



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

55.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

CD55/FR

30 de septiembre del 2016

Original: inglés

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Elección de la Mesa Directiva	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día.....	7
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	7
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Costa Rica y Ecuador.....	11
Asuntos relativos a la política de los programas	
Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	11
Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS.....	14
Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS.....	15
Marco para la colaboración con agentes no estatales	16
Los sistemas de salud resilientes.....	18
El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo	21
La salud de los migrantes.....	24
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	27
Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020.....	30
Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021	33
Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022	35
Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales.....	38
Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021	41
Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud	43

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	44
Informe Financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes al 2015.....	45
Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021	47
Premios	
Premio OPS en Administración (2016)	48
Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos	48
Asuntos de información general	
Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros	49
Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019.....	50
Actualización sobre la reforma de la OMS.....	55
• Labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias: Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS	55
Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas.....	58
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud: Informe final	59
Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas	61
• Informe sobre la elaboración de la hoja de ruta sobre: La función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores	61
Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final	63
Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final	64
Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final	66
Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final	67
Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final	69

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	71
A. Estrategia y el plan de acción sobre <i>eSalud</i> : Examen de mitad de período.....	71
B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes	71
C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período	71
D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período.....	71
E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: Examen de mitad de período.....	71
F. Situación de los centros panamericanos.....	71
Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS.....	75
A. 69. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	75
B. 46.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.....	75
C. Organizaciones subregionales	75
Otros asuntos	76
Clausura de la sesión	77

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

CD55.R1	Recaudación de las contribuciones señaladas.....	77
CD55.R2	Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS	78
CD55.R3	Marco para la colaboración con agentes no estatales	80
CD55.R4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Costa Rica y Ecuador	84
CD55.R5	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021	84
CD55.R6	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales.....	88
CD55.R7	Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020	90
CD55.R8	Los sistemas de salud resilientes	92

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones y decisiones (cont.)**Resoluciones** (cont.)

CD55.R9	Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022	97
CD55.R10	Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021	100
CD55.R11	Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud.....	102
CD55.R12	El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo	103
CD55.R13	La salud de los migrantes.....	107

Decisiones

CD55(D1):	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	110
CD55(D2):	Establecimiento de la Mesa Directiva.....	110
CD55(D3):	Establecimiento de la Comisión General.....	110
CD55(D4):	Adopción del orden del día	110
CD55(D5):	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	111

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 68.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 26 al 30 de septiembre del 2016.

2. La doctora Violeta Menjívar (Ministra de Salud, El Salvador, Presidenta saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la doctora Menjívar, la doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana), la Excm. Sra. Sylvia Mathews Burwell (Secretaria de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América), el Excmo. Sr. Ferdinando Regalía (Jefe, División de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo), el Excmo. Sr. Ideli Salvatti (Secretario para Acceso a Derechos y Equidad, Organización de los Estados Americanos) y la doctora Margaret Chan (Directora General, Organización Mundial de la Salud). Los respectivos discursos pueden encontrarse en el sitio web del 55.º Consejo Directivo.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Argentina, Belice y Canadá para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD55[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 CD55[D2]):

<i>Presidencia:</i>	Honduras	(Dra. Edna Yolani Batres)
<i>Vicepresidencia:</i>	Paraguay	(Dr. Antonio C. Barrios Fernández)
<i>Vicepresidencia:</i>	Granada	(Excmo. Sr. Nickolas Steele)
<i>Relatoría:</i>	Jamaica	(Excmo. Sr. Christopher Tufton)

¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=es

5. La Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP), la 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 que no sería necesario establecer un grupo de trabajo, dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, en los párrafos 164 a 169 más adelante).

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Cuba, Estados Unidos de América y Guyana para integrar la Comisión General (decisión CD55[D3]).

Adopción del orden del día (documento CD55/1, Rev. 2)

8. El Consejo Directivo adoptó el orden del día propuesto por la Directora (documento CD55/1, Rev. 2) sin cambio alguno, junto con el programa de reuniones (documento CD55/WP/1) (decisión CD55[D4]).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD55/2)

9. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Ecuador, Presidenta 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 2015 y septiembre del 2016, haciendo hincapié en los temas que habían sido examinados por el Comité pero no habían sido transmitidos para su consideración al 55.º Consejo Directivo y observando que informaría sobre los otros temas cuando fueran tratados por el Consejo. Entre los temas que no se habían presentado al Consejo se encontraban los informes anuales de la Oficina de Ética de la OPS, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, y del Comité de Auditoría de la OPS; propuestas de programación del excedente de los ingresos y el excedente del presupuesto que quedaban remanentes del Programa y Presupuesto 2014-2015; informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el financiamiento del seguro de enfermedad tras la separación del servicio de los funcionarios de la OPS; modificaciones del Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, un informe sobre las estadísticas de dotación de personal y una intervención por un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS; un informe sobre el estado de la implementación del Sistema de Información Gerencial de la OSP; y solicitudes de nueve organizaciones no gubernamentales de entablar o renovar relaciones oficiales con la OPS. Se pueden encontrar más detalles en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD55/2).

10. La Directora agradeció a los Miembros del Comité Ejecutivo su detenido examen de los diversos puntos del orden del día, al igual que las recomendaciones que habían formulado al Consejo Directivo.

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

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD55/3)

12. La Directora presentó su informe anual,² cuyo tema fue “Abogar por la salud para lograr el desarrollo sostenible y la equidad: catalizar la acción de salud pública”. En el informe se pusieron de relieve los logros más destacados y los retos más significativos durante el período desde junio del 2015 hasta junio del 2016. También se proporcionaba una descripción de la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros, centrándose en particular en el apoyo prestado durante las diversas emergencias de salud que habían ocurrido durante el período, empezando por la más compleja: la epidemia causada por el virus del Zika. Esta perspectiva era oportuna y pertinente, dado el debate internacional en curso en ese momento sobre la función de la OMS durante las emergencias de salud.

13. La respuesta de la Oficina al brote de la infección por el virus del Zika había estado guiada por las enseñanzas y las mejores prácticas que habían surgido durante los cuatro decenios anteriores. Ante un virus poco conocido y de rápida transmisión, el principio orientador de la Oficina había sido actuar con cautela, aunque también con urgencia, sobre la base de la mejor evidencia disponible y recurriendo a las prácticas de salud pública más sólidas, al mismo tiempo que se transmitían abierta y transparentemente las incertidumbres.

14. Además de la respuesta al virus del Zika, la Oficina había brindado apoyo a los Estados Miembros para responder a numerosos desastres naturales y otras emergencias, y había ayudado a varios países a hacer frente a grandes flujos imprevistos de migrantes. La respuesta a esos eventos había confirmado una vez más la necesidad de contar con sistemas de salud fuertes y resilientes. La Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros para que fortalecieran sus sistemas de salud y aplicaran la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada en el 2014.³

15. En este período se habían registrado varios logros sin precedentes en el ámbito de la salud, incluida la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en varios países y la eliminación de transmisión endémica del sarampión en toda la Región (véanse los párrafos 260 a 269 más adelante). Además, todos los Estados Miembros de la Región habían cumplido con la recomendación de pasar de la vacuna contra la poliomielitis trivalente a la bivalente y de introducir al menos una dosis

² El texto del discurso de la Directora puede encontrarse en el sitio web del 55.º Consejo Directivo.

³ Resolución CD53.R14 (2014).

de la vacuna contra la poliomielitis con poliovirus inactivados en sus esquemas de vacunación.

16. Algunos adelantos institucionales durante el período incluían la finalización de la evaluación conjunta de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (véanse los párrafos 28 a 40 más adelante), que marcaba la primera vez que se realizaba una evaluación así en alguna región de la OMS. Otro acontecimiento importante había sido la nueva asociación forjada entre el Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS (conocido como el “Fondo Estratégico”) y el mecanismo de adquisiciones conjuntas del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

17. De cara al futuro, la epidemia que estaba en curso causada por el virus del Zika seguiría siendo un punto central de atención al menos hasta que se dispusiera de una vacuna inocua, asequible y eficaz. Este brote había traído claramente a la atención la necesidad de la Oficina de intensificar sus esfuerzos de cooperación técnica para aumentar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva en los Estados Miembros de la OPS. Otros retos para el futuro incluían la manera de colaborar eficazmente con otros sectores para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, abordar las implicaciones del cambio demográfico y el rápido envejecimiento de la población, contrarrestar la influencia negativa de la industria del tabaco y del alcohol, al igual que de otras industrias, y garantizar el acceso asequible para todos a la atención de salud.

18. La Oficina seguiría proporcionando liderazgo visionario en la salud pública, ampliando aquellas asociaciones que agregaban valor y el alcance de su cooperación técnica, y aumentando su colaboración y diálogo con los Estados Miembros para asegurar que su labor siguiera estando en estrecha consonancia con sus necesidades.

19. El Consejo Directivo felicitó a la Directora por su informe integral y manifestó su gratitud a la Oficina por el apoyo prestado a los Estados Miembros durante el año. Varios delegados agradecieron la Oficina su respuesta firme y oportuna al brote causado por el virus del Zika y otras emergencias de salud. Los delegados también expresaron agradecimiento por la ayuda técnica recibida de la Oficina para el fortalecimiento de sus sistemas de salud y sus programas de vacunación, la facilitación de la compra de vacunas, el aumento de la capacidad de sus recursos humanos, la elaboración o actualización de la legislación relacionada con la salud y el trabajo hacia el logro de la cobertura universal de salud.

20. Varios delegados mencionaron la reciente creación en la OPS de un nuevo Departamento de Emergencias de Salud (véanse los párrafos 211 a 220 más adelante) y recibieron con beneplácito su consonancia con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. También se recibió con agrado la evaluación conjunta de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y varios delegados comentaron que había ayudado a poner de relieve las brechas, los retos y las enseñanzas, y había contribuido a una mayor transparencia y rendición de cuentas. Los delegados además mencionaron el

progreso logrado en torno a la reforma de la OMS, en particular la adopción del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (véanse los párrafos 50 a 58 más adelante). Se manifestó gratitud a la Directora General por su liderazgo de la Organización Mundial de la Salud.

21. Se señaló que, si bien el informe claramente demostraba que la Región estaba logrando importantes avances con respecto a las disparidades de salud y los determinantes sociales y ambientales de la salud, también mostraba áreas en las que se debía intensificar la labor. Una de esas áreas era mejorar la capacidad del sector de la salud de colaborar con otros sectores, que se veía como fundamental para abordar los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, lograr las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se solicitó a la Directora que hiciera que el fortalecimiento de los mecanismos intersectoriales de coordinación se convirtiera en un eje central del trabajo de la Organización en el año siguiente. Varios delegados subrayaron la necesidad de que los países de la Región colaborasen para enfrentar los retos comunes y avanzar en torno a los objetivos de salud comunes; la cooperación Sur-Sur se consideró especialmente importante.

22. Varios delegados destacaron la función central de la salud en el desarrollo sostenible. En ese sentido, se consideró especialmente importante mejorar la salud y fortalecer los derechos de las mujeres y los niños. También se subrayó la importancia de establecer sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. El Delegado de Colombia, señalando que su país había puesto fin recientemente al prolongado conflicto armado interno, señaló que la salud también podría desempeñar un papel importante en la consolidación de la paz. Recordó la iniciativa de la OPS “La salud como puente para la paz”, que había ayudado a sentar las bases para la paz en Centroamérica en los años ochenta, y afirmó que las enseñanzas extraídas de esa experiencia habían sido de gran valor para su Gobierno al preparar al sector de la salud para el período posterior al conflicto.

23. Con respecto a los asuntos institucionales, se consideró que el personal de la Oficina era su mayor riqueza y se instó a la Directora a que implantase un plan de sucesión del personal para asegurar la sostenibilidad de la labor de la Organización.

24. La Directora observó que los logros destacados en el informe habían sido alcanzados en gran parte por los Estados Miembros y eran el resultado del compromiso firme que ellos tenían con el desarrollo de la salud en la Región. Había tomado nota de las observaciones sobre la necesidad de enfoques multisectoriales, sistemas de salud resilientes y colaboración entre países, incluso mediante la cooperación Sur-Sur y triangular, y garantizó al Consejo que la Oficina seguiría haciendo hincapié en esas áreas. Con respecto a los enfoques multisectoriales, consideró que el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, aprobado en el 2014,⁴ serviría de una buena hoja de ruta. La labor de la recientemente creada Comisión de Alto Nivel sobre la Equidad y las

⁴ Véase el documento CD53/10, Rev. 1 y la resolución CD53.R2 (2014).

Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas también sería útil. Señaló que en el próximo año los Estados Miembros emprenderían la elaboración de una nueva Agenda de Salud para las Américas, dado que el período abarcado por la agenda actual concluiría en el 2017, y manifestó que sería importante procurar que la nueva agenda se arraigara firmemente en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

25. La Directora General dijo que estaba claro que los Estados Miembros de la Región de las Américas atribuían gran importancia a la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud. Alentó a la Región a que siguiera trabajando para lograr la cobertura universal de salud y para garantizar que nadie quedara rezagado.

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 Bahamas, Costa Rica y Ecuador (documento CD55/4)

27. El Consejo eligió a Brasil, Colombia y Panamá para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, y agradeció a Bahamas, Costa Rica y Ecuador por sus servicios (resolución CD55.R4).

Asuntos relativos a la política de los programas

Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD55/5)

28. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y el primer informe interino sobre el Plan Estratégico 2014-2019, en la cual los Estados Miembros habían desempeñado un importante papel gracias a la autoevaluación realizada por las autoridades nacionales de salud del progreso en cuanto a los diversos indicadores. El Comité había considerado que la evaluación conjunta había contribuido a una mayor transparencia y rendición de cuentas y a una gestión basada en resultados más fuerte, y que en el informe se proporcionaba una imagen clara tanto del progreso logrado como las de áreas en las que se necesitaba un mayor esfuerzo.

29. El Comité también había destacado algunos aspectos del método de evaluación que aún debían perfeccionarse, en particular cómo abordar los desacuerdos entre la Oficina y los Estados Miembros con respecto a los resultados de la evaluación. Se había señalado que, si bien la Oficina había tenido la oportunidad de validar los resultados notificados por los Estados Miembros, estos últimos no habían participado de la validación de los resultados notificados por la Oficina bajo la categoría 6 del Plan Estratégico (servicios corporativos y funciones habilitadoras).

30. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el informe definitivo y señaló que en él se habían incorporado algunas de las recomendaciones formuladas por los Estados Miembros en la tercera reunión del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, así como las recomendaciones del Comité Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. El informe marcaba la culminación de un proceso que había empezado hacía más de un año. La evaluación había mostrado que la Organización estaba bien encaminada para lograr 90% de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico para el 2019, habiendo alcanzado de manera total o parcial los 114 indicadores de resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2014-2015. También había mostrado mejores resultados financieros con respecto a los programas básicos en el Programa y Presupuesto 2014-2015, que había sido financiado en un 97,6%, un aumento con respecto al 90% de financiamiento en el bienio 2012-2013.

31. En el informe también se destacaban algunos retos que perduraban en áreas clave priorizadas por los Estados Miembros, como las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, la salud materna, el financiamiento para la salud, el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de respuesta a emergencias y crisis, y los sistemas de salud más resilientes. La Organización estaba aplicando las enseñanzas extraídas de la evaluación de la ejecución del actual Programa y Presupuesto. Los resultados también ayudarían a enfocar mejor la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros en los años que restaban del Plan Estratégico.

32. Finalmente se señaló que, por solicitud del Comité Ejecutivo, la Oficina había preparado informes individuales sobre cada país con respecto a la evaluación de fin de bienio, que habían sido enviados a la mayor parte de los países por medio de los representantes de la OPS/OMS.

33. El Consejo Directivo apoyó firmemente el proceso de evaluación conjunto y recibió con agrado los resultados positivos, a la vez que subrayó la necesidad de intensificar los esfuerzos para determinar y superar los obstáculos que habían limitado el avance en algunas áreas. Se consideró que la flexibilidad que brindaba la adopción de un presupuesto integrado facilitaría canalizar los recursos a las áreas donde la falta de progreso se había debido a brechas de financiamiento. Los delegados consideraron que la evaluación había contribuido definitivamente a una mayor transparencia, rendición de cuentas y gestión basada en resultados. También había producido varias enseñanzas valiosas en cuanto al tiempo necesario para llevar a cabo las evaluaciones a nivel de país, la necesidad de capacitar a aquellos involucrados, la importante función de las representaciones de la OPS/OMS en el proceso y la necesidad de promover el diálogo intersectorial, dado que en estas evaluaciones se requería información de otros sectores.

34. Varios delegados formularon observaciones sobre la utilidad de la evaluación para las autoridades nacionales de salud y un delegado informó que los resultados habían guiado la formulación de la política nacional de salud de su país para el período 2016-2025 lo que, en consecuencia, aumentaba la complementariedad entre el nivel nacional y regional. Otra delegada señaló que el informe podría servir de herramienta

para movilizar el apoyo con respecto a las prioridades programáticas y la asignación estratégica de recursos. Diversos delegados señalaron que el informe permitiría a los Estados Miembros determinar tanto las mejores prácticas como las áreas donde se debían redoblar los esfuerzos. Se sugirió que se compilase una base de datos de las experiencias exitosas en los países.

35. Se señaló que la Región había progresado considerablemente con respecto al abordaje de las disparidades de salud y los determinantes sociales y ambientales de la salud, y que eso había permitido lograr algunos hitos históricos en el ámbito de la salud pública en el bienio; al mismo tiempo, se enfrentaban varios retos persistentes que requerirían redoblar los esfuerzos, como la lenta disminución de la mortalidad materna y el problema constante de la violencia contra la mujer. Se señaló a este respecto que mejorar la salud de la mujer y del niño podría ayudar a impulsar el desarrollo y reducir la pobreza. También se destacó la necesidad de seguir fortaleciendo las capacidades básicas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional para que sean sostenibles.

36. Se consideró necesario perfeccionar aún más el método de evaluación, en particular en relación con los desacuerdos entre la Oficina y las autoridades nacionales con respecto a los resultados de la evaluación y la participación de los Estados Miembros en la evaluación de las actividades de la Oficina bajo la categoría 6 del Plan Estratégico. Además se consideró necesario que hubiese mayor colaboración y diálogo entre la Oficina y los Estados Miembros, no solo durante la fase de evaluación sino también durante la planificación y la ejecución del programa de trabajo. Se observó que la falta de información fidedigna con la cual monitorear y medir el progreso, unida a las metas ambiciosas establecidas en el caso de algunos indicadores, habían sido algunos de los factores que no habían permitido lograr ciertos resultados inmediatos e intermedios. Se esperaba que el trabajo del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico con respecto al perfeccionamiento de los indicadores y la validación de las metas (véanse los párrafos 44 a 49 más adelante) sirviera para aliviar esos problemas.

37. El señor Walter reconoció las dificultades que habían surgido para alcanzar el consenso con respecto a algunos de los resultados informados, pero observó que se había llegado a un acuerdo en más de 90%. Los desacuerdos se habían debido en gran parte a las interpretaciones dispares de los criterios usados con respecto a la evidencia y la disponibilidad y la calidad de esa evidencia. Estuvo de acuerdo en que el mayor perfeccionamiento del compendio de los indicadores facilitaría alcanzar el consenso en las evaluaciones futuras. Con respecto al logro de los resultados, señaló que las metas en el caso de algunos resultados habían sido muy ambiciosas, a veces el doble de la línea de base, lo que había tenido el efecto de reducir los resultados en algunos casos. No obstante, la Región estaba bien encaminada para alcanzar 90% de los indicadores a seis años de los resultados intermedios. En relación con la participación de los Estados Miembros en la evaluación de la categoría 6, observó que algunas áreas habían sido excluidas de la evaluación conjunta puesto que se relacionaban principalmente con las operaciones internas de la Oficina. Sin embargo, la participación de los Estados Miembros en la evaluación de algunas áreas, como el resultado inmediato relacionado

con el liderazgo de la OPS en la Región, sería beneficiosa y la Oficina lo tendría en cuenta al planificar la próxima evaluación de fin de bienio.

38. La Directora observó que la evaluación conjunta había demostrado el compromiso de la Oficina con la transparencia y la rendición de cuentas, al igual que su voluntad de garantizar la participación plena de los Estados Miembros en la planificación y la evaluación de la labor de la Organización. Una de las enseñanzas obtenidas de la evaluación había sido que los países a veces mostraban una tendencia a menospreciar sus logros, en algunos casos porque temían recibir menos apoyo si informaban que la meta de un indicador se había logrado plenamente, y aseguró a los delegados que ese no sería el caso.

39. La Oficina compartía la inquietud de los Estados Miembros acerca de la disminución que había distado mucho de ser óptima con respecto a la tasa de mortalidad materna y había puesto en marcha una iniciativa especial, desplegando más personal y poniendo más recursos al alcance de algunos países, e intensificando la labor del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/WR). La Oficina también había desplegado personal al nivel subregional para trabajar en las enfermedades no transmisibles, otro problema fundamental para los países de la Región, y estaba emprendiendo una iniciativa encaminada a mejorar los sistemas de información de salud, una necesidad mencionada con frecuencia en las reuniones de los Cuerpos Directivos, lo que había aumentado el número y la frecuencia de evaluación de sus programas de cooperación técnica con el objeto de mejorar su desempeño. Sin embargo, observó que los esfuerzos de la Oficina debían ser complementados por la inversión a nivel nacional si se quería tener éxito en áreas como la reducción de la mortalidad materna y la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

40. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS (documento CD55/6)

41. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) manifestó que se había informado al Comité Ejecutivo que una evaluación provisional de la aplicación de la política del presupuesto adoptada en el 2012 había indicado que la política había conseguido que todos los países recibieran financiamiento básico suficiente y pudieran mantener una presencia mínima de la OPS, y que habían estado protegidas las asignaciones de los países clave. El Comité también había sido informado de que la política había logrado los resultados previstos sin ninguna consecuencia adversa imprevista que mereciera algún ajuste antes de la evaluación exhaustiva que se realizaría a fines del bienio 2016-2017. Por consiguiente, la Oficina no veía razón alguna para hacer cambios en la política antes del final del bienio. El Comité había refrendado la recomendación de la Oficina de que no debían hacerse cambios a la política antes de la evaluación de fin de bienio.

42. En el debate que siguió, se acogió con agrado la flexibilidad de la Oficina al responder a las necesidades a nivel de país traspasando recursos del nivel regional al nivel de país, y se manifestó apoyo a la recomendación de mantener esta política hasta la evaluación de fin de bienio.

43. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS (documento CD55/7)

44. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre el método de asignación de prioridades de Hanlon adaptado por la OPS que había sido elaborado conjuntamente por la Oficina y el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, un grupo integrado por 12 Estados Miembros. El Comité había recibido con beneplácito las mejoras del método de Hanlon, en particular el agregado de un factor de inequidad que tenía en cuenta las desigualdades evitables en la aparición de las enfermedades y en el acceso a los programas de salud, y de un factor de posicionamiento, que establecía en qué medida OPS estaba en una posición única de agregar valor en un área programática en particular. El Comité había considerado que el método haría que la asignación de recursos fuera más eficaz y equitativa, y estuviera más orientada hacia las necesidades y las prioridades.

45. En el proyecto de resolución propuesto para la consideración del Comité se había instado a promover el método como una práctica óptima. Sin embargo, si bien se había reconocido la posible utilidad del método a nivel nacional, algunos delegados habían opinado que se lo debía probar aún más antes de que pudiera ser considerado como una mejor práctica que debía ser adoptada y usada por los Estados Miembros. Por consiguiente se había sugerido que las palabras “mejor práctica” en la resolución debían ser reemplazadas por “herramienta útil” y que los Estados Miembros debían ser invitados a considerar, en lugar de promover, su uso a nivel nacional.

46. En el debate del Consejo de este tema, los delegados apoyaron la metodología y el proyecto de resolución, y elogiaron la labor del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, extendiendo las gracias a México, Ecuador y Canadá por su liderazgo. Se consideró que la metodología era una herramienta útil para determinar las prioridades de una manera objetiva y para mejorar la transparencia, la eficiencia, la planificación estratégica y la movilización y asignación de recursos. Los delegados estuvieron de acuerdo en que la asignación de prioridades era esencial, especialmente dado que los recursos eran limitados. Se subrayó la importancia de incorporar elementos cualitativos así como cuantitativos en el análisis de las prioridades de salud pública. Varios delegados que hicieron uso de la palabra mencionaron que sus gobiernos ya habían empezado a usar la metodología a nivel nacional en la elaboración de planes para el bienio 2018-2019. Se destacó la necesidad de impartir más capacitación a los miembros del personal de nivel nacional sobre el uso de la metodología.

47. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) informó que, tras varias solicitudes por parte de algunos Estados Miembros en la sesión del Comité Ejecutivo de junio del 2016, la Oficina había celebrado consultas con las autoridades nacionales de salud en nueve países sobre la estratificación de prioridades programáticas usando la metodología perfeccionada de Hanlon adaptada por la OPS. La retroalimentación recibida en esas consultas había sido positiva. De ser aprobada por el Consejo Directivo, la metodología posteriormente se usaría en todos los países y territorios de la Región como parte del proceso de abajo arriba que se aplicaría al elaborar el proyecto de programa y presupuesto para el bienio 2018-2019. También señaló que el personal de la Secretaría de la OMS había participado en algunas de las consultas y que la OMS había incorporado entonces la metodología en sus directrices con respecto a la estrategia de cooperación en los países.

48. La Directora agradeció a los Estados Miembros que habían participado en el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, en especial al experto técnico de Canadá por sus valiosas contribuciones. Estaba segura de que, dado que la Oficina y los Estados Miembros habían adquirido más experiencia con respecto al uso de esta metodología, pasaría a ser considerada como una mejor práctica.

49. El Consejo aprobó la resolución CD55.R2, mediante la cual adoptