de cuidados a corto, mediano y largo plazo;

Reconociendo que la Organización Mundial de la Salud definió las demencias como una prioridad de salud pública y promovió la necesidad de generar políticas para la provisión de cuidados a largo plazo para las personas que los necesiten;

Considerando que la presente estrategia y plan de acción está alineada con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019;

Observando que la presente estrategia y plan de acción aborda los objetivos esenciales para responder a las necesidades de los países, de acuerdo con su contexto nacional,

**RESUELVE:**

1. Aprobar la *Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores* (documento CD54/8, Rev. 1), dentro del contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto y prioridades:
  - a) incluyan las demencias, la discapacidad y la dependencia en las personas mayores como asuntos prioritarios en las políticas nacionales de salud, promuevan la ejecución de planes y programas que conduzcan a mejorar la educación y reducir el estigma y los estereotipos sobre estas condiciones, y coadyuven a facilitar el acceso universal y equitativo a programas sociales y de salud para la reducción de los factores de riesgo, la prevención, la atención y los cuidados a personas mayores con estos trastornos o con riesgo de padecerlos, incluida la provisión de cuidados a corto, mediano y largo plazo y cuidados al final de la vida;
  - b) fortalezcan la capacidad de los sistemas de salud y su red de servicios para fomentar la promoción de estilos de vida saludables e intervenciones preventivas basadas en datos probatorios para la reducción de factores de riesgo, los cuales han demostrado impacto en la disminución de la incidencia de las demencias o en demorar su inicio, así como de sus complicaciones;
  - c) fortalezcan la capacidad de los sistemas de salud y su red de servicios para proveer diagnóstico oportuno e intervenciones basadas en datos probatorios a las personas con demencias o con riesgo de padecerlas que permitan mejorar o mantener su capacidad funcional, y prevenir o evitar la dependencia;
  - d) incrementen el acceso a recursos, programas y servicios con el fin de proveer cuidados a corto, mediano y largo plazo a las personas mayores dependientes, en particular con demencias, especialmente de base comunitaria, integrados y progresivos, con participación intersectorial, de la sociedad civil, la comunidad y las familias;
  - e) establezcan o revisen los marcos legales y regulatorios y los mecanismos de ejecución con respecto a las obligaciones y los compromisos internacionales aplicables, que permitan a la autoridad nacional proteger los derechos humanos de las personas con demencias, especialmente aquellas que reciben cuidados a largo plazo comunitarios o institucionales, formales e informales;

- f) apoyen la participación de la sociedad civil, las comunidades y las familias en la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas para promover y proteger la salud y el bienestar de las personas mayores con demencias o con riesgo de padecerlas, así como de sus familias y personas cuidadoras;
  - g) generen procesos que mejoren la capacitación de los recursos humanos del sector de la salud y del sistema de protección social, así como de las personas cuidadoras formales e informales, sobre la atención y los cuidados de estas condiciones;
  - h) promuevan recursos, programas o servicios que permitan el apoyo a las familias y las personas cuidadoras, y que contribuyan a la protección social, económica y de sus derechos humanos, incluso mediante la atención a su salud y bienestar;
  - i) mejoren la recopilación, el análisis y la traducción de la información sobre demencias, discapacidad, dependencia y cuidados a largo plazo, mediante la investigación o en el marco de los sistemas nacionales de información que favorezcan el diseño de intervenciones efectivas y su evaluación.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) fortalezca la cooperación de la OPS con los Estados Miembros para promocionar y proteger la calidad de vida de las personas mayores con demencias y el disfrute del nivel más alto posible de independencia y bienestar;
  - b) apoye a los Estados Miembros, cuando así lo soliciten, en la elaboración, revisión y ejecución de políticas, planes y programas nacionales que integren indicadores sobre demencias, discapacidad, dependencia y cuidados a corto, mediano y largo plazo;
  - c) genere cooperación técnica para fortalecer la investigación y los sistemas de información sobre la salud, a fin de producir, analizar y utilizar datos sobre demencias, discapacidad, dependencia y cuidados a largo plazo que cumplan criterios de calidad, oportunidad y confiabilidad, en particular mediante el seguimiento de los indicadores para evaluar los avances y el impacto de las intervenciones;
  - d) promueva la cooperación técnica en la capacitación de los recursos humanos del sector social y de la salud, así como de las personas cuidadoras formales e informales, sobre la atención y los cuidados de estas condiciones;
  - e) fomente las alianzas con organizaciones internacionales y otros organismos regionales y subregionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se necesita en el proceso de ejecución de este plan de acción;
  - f) facilite la difusión de información e intercambio de experiencias y buenas prácticas, además de promover la cooperación técnica entre los Estados Miembros;

- g) facilite la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, al igual que promueva alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico-técnicas y docentes, sociedad civil organizada, sector privado y otros para promover la protección y el respeto de las personas mayores con demencias.

(Séptima reunión, 1 de octubre del 2015)

**CD54.R12: Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del Sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento CD54/9, Rev. 2);

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

Observando que la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública de graves proporciones y una violación o vulneración de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer, e impide o anula la observancia, el disfrute y el ejercicio de dichos derechos y libertades;

Profundamente preocupado porque la violencia contra la mujer afecta a una de cada tres mujeres en la Región de las Américas;

Consciente de que la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, pero que la violencia sexual, física y emocional perpetrada por la pareja masculina contra una mujer es la forma más prevalente de violencia contra la mujer;

Sabedor de que la violencia contra la mujer tiene sus raíces en las desigualdades por razón de género y en los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres;

Consciente de que esa violencia tiene consecuencias perdurables y profundas en la salud de la mujer y de sus hijos, en el bienestar de las familias y comunidades, así como en la economía y el desarrollo de las naciones;

Reconociendo que los sistemas de salud tienen un papel importante que desempeñar para prevenir y responder a la violencia contra la mujer como parte de un esfuerzo integral y multisectorial;

Recordando la resolución WHA67.15 (2014), *Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general*;

Recordando otras resoluciones pertinentes de los Cuerpos Directivos de la OPS, entre ellas la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53.R14 [2014]); *La salud y los derechos humanos* (CD50.R8 [2010]); y el *Plan de acción para la ejecución de la política de igualdad de género* (CD49.R12 [2009]),

**RESUELVE:**

1. Aprobar y ejecutar la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* en el contexto de las condiciones particulares de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta las responsabilidades compartidas en los Estados federados, a que:
  - a) mejoren la recopilación y la difusión de datos comparables sobre la magnitud, los tipos, los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer;
  - b) fortalezcan la función de sus sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer a fin de velar por que todas las mujeres en riesgo o afectadas por la violencia —incluidas las mujeres en situación de vulnerabilidad debido a su situación socioeconómica, edad, identidad étnica o racial, orientación sexual, identidad de género o discapacidad— tengan un acceso oportuno, eficaz y asequible a los servicios de salud;
  - c) fomenten que se aborde la violencia contra la mujer en el contexto de iniciativas de salud pertinentes, incluidas las relativas a la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, la infección por el VIH/sida y la salud mental;
  - d) promuevan la participación del sistema de salud con otros asociados del sector público y de la sociedad civil como parte de un esfuerzo multisectorial para abordar la violencia contra la mujer;
  - e) consideren las repercusiones presupuestarias relacionadas y prevean recursos suficientes para ejecutar las actividades encaminadas a abordar la violencia contra la mujer.
3. Solicitar a la Directora que:
  - a) apoye la ejecución de la estrategia y plan de acción para mantener y fortalecer la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los países y territorios para abordar la violencia contra la mujer;

- b) continúe fortaleciendo las actividades de la OPS y la OMS dirigidas a generar evidencia científica sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo y de protección de la violencia contra la mujer, y sobre estrategias eficaces para prevenir y responder a este tipo de violencia;
- c) siga apoyando a los países y territorios, a petición de estos, prestando asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud a fin de abordar la violencia contra la mujer;
- d) facilite la cooperación de la OPS con los comités, los órganos y las relatorías de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano;
- e) siga priorizando la prevención de la violencia contra la mujer y considere la posibilidad de asignar recursos adicionales para la ejecución de la estrategia y plan de acción.

*(Séptima reunión, 1 de octubre del 2015)*

***CD54.R13: Uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la *Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS* (documento CD54/16); y

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en cuanto a las propuestas de financiamiento recomendadas en el anexo A del documento CD54/16 (“Necesidades de financiamiento y fuentes de financiamiento propuestas”), y observando que estas iniciativas estratégicas y administrativas fundamentales han sido difíciles de financiar dentro de las limitaciones de los ejercicios presupuestarios bienales habituales,

***RESUELVE:***

Aprobar la asignación del saldo del excedente de la implementación de las IPSAS y del excedente presupuestario, que suman US\$ 3.055.178, de la siguiente manera:

- a) ejecución de la estrategia de tecnología de la información: \$2.000.000;
- b) ejecución de la estrategia de recursos humanos: \$1.055.178.

*(Octava reunión, 1 de octubre del 2015)*

**CD54.R14: *Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el 2016-2017***

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Expresando satisfacción con los servicios prestados por el actual Auditor Externo, el señor Ramón Álvarez de Miranda García, quien actualmente ocupa el cargo de Presidente del Tribunal de Cuentas de España, y tomando nota de que este ha expresado su voluntad de continuar prestando sus servicios como Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud,

**RESUELVE:**

1. Nombrar al titular del cargo de Presidente del Tribunal de Cuentas de España como Auditor Externo de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud durante el bienio 2016-2017, y solicitarle que realice las auditorías de acuerdo con los principios estipulados en el Artículo XIV del Reglamento Financiero de la OPS, con la disposición de que, si surgiera la necesidad, puede designar un representante para que actúe en su ausencia.
2. En conformidad con los procedimientos establecidos, solicitar a la Directora que envíe una nota verbal a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a fin de solicitar que presenten la candidatura de auditores de prestigio internacional que puedan ser considerados por los Cuerpos Directivos a la hora de nombrar al Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021.

*(Octava reunión, 1 de octubre del 2015)*

**CD54.R15: *Plan de acción sobre la Resistencia a los antimicrobianos***

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Teniendo presente la resolución CD41.R14 (1999) sobre las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos, y el documento CD51/15, Rev. 1, Add. I (2011) sobre la contención de la resistencia a los antimicrobianos;

Consciente de la importancia de preservar los antibióticos como medicamentos esenciales, que contribuyen de manera significativa a disminuir la morbimortalidad de las enfermedades infecciosas, en particular en aquellas personas en situación de vulnerabilidad, como los pacientes inmunodeprimidos, con cáncer, trasplantados, internados en unidades de cuidados intensivos y, en general, toda persona afectada por una enfermedad infecciosa;

Teniendo en cuenta los logros y los retos en la Región respecto a la vigilancia y la contención de la resistencia a los antimicrobianos, que sirven de punto de partida para la

formulación del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* para el período 2015-2020 (documento CD54/12, Rev. 1);

Reconociendo que la resistencia a los antimicrobianos constituye una amenaza para la salud que requiere una respuesta multisectorial y que la función rectora del gobierno es, por consiguiente, fundamental para el éxito;

Reconociendo que para lograr el acceso oportuno a antimicrobianos eficaces, seguros, asequibles y de calidad apropiada, asegurando su uso adecuado en la salud humana, es necesario revisar los enfoques nacionales vigentes;

Basándose en el espíritu del panamericanismo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los instrumentos vinculantes universales y regionales de derechos humanos, y la perspectiva de disminuir el impacto de las enfermedades infecciosas y lograr preservar la efectividad de los antimicrobianos, incluidos los antivirales, los antifúngicos, los antibacterianos y los antiparasitarios,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* (documento CD54/12, Rev. 1) y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto y prioridades:
  - a) renueven su compromiso para apoyar el establecimiento de planes de acción que consoliden los logros y permitan definir e implementar intervenciones concretas para contener la resistencia a los antimicrobianos;
  - b) asignen los recursos necesarios para el desarrollo y la implementación adecuados de los planes de acción:
    - i. recursos humanos disponibles y capacitados para brindar apoyo a actividades de vigilancia y monitoreo del uso adecuado de los antimicrobianos, para estimular el diálogo intersectorial y para promover la participación ciudadana y comunitaria, así como la colaboración dentro y fuera del sector salud;
    - ii. recursos financieros que aseguren la sostenibilidad del plan de acción y permitan la mejora de la capacidad de los laboratorios de salud pública, el acceso y uso adecuado de los antimicrobianos y la colaboración entre sectores;
  - c) establezcan plataformas de diálogo e intervención multisectorial que sirvan para abordar la vigilancia integrada de las resistencias, la regulación del uso de los antimicrobianos y la promoción de la investigación y el desarrollo, así como promover la participación intersectorial (sector público, privado, otros



---

ministerios —en particular los de agricultura y ganadería— y la sociedad civil, entre otros) para potenciar los recursos y lograr sinergias en beneficio de la contención de las resistencias;

- d) tomen acción urgente para promover el uso apropiado de los antimicrobianos, considerando un abordaje integral del proceso en el que se promueva el uso responsable de los antimicrobianos por parte de las personas o consumidores a través de la educación y la comunicación;
- e) establezcan sistemas para la detección y el monitoreo de la resistencia a los antimicrobianos, con gestión de calidad que asegure la idoneidad de datos de los laboratorios, así como la integración de información procedente de otros sectores e información sobre el consumo de antimicrobianos;
- f) estimulen y apoyen la investigación y el desarrollo para combatir la resistencia a los antimicrobianos, con inclusión del sector académico y el sector privado, para desarrollar nuevas ideas prácticas que prolonguen la vida útil de los antimicrobianos y estimulen el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y medicamentos antimicrobianos;
- g) asignen y utilicen en forma adecuada los recursos para alcanzar los objetivos del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* para el período 2015-2020;
- h) establezcan mecanismos que permitan monitorear y evaluar la ejecución de dicho plan.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) asegure que todas las entidades correspondientes de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y las oficinas de país están comprometidas y coordinadas en el apoyo a los países para la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- b) colabore con los Estados Miembros en la ejecución del presente plan en el período 2015-2020 de conformidad con sus necesidades, mediante la aplicación de un enfoque multidisciplinario e intersectorial y tomando en consideración la promoción de la salud, los derechos humanos, la equidad de género, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- c) promueva la ejecución de este plan de acción y garantice su transversalidad a través de los departamentos de la Oficina, los diferentes contextos y prioridades subregionales y nacionales, así como la colaboración con los países y entre ellos en el diseño de estrategias y en el intercambio de capacidades y recursos;
- d) destine recursos adecuados para el trabajo de la Oficina, en línea con la planificación presupuestaria de la Organización, y continúe abogando por la movilización activa de recursos y promoviendo las alianzas para respaldar la aplicación de esta resolución;

- e) consolide y amplíe la colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para combatir la resistencia a los antimicrobianos, en consonancia con la iniciativa “Una salud”;
- f) monitoree y evalúe la ejecución de este plan de acción e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del plan, así como las adaptaciones, si fuera necesario, a nuevos contextos y necesidades.

(Octava reunión, 1 de octubre del 2015)

**CD54.R16: Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el *Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017* (Documento Oficial 350);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD54/2);

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

Reconociendo que el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 está en consonancia con la reforma de la OMS;

Reconociendo con agrado la aplicación de un enfoque de abajo arriba en la preparación del Programa y Presupuesto para el costeo de los resultados bienales de acuerdo a la gestión basada en los resultados;

Teniendo en cuenta que por primera vez se presenta un presupuesto integrado, en el cual los Estados Miembros aprobarán los recursos necesarios para el logro de los resultados del bienio;

Considerando la continua aplicación del marco de la gestión basada en los resultados de la OPS, que incorpora los principios de eficiencia y eficacia, transparencia y rendición de cuentas;

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar el programa de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud con un presupuesto de \$612,8 millones para los programas básicos y de \$35,0 millones para los programas especiales y la respuesta a las emergencias como se describe en el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017.
2. Alentar a los Estados Miembros a que sigan efectuando de manera oportuna los pagos de sus contribuciones correspondientes al 2016-2017 y de aquellas contribuciones atrasadas que pudieran haberse acumulado en los períodos presupuestarios anteriores.
3. Solicitar a los Estados Miembros de la Región de las Américas que sigan trabajando con las otras regiones, en el marco de la reforma de la OMS, para que, de manera consensuada, se cuente con una proporción equitativa de los recursos de la OMS.
4. Alentar a la OMS para el pleno financiamiento del margen presupuestario asignado a la Región de las Américas.
5. Instar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a que efectúen contribuciones voluntarias que estén en consonancia con el Programa y Presupuesto 2016-2017 y a que, cuando sea posible, consideren hacer estas contribuciones plenamente flexibles y dirigirlas a un fondo común de recursos no destinados a un fin específico.
6. Asignar el presupuesto correspondiente al período presupuestario 2016-2017 entre las seis categorías programáticas de la siguiente manera:

<b>Categoría</b>	<b>Presupuesto</b>
1. Enfermedades transmisibles	\$102.389.000
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	\$58.028.000
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	\$81.242.000
4. Sistemas de salud	\$109.196.000
5. Preparación, vigilancia y respuesta	\$59.811.000
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	\$202.134.000
<b>Total para los programas básicos (categorías 1 a 6)</b>	<b>\$612.800.000</b>
Programas especiales y respuesta a emergencias	<b>\$35.000.000</b>

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

a) Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS	\$210.640.000
---	---------------

Menos el crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	(\$17.905.000)
b) Ingresos varios presupuestados	\$25.000.000
c) Otras fuentes	\$216.973.000
d) Asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas	\$178.092.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$612.800.000</b>

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

9. Autorizar a la Directora a utilizar las contribuciones señaladas, los ingresos varios, otras fuentes como las contribuciones voluntarias de la OPS y los recursos asignados por la OMS a la Región de las Américas para financiar el presupuesto según la asignación establecida en el párrafo 6 anterior, sujeto a la disponibilidad de fondos.

10. Autorizar además a la Directora a hacer transferencias presupuestarias, de ser necesario, entre las seis categorías descritas en el párrafo 6 anterior, hasta un monto que no exceda el 10% del presupuesto asignado a la categoría desde la cual se hace la transferencia; los gastos resultantes de tales transferencias se informarán bajo la categoría final en los informes financieros correspondientes al período 2016-2017.

11. Solicitar a la Directora que defina, en consulta con los Estados Miembros, un mecanismo para presentar informes interinos sobre la ejecución del Programa y Presupuesto, que incluyan lo planificado, lo financiado y el avance hacia el logro de los resultados, así como los riesgos programáticos y de financiamiento.

12. Solicitar a la Directora que informe a los Cuerpos Directivos sobre el nivel de financiamiento y de ejecución por cada fuente de financiamiento en el párrafo 7 y por categorías y áreas programáticas descritas en el Programa y Presupuesto 2016-2017.

*(Novena reunión, 2 de octubre del 2015)*

***CD54.R17: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2016-2017***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Considerando que en la resolución CD54.R16 el Consejo Directivo aprobó el *Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017* (Documento Oficial 350); y

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de contribuciones señaladas que ha de aplicarse a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD54.R2, el Consejo Directivo adoptó esa escala de contribuciones para los miembros de la OPS en el período 2016-2017,

***RESUELVE:***

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para los períodos financieros correspondientes al 2016 y 2017 de conformidad con la escala de contribuciones que se presenta a continuación y en las cantidades correspondientes, que representan un crecimiento nominal cero en las contribuciones brutas con respecto al bienio 2014-2015.

<b>CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2016-2017 (incremento de 0% en las contribuciones señaladas)</b>										
Miembros	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Contribución bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre los salarios del personal de la OSP		Contribución neta	
	2016 %	2017 %	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Argentina	2,400	2,400	2.527.680	2.527.680	214.860	214.860			2.312.820	2.312.820
Bahamas	0,049	0,049	51.607	51.607	4.387	4.387			47.220	47.220
Barbados	0,034	0,034	35.809	35.809	3.044	3.044			32.765	32.765
Belice	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Bolivia	0,056	0,056	58.979	58.979	5.013	5.013			53.966	53.966
Brasil	12,427	12,427	13.088.116	13.088.116	1.112.527	1.112.527			11.975.589	11.975.589
Canadá	10,583	10,583	11.146.016	11.146.016	947.443	947.443			10.198.573	10.198.573
Chile	1,347	1,347	1.418.660	1.418.660	120.590	120.590			1.298.070	1.298.070
Colombia	1,311	1,311	1.380.745	1.380.745	117.367	117.367			1.263.378	1.263.378
Costa Rica	0,230	0,230	242.236	242.236	20.591	20.591			221.645	221.645
Cuba	0,132	0,132	139.022	139.022	11.817	11.817			127.205	127.205
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Ecuador	0,322	0,322	339.130	339.130	28.827	28.827			310.303	310.303
El Salvador	0,086	0,086	90.575	90.575	7.699	7.699			82.876	82.876
Estados Unidos	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.321.814	5.321.814	6.000.000	6.000.000	63.285.660	63.285.660
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Guatemala	0,145	0,145	152.714	152.714	12.981	12.981			139.733	139.733
Guyana	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Haití	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Honduras	0,042	0,042	44.234	44.234	3.760	3.760			40.474	40.474
Jamaica	0,070	0,070	73.724	73.724	6.267	6.267			67.457	67.457
México	6,788	6,788	7.149.122	7.149.122	607.696	607.696			6.541.426	6.541.426
Nicaragua	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Panamá	0,176	0,176	185.363	185.363	15.756	15.756			169.607	169.607

<b>CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2016-2017 (incremento de 0% en las contribuciones señaladas)</b>										
<b>Miembros</b>	<b>Escala ajustada a los miembros de la OPS</b>		<b>Contribución bruta</b>		<b>Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos</b>		<b>Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre los salarios del personal de la OSP</b>		<b>Contribución neta</b>	
	<b>2016 %</b>	<b>2017 %</b>	<b>2016 US\$</b>	<b>2017 US\$</b>	<b>2016 US\$</b>	<b>2017 US\$</b>	<b>2016 US\$</b>	<b>2017 US\$</b>	<b>2016 US\$</b>	<b>2017 US\$</b>
Paraguay	0,075	0,075	78.990	78.990	6.714	6.714			72.276	72.276
Perú	0,860	0,860	905.752	905.752	76.992	76.992			828.761	828.761
República Dominicana	0,317	0,317	333.864	333.864	28.379	28.379			305.485	305.485
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Santa Lucía	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
San Vicente y las Grenadines	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Suriname	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Trinidad y Tabago	0,135	0,135	142.182	142.182	12.086	12.086			130.096	130.096
Uruguay	0,247	0,247	260.140	260.140	22.113	22.113			238.028	238.028
Venezuela	2,144	2,144	2.258.061	2.258.061	191.942	191.942	25.000	25.000	2.091.119	2.091.119
<b>Subtotal</b>	<b>99,675</b>	<b>99,675</b>	<b>104.977.710</b>	<b>104.977.710</b>	<b>8.923.404</b>	<b>8.923.404</b>	<b>6.025.000</b>	<b>6.025.000</b>	<b>102.079.306</b>	<b>102.079.306</b>
<b>Estados Participantes</b>										
Francia	0,128	0,128	134.915	134.915	11.468	11.468			123.447	123.447
Países Bajos	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Reino Unido	0,027	0,027	28.120	28.120	2.390	2.390			25.730	25.730
<b>Subtotal</b>	<b>0,177</b>	<b>0,177</b>	<b>186.206</b>	<b>186.206</b>	<b>15.828</b>	<b>15.828</b>			<b>170.378</b>	<b>170.378</b>
<b>Miembros Asociados</b>										
Aruba	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Curaçao	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Puerto Rico	0,082	0,082	86.573	86.573	7.359	7.359			79.214	79.214
San Martín	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
<b>Subtotal</b>	<b>0,148</b>	<b>0,148</b>	<b>156.084</b>	<b>156.084</b>	<b>13.268</b>	<b>13.268</b>			<b>142.817</b>	<b>142.817</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>105.320.000</b>	<b>105.320.000</b>	<b>8.952.500</b>	<b>8.952.500</b>	<b>6.025.000</b>	<b>6.025.000</b>	<b>102.392.500</b>	<b>102.392.500</b>

(Novena reunión, 2 de octubre del 2015)

***CD54.R18: Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015***

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el documento *Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015* (documento CD54/23);

Recordando que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se establecieron en septiembre del año 2000 con el fin de alcanzar ocho objetivos de lucha contra diversos problemas relativos a la pobreza, la educación, el género, la salud, el medioambiente y el desarrollo para el año 2015 al suscribirse la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (resolución A/RES/55/2);

Destacando que gracias a los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y otros asociados en el marco del cumplimiento de los ODM se consiguieron mejoras muy importantes, entre ellas la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial;

Reconociendo la importancia de contar con una evaluación periódica de los avances hacia las metas establecidas en los ODM;

Recordando que los primeros indicadores se elaboraron en el 2002 y comenzaron a utilizarse en el 2003;

Considerando que, a partir de las recomendaciones del Grupo Interinstitucional y de Expertos, los primeros indicadores fueron modificados para incluir cuatro nuevas metas en la resolución A/RES/60/1 (2005) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sustituyéndose el método adoptado en el 2003;

Teniendo en cuenta que, después de dos años de consultas públicas, interacción con la sociedad civil y negociaciones entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas, en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible 2015 se adoptó el 25 de septiembre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

Habiendo observado que en los últimos años se ha trabajado intensamente en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna para terminar con el estancamiento y acelerarla, registrándose una importante disminución y un avance mundial con respecto a la meta establecida; y observando, además, que la reducción de la mortalidad materna ha sido uno de los principales ejes de acción de las políticas y los programas para mejorar la salud de las mujeres, y que los esfuerzos nacionales y regionales han permitido que la mortalidad materna se reduzca en promedio 40% entre 1990 y el 2013 en la Región;

Reconociendo que la mayor parte de los países no han alcanzado la meta fijada en los ODM de lograr una disminución del 75% en esa tasa entre 1990 y el 2015 y que, por lo tanto, reducirla sigue siendo un reto central en la Agenda 2030 para el Desarrollo



Sostenible, y que por esta razón se ha acordado, en coordinación con otras regiones, mantener esta meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Teniendo en cuenta que el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna, conformado por la OMS, el UNFPA, el UNICEF, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, ha realizado para el período 1990-2015 estimaciones de la mortalidad materna obtenidas mediante un modelo estadístico modificado que no coincide con lo establecido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10);

Preocupado porque la reciente modificación en el método de estimación de este indicador por parte del Grupo Interinstitucional fue adoptada sin el debido nivel de consulta con los Estados Miembros, lo que ha creado preocupaciones con respecto a la comparabilidad entre los países y la trazabilidad histórica y, por lo tanto, puede crear dificultades de comprensión y reproducción por parte de los equipos técnicos de los ministerios de salud;

Considerando que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye 17 objetivos que regirán los programas de desarrollo mundiales durante los próximos 15 años,

***RESUELVE:***

1. Hacer un llamamiento a la OMS, en coordinación con el Grupo Interinstitucional, para:
  - a) celebrar talleres con los Estados Miembros sobre el método modificado para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015 a fin de facilitar un diálogo abierto y avanzar hacia un acuerdo;
  - b) posponer la publicación de las estimaciones hasta después de los talleres, una vez que se haya alcanzado un acuerdo, y
  - c) producir un documento que explique las diferencias entre los métodos y la razón de la modificación.
2. Solicitar a la OMS que, en coordinación con el Grupo Interinstitucional, no incluya las muertes maternas tardías y por secuelas en las estimaciones correspondientes al 1990-2015, en concordancia con la CIE-10.
3. Solicitar a la OMS, en coordinación con el Grupo Interinstitucional, que en caso de que se acuerde un sistema modificado de estimación y en consulta con los Estados Miembros, produzca a tiempo para la aprobación de los indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible un conjunto de datos pertinentes sobre la razón de mortalidad materna que utilice el método modificado, con el propósito de facilitar la comparabilidad con el período de medición 1990-2015.

4. Solicitar a la OMS que, en coordinación con el Grupo Interinstitucional, trabaje con los Estados Miembros a fin de ajustar, cuando sea apropiado, las estimaciones correspondientes al período 1990-2015 en aquellos casos en los que se dispone de evidencia fiable de fuentes oficiales nacionales.
5. Reconocer la importancia de mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos estadísticos sobre las muertes maternas, incluidas las muertes tardías y por secuelas, con el propósito de lograr una mejora continua en la presentación de información estadística.
6. Solicitar a la OMS, en coordinación con el Grupo Interinstitucional, que en caso de no llegarse a un acuerdo con los Estados Miembros respecto a la modificación del método de estimación de la mortalidad materna correspondiente al período 1990-2015, y en consulta con las demás regiones, se considere retomar la definición establecida en la CIE-10 y, cuando corresponda, utilizar evidencia fiable de las fuentes de información oficiales nacionales.
7. Reiterar la necesidad de establecer un proceso de consulta incluyente y amplio con el propósito de abordar las cuestiones relativas al cambio metodológico.
8. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) reafirmen su compromiso con la meta de disminuir la razón de mortalidad materna establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;
  - b) trabajen con el apoyo de la OMS y los expertos del Grupo Interinstitucional en los procesos de estimación de la razón de mortalidad materna.
9. Solicitar a la Directora que:
  - a) abogue, en su calidad de Directora de la Oficina Regional de la OMS para las Américas, para que la OMS manifieste a los miembros del Grupo Interinstitucional el interés de los Estados Miembros por contar con un espacio de diálogo para revisar la propuesta de modificación del método que permita garantizar que sea homogéneo, transparente, basado en la evidencia, reproducible y que contribuya a mejorar la rendición de cuentas;
  - b) promueva que se informe la razón de mortalidad materna por medio del uso de la definición en la CIE-10 para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015;
  - c) abogue por que se respeten y vigilen las normas de calidad al momento de publicar datos, y se consulte a los Estados Miembros cualquier cambio o modificación a fin de que se verifique que las estimaciones correspondientes a cada país sean coherentes y oportunas;
  - d) priorice los esfuerzos regionales para contribuir al cumplimiento de los compromisos que garantizan el bienestar y la salud humana, bajo los principios de

- la transparencia y la rendición de cuentas con los que los países de la Región han venido trabajando para el logro de los ODM;
- e) en coordinación con la Secretaría de la OMS, contribuya con información técnica a las deliberaciones que realiza sobre la materia el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecido por la Comisión de Estadística.

*(Novena reunión, 2 de octubre del 2015)*

### ***Decisiones***

#### ***Decisión CD54(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales***

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Ecuador, Puerto Rico y la República Bolivariana de Venezuela para integrar la Comisión de Credenciales.

*(Primera reunión, 28 de septiembre del 2015)*

#### ***Decisión CD54(D2): Elección de la Mesa Directiva***

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a El Salvador para ocupar la Presidencia, a Antigua y Barbuda, y Perú a las Vicepresidencias, y a los Estados Unidos de América para la Relatoría del 54.º Consejo Directivo.

*(Primera reunión, 28 de septiembre del 2015)*

#### ***Decisión CD54(D3): Establecimiento de la Comisión General***

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Chile, Cuba, y San Vicente y las Granadinas para integrar la Comisión General.

*(Primera sesión, 28 de septiembre del 2015)*

#### ***Decisión CD54(D4): Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada por el Consejo (documento CD54/1, Rev. 2).

*(Primera reunión, 28 de septiembre del 2015)*

***Decisión CD54(D5): Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del programa especial PNUD/UNFPA/ OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana***

El Consejo Directivo seleccionó a Perú y a la República Bolivariana de Venezuela como los dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar a una persona que participe en el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigaciones de PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana por un período que comienza el 1 de enero del 2016 y finaliza el 31 de diciembre del 2018.

*(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2015)*

***Decisión CD54(D6): El Niño en la Región de las Américas***

El 54.º Consejo Directivo de la OPS,

Teniendo en cuenta la propuesta presentada por la Delegación de Perú con respecto a los posibles efectos graves para la salud de El Niño 2015-2016 y, considerando las previsiones derivadas del monitoreo internacional, la investigación y los sistemas hidrometeorológicos de alerta, que indican que este fenómeno de El Niño se encuentra en su fase madura en el Pacífico tropical, tiene una magnitud fuerte y podría alcanzar su intensidad máxima entre noviembre del 2015 y principios del 2016,

***DECIDE:***

Instar a los Estados Miembros, según corresponda, a que actualicen y ejecuten sus planes de mitigación, preparativos, respuesta y recuperación para eventos hidrometeorológicos extremos como El Niño a fin de proteger la salud y la vida de la población.

Solicitar a la Directora que fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros en la formulación de las políticas y los programas encaminados a la mitigación, los preparativos y la respuesta a El Niño 2015-2016, y promueva las iniciativas regionales y nacionales que lleven a una mejor comprensión de los efectos de El Niño sobre la salud.

*(Octava reunión, 1 de octubre del 2015)*

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del 54.º Consejo Directivo, Delegada de El Salvador, y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, al segundo día del mes de octubre del año dos mil quince. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Informe Final se publicará en la página web de la Organización Panamericana de la Salud una vez que haya sido aprobado por el Presidente.

---

Violeta Menjívar  
Delegada de El Salvador  
Presidenta del  
54.º Consejo Directivo

---

Carissa Etienne  
Directora de la  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Secretaria ex officio del  
54.º Consejo Directivo

## **ORDEN DEL DÍA**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

### **2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**

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

### **3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**

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

### **4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**

- 4.1 Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017
  - 4.2 Nueva escala de contribuciones señaladas
  - 4.3 Reforma de la OMS
  - 4.4 Plan de acción sobre inmunización
  - 4.5 Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores
  - 4.6 Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer
-

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

- 4.7 Plan de acción sobre la salud de los trabajadores
- 4.8 Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis
- 4.9 Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos
- 4.10 Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales
- 4.11 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
- 4.12 El fenómeno de El Niño 2015-2016 en la Región de las Américas
- 4.13 Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015

**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 2014
- 5.3 Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS
- 5.4 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS
- 5.5 Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2016-2017

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

- 6.1 Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/ OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana
- 6.2 Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

## **7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015:  
Informe final
- Informe sobre la elaboración de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030
- 7.2 Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas
- 7.3 Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas
- 7.4 El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola
- Consulta regional sobre el Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016
- 7.5 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
  - B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas
  - C. Plan de acción sobre la seguridad vial
  - D. Prevención y control del dengue en las Américas
  - E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
  - F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
  - G. Situación de los Centros Panamericanos
- 7.6 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
  - B. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
  - C. Organizaciones subregionales

## **8. OTROS ASUNTOS**

## **9. CLAUSURA DE LA SESIÓN**



## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos oficiales

*OD349* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014

*OD350*, Add. I, Add II y Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017  
Add. III, Rev. 1

### Documentos de trabajo

CD54/1, Rev. 3 Orden del día

CD54/2 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo

CD54/3 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

CD54/4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Jamaica y Paraguay

CD54/5, Rev. 1 Nueva escala de contribuciones señaladas

CD54/6 Reforma de la OMS

CD54/7, Rev. 2 Plan de acción sobre inmunización

CD54/8, Rev. 1 Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores

CD54/9, Rev. 2 Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer

CD54/10, Rev. 1 Plan de acción sobre la salud de los trabajadores

CD54/11, Rev. 1 Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis

CD54/12, Rev. 1 Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos

CD54/13, Rev. 1 Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales

CD54/14, Rev. 1 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud

---

**Documentos de trabajo (cont.)**

CD54/15 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CD54/16	Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS
CD54/17	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS
CD54/18, Rev. 1	Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para 2016-2017
CD54/19	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana
CD54/20	Elección de tres Miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD54/21	[Se le dio el nuevo nombre de <i>Documento Oficial 350</i> , Add. I, Add II y Add. III]
CD54/22	El fenómeno de El Niño 2015-2016 en la Región de las Américas
CD54/23	Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015

**Documentos de información**

CD54/INF/1	Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final
CD54/INF/1, Add. I	Informe sobre la elaboración de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030
CD54/INF/2	Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas
CD54/INF/3	Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas

**Documentos de información** (*cont.*)

- CD54/INF/4 El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola
- CD54/INF/4, Add. I Consulta regional sobre el Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016
- CD54/INF/5 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
  - B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas
  - C. Plan de acción sobre la seguridad vial
  - D. Prevención y control del dengue en las Américas
  - E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
  - F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
  - G. Situación de los Centros Panamericanos
- CD54/INF/6 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
  - B. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
  - C. Organizaciones subregionales

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

<b>President / Presidente:</b>	Dra. Violeta Menjívar (El Salvador)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Hon. Molwyn M. Joseph (Antigua and Barbuda)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dr. Aníbal Velásquez Valdivia (Peru)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Mr. Charles Darr (United States of America)

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y  
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Gustavo Gollán  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Cecilia Carbone  
Subsecretaria de Relaciones Sanitarias e  
Investigación  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Lic. Jorgelina Costanzi  
Profesional a cargo de la Dirección Nacional  
de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

**ARGENTINA (cont.)**

Alternates – Alternos

Srta. Luciana Amighini  
Coordinadora de Ceremonial y Protocolo  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesochny  
Coordinadora General de Información  
Pública y Comunicación  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dra. Raquel Méndez  
Directora del Instituto Nacional de la  
Administración de Medicamentos,  
Alimentos y Tecnología Médica  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Sr. Leonardo Verna  
Sub-interventor de la Administración  
Nacional de Medicamentos,  
Alimentos y Tecnología Médica  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dra. Marina Pasinovich  
Asesora, Secretaría de Promoción y  
Programas Sanitarios  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Srta. Cecilia Meirovich  
Segunda Secretaria, Representante Alternata  
de Argentina ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

---

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Michael Perry Gomez, MP  
Minister of Health  
Ministry of Health of the Commonwealth of  
the Bahamas  
Nassau

Delegates – Delegados

Mr. Marco Rolle  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Nassau

Dr. Glen Beneby  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Nassau

Alternates – Alternos

Ms. Tracee Dorestant  
Second Secretary  
The Embassy of the Commonwealth of  
the Bahamas  
Washington, D.C.

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John D. E. Boyce, MP  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. Michael

Delegates – Delegados

H.E. Mr. John Beale  
Ambassador to the United States and  
Permanent Representative of Barbados to  
the Organization of American States  
Washington, D.C.

**BARBADOS (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Tennyson Springer  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
St. Michael

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

Dr. E. Arthur Phillips  
Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

Alternates - Alternos

Ms. Jane Brathwaite  
Minister-Counselor, Alternate Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Nicole Natasha Parris  
First Secretary, Alternate Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

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

**BELIZE/BELICE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Ardelle Lisette Sabido  
Minister Counselor, Alternate Representative  
of Belize to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Carla Parada Barba  
Viceministra de la Salud y Promoción  
Ministerio de Salud  
La Paz

Delegate – Delegado

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

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Adriano Massuda  
Secretário de Ciência, Tecnologia e  
Insumos Estratégicos  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini  
Assessora Especial do Ministro para  
Assuntos Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Giliate Cardoso Coelho Neto  
Diretor do Departamento de Informática  
do SUS – DATASUS  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Sr. Eduardo Shigueo Fujikawa  
Técnico da Assessoria Internacional  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sec. Erwin Epiphanyo  
Representante Alterno do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sec. Laís Garcia  
Representante Alternata do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

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

Mrs. Maude Kostine  
Alternate Representative of Canada to  
the Organization of American States  
Washington, D.C.

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

Dr. Sudeep Bhattarai  
Senior Health Advisor  
Global Issues and Development Branch  
Department of Global Affairs, Trade  
and Development  
Ottawa

Dr. Andre Dontigny  
Directeur, Direction du développement des  
individus et de l'environnement social à la  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services  
Sociaux du Québec  
Québec

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Sara Veilleux  
Coordonnatrice de la coopération  
internationale  
Direction des affaires intergouvernementales  
et de la coopération internationale  
Ministère de la Santé et des Services  
Sociaux du Québec  
Québec

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Pedro Crocco  
Jefe, División de Prevención y Control  
de Enfermedades  
Ministerio de Salud  
Santiago

Alternates – Alternos

Dr. Daniel Soto Castillo  
Jefe de Gabinete  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Santiago

Sr. Francisco Javier Devia  
Primer Secretario, Representante Alterno de  
Chile ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CHILE (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Fernando Ruiz Gómez  
Viceministro de Salud Pública y Prestación  
de Servicios  
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. Germán Andrés Calderón Velásquez  
Coordinador de Asuntos Sociales  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
Bogotá

Alternates – Alternos

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

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

Sra. Luisa Fernanda Rueda Rojas  
Segunda Secretaria, Representante Alternativa  
de Colombia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pablo Barahona Kruger  
Embajador de Costa Rica ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**CUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Antonio Diosdado González  
Asistente del Departamento de Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Sr. Jesús Perz  
Consejero  
Embajada de Cuba  
Washington, D.C.

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Kenneth Darroux  
Minister for Health and Environment  
Ministry of Health and Environment  
Roseau



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**DOMINICA**

Delegates – Delegados

H.E. Hubert J. Charles  
Ambassador  
Permanent Representative of Dominica to  
the Organization of the American States  
Washington, D.C.

Dr. David Johnson  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Dr. Sergio Sarita Valdez  
Coordinador de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Víctor Tirado  
Embajador Alterno de la República  
Dominicana ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Valentín del Orbe  
Ministro Consejero, Representante  
Alterno de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegates – Delegados

Excmo. Marco Albuja Martínez  
Embajador, Representante Permanente del  
Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Sr. Emilio José Arauz Triviño  
Consejero, Representante Alternos del  
Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Magister Carlos Emanuele  
Director Nacional de Cooperación y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Alternates – Alternos

Lic. Cristina Luna  
Coordinadora de Cooperación Multilateral  
Dirección de Cooperación y Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**EL SALVADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Emb. Lilian Godoy de Cardoza  
Encargada de Negocios, a.i.  
Misión Permanente de El Salvador ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

**GUATEMALA**

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele  
Minister for Health and Social Security  
Ministry for Health and Social Security  
Grenada

Delegates – Delegados

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

**GRENADA/GRANADA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Javan Williams  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Security  
St. George's

Alternate – Alterno

Ms. Rosemarie Welsh  
Counselor, Alternate Representative of  
Grenada to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**GUYANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. George Norton  
Minister of Public Health  
Ministry of Public Health  
Georgetown

Delegates – Delegados

Mr. Trevor Thomas  
Permanent Secretary  
Ministry of Public Health  
Georgetown

Dr. Morris Edwards  
Chief Medical Officer (ag)  
Ministry of Public Health  
Georgetown

**HAITI/HAITÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche  
Directeur Générale  
Ministère de la Santé publique  
et de la Population  
Port-au-Prince

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**HAITI/HAITÍ (cont.)**

Delegates – Delegados

H.E. Bocchit Edmond  
Ambassador, Interim Representative of  
Haiti to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

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

Alternate – Alterno

Dr. Jocelyne B. Pierre Louis  
Directrice de la Direction de la Promotion  
de la Santé  
Ministère de la Santé Publique et de la  
Population  
Port-au-Prince

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolani Batres  
Secretaria de Estado en el Despacho  
de Salud  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

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

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández  
Directora General de Normalización  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

**HONDURAS (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos Edgardo Claudino Fajardo  
Asesor del Despacho de Salud  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

Lic. Nancy Padilla Arias  
Jefe de la Unidad de Comunicación  
Institucional  
Despacho de Salud  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

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

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Kevin Harvey  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

H.E. Ralph Samuel Thomas  
Ambassador to the United States and  
Permanent Representative of Jamaica to  
the Organization of American States  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Marion Bullock DuCasse  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**JAMAICA (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Fabia Lamm  
Regional Director  
North East Regional Health Authority  
Kingston

Dr. Lundie Richards  
Director, Health Services Planning and  
Integration  
Ministry of Health  
Kingston

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

Ms. Julia Hyatt  
Deputy Permanent Representative of  
Jamaica to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Denese McFarlane  
Health Specialist  
Planning Institute of Jamaica  
Kingston

Mrs. Claudia Beckford  
PAHO Intern

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Mercedes Juan López  
Secretaria de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri Morales  
Subsecretario de Prevención y Promoción  
de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Alejandra García Brahim  
Ministra, Representante Permanente Alternativa  
de México ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner  
Coordinador de Asesores  
Subsecretaría de Prevención y Promoción  
de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Cristina Narváez Medécigo  
Asesora de la Subsecretaría de Prevención y  
Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete  
Director General de Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

My. Eric Omar Salinas Flores  
Oficina de la C. Secretaría de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Luis Alberto del Castillo Bandala  
Ministro, Representante Alterno de  
México ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Lic. Eduardo González Pier  
Subsecretario de Integración y Desarrollo del  
Sector Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

Lic. Christopher Schubert Letayf  
Representante Alterno de  
México ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Lic. Mario Alberto Puga  
Representante Alterno de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Lic. Daniel Alberto Cámara Ávalos  
Representante Alterno de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**NICARAGUA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**NICARAGUA (cont.)**

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Denis Ronaldo Moncada  
Embajador, Representante Permanente de  
Nicaragua ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo  
Viceministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Sr. Jaime Paolo  
Director Nacional de Asesoría Legal  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PANAMA/PANAMÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Luis Vega  
Asesor Ministerial  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

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

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Dra. Patricia Giménez León  
Directora General de Planificación  
y Evaluación  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Jorge Magno Brítez Acosta  
Consejero, Instituto de Previsión Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

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

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Lima

Delegates – Delegados

Lic. Arturo Javier Granados Mogrovejo  
Director General  
Oficina de Descentralización  
Ministerio de Salud  
Lima

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré  
Director General  
Oficina General de Cooperación  
Internacional  
Ministerio de Salud  
Lima

Alternates – Alternos

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PERU/PERÚ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Ana Lucía Nieto Frías de Kesity  
Ministra Consejera, Representante Alternada  
del Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Yésica Fonseca Martínez  
Primera Secretaria, Representante Alternada  
del Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds  
Minister of Health, Wellness, Human  
Services and Gender Relations  
Ministry of Health, Wellness, Human  
Services, and Gender Relations  
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

H.E. Elizabeth Darius-Clarke  
Ambassador, Permanent Representative  
of Saint Lucia to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Cointha Thomas  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Wellness, Human  
Services, and Gender Relations  
Waterfront, Castries

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Andrew Skerritt  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton Clayton Burgin  
Minister of Health, Wellness and the  
Environment  
Ministry of Health, Wellness and the  
Environment  
Kingstown

Delegate – Delegado

Dr. Simone Keizer-Beache  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Wellness and the  
Environment  
Kingstown

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Sachi Antrieka-Ramlal-Soekhoe  
Interim Representative of Suriname to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin Connelly  
Chargé d'Affaires, a.i.  
Embassy of the Republic of Trinidad  
and Tobago  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)**

Delegate – Delegado

Mrs. Zauditu Lessey-Perreira  
Second Secretary  
Embassy of the Republic of Trinidad  
and Tobago  
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Sylvia Mathews Burwell  
Secretary of Health and Human Services  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Ms. Maeve McKean  
Senior Advisor to the Assistant Secretary for  
Global Affairs  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

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



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

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

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

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

Mr. Colin McIff  
Health Attaché  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
United States Mission  
Geneva

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Mr. Stephen O'Dowd  
Office Director  
Office of Economic and Development Affairs  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Amanda Wall  
Attorney-Adviser  
Office of the Legal Adviser  
Department of State  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Claudia Morón de Porras  
Viceministra de Redes de Salud Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Delegates – Delegados

Lic. Luis Sastre Soto  
Director General de la Oficina de Integración  
y Asuntos Internacionales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Lic. Hilda González Cao  
Directora de Relaciones Multilaterales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Lic. Julio Colmenares Corona  
Coordinador de Organismos Multilaterales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Alternates – Alternos

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. Zhaybel Cárdenas  
Consejera, Representante Alterna de la  
República Bolivariana de Venezuela ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

Sr. Pedro Valenzuela  
Representante Alterno del Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

## PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

### FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Michel Pinard  
Ambassadeur, Observateur permanent  
de la France près l'Organisation des  
États Américains  
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Madame Morgane Buffet  
Observateur Permanent Adjointe de  
la France près de l'Organisation des  
États Américains  
Washington, D.C.

### NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Drs. Regine M.A.Th. Aalders  
Counselor for Health, Welfare and Sports  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
The Netherlands

### UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson  
Head of International Branch  
Public Health Directorate  
Department of Health  
United Kingdom

Delegates - Delegados

Hon. Jeanne J. Atherden  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Seniors and Environment  
Bermuda

Mr. Wesley Clerveaux  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Agriculture and  
Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

### UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Hon. Mrs. Delmaude Ryan  
Minister of Education, Health and  
Social Services – and Deputy Premier  
Ministry of Education, Health and  
Social Services  
Brades, Montserrat

Alternates – Alternos

Ms. Jackurlyn Sutton  
Chief Nursing Officer  
Ministry of Health, Agriculture and  
Human Services  
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Dr. Cheryl Peek-Ball  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Seniors and Environment  
Bermuda

Dr. Jennifer Attride-Stirling  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Seniors and Environment  
Bermuda

Mr. David Kendell  
Director of Health  
Ministry of Health  
Bermuda

Mrs. Dorothea Hazel  
Epidemiologist/Health Planner  
Ministry of Education, Health and  
Social Services  
Brades, Montserrat

### ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alex Schwengle  
Minister of Health and Sports  
Ministry of Health and Sports  
Oranjestad

## ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

### ARUBA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Mr. Rendolf A. Lee  
Minister Plenipotentiary for Aruba  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington, D.C.

Ms. Angela Guiro  
Special Assistant to the Minister  
Plenipotentiary for Aruba  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington, D.C.

### CURAÇAO

### PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran  
Subsecretario Auxiliar de Salud Familiar y  
Servicios Integrados  
Departamento de Salud  
San Juan

### SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Virginia S. Asin Oostburg  
Head of the Collective Prevention Services  
Ministry of Social Development, Health and  
Labour  
Philipsburg

Delegates – Delegados

Drs. Fenna M.R. Arnell  
Head of Public Health Department  
Ministry of Social Development, Health and  
Labour  
Philipsburg

Dr. Margje Troost  
Policy Worker  
Public Health Department  
Ministry of Social Development, Health, and  
Labour  
Philipsburg

## OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

### PORTUGAL

### SPAIN/ESPAÑA

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

Sra. María Cruz Ciria  
Jefa, Área de Salud del Departamento de  
Cooperación Sectorial  
Agencia Española de Cooperación  
Internacional para el Desarrollo  
Washington, D.C.

### SPAIN/ESPAÑA (*cont.*)

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

Sra. Patricia Martín-Albo Jiménez  
Becaria  
Misión Observadora Permanente de España  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

Dr. Antonio C. Barrios Fernández  
Ministro de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción, Paraguay

Dra. María Esther Anchía  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José, Costa Rica

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

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

Sra. Inés Bustillo  
Sr. Rex García

**International Atomic Energy Agency/  
Organismo Internacional de Energía  
Atómica**

Ms. May Abdel Wahab  
Mr. Luca Li Bassi

**UNAIDS, Joint United Nations Programme  
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto  
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene  
Dr. Miriam Chipimo  
Dr. César Antonio Núñez  
Dr. Benjamin Alli

**United Nations Children's Fund/Fondo de las  
Naciones Unidas para la Infancia**

Sra. Luisa Brumana

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

**Caribbean Community/  
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque  
Dr. Douglas Slater  
Ms. Glenda Itiaba  
Dr. Rudolph Cummings  
Mr. Dereck Springer

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos  
Dr. Ricardo Cañizares

**Inter-American Commission of Women/  
Comisión Interamericana de Mujeres**

Sra. Alejandra Mora Mora  
Sra. Carmen Moreno Toscano

**Inter-American Development Bank/  
Banco Interamericano de Desarrollo**

Sr. Héctor Salazar

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

Mr. Luis Almagro Lemes

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

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

Mrs. Lily Waterston

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes  
Ing. Pilar Tello Espinoza

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

Dr. Alfredo Antia  
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Alberto Paganelli  
Dr. Luis Villalba  
Dr. Rodney López  
Sra. Nacia Pupo  
Mrs. Kira Alvarez

**U.S. Pharmacopeia**

Mr. Damian Cairatti

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

**Alzheimer's Disease International/  
Enfermedad de Alzheimer Internacional**

Mr. Marc Wortmann  
Ms. Kate Gordon  
Mr. Johan Vos

**Consumers International**

Mr. Alejandro Calvillo

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

Mr. Laurent Huber  
Mrs. Kelsey Romeo-Stuppy

**International Alliance of Patients'  
Organizations/Alianza Internacional  
de Organizaciones de Pacientes**

Ms. Maria Julia Muñoz Serrano  
Mrs. Eva Maria Ruiz de Castilla

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

Mr. Maria José Cisneros  
Mr. Arthur Mello  
Ms. Aline Khatchikian  
Ms. Chérine Zaim  
Mr. Jorge Acosta

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN  
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE  
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES  
CON LA OMS (cont.)**

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

**International Diabetes Federation/  
Federación Internacional de Diabetes**

Mrs. Sharon Fraser

Ms. Shira Kilcoyne  
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia  
Ms. Kathleen Laya  
Ms. Julie Hamra  
Mr. Robert Simpson  
Mr. Vincent Bonelli  
Mr. José Noguera

**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

Excelentísimo Sr. Juan Orlando Fernández  
Presidente de la República de Honduras

Dr. María Isabel Rodríguez  
El Salvador  
PAHO Public Health Hero of the Americas/  
Héroe de la Salud Pública en las Américas

Sra. Ana García de Hernández  
Primera Dama de Honduras

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

Dr. Margaret Chan  
Director-General  
  
Dr. Mary-Anne Land  
Executive Officer  
Office of the Director-General

Mrs. Cecilia Rose  
Director  
Department for Governing Bodies and  
External Relations

Dr. Hans Troedsson  
Assistant Director-General

Dr. Florence Janine Fuchs  
Coordinator  
IHR Capacity Assessment, Development  
and Maintenance

Dr. Winnie K. Mpanju-Shumbusho  
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt  
Director, Partnerships and Non-State Actors  
Policy and Strategic Directions

Dr. Agnès Souca  
Director  
Health Systems Governance  
and Financing

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

**Director and Secretary ex officio of the  
Council/Directora y Secretaria ex officio del  
Consejo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Francisco C. Becerra Posada  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -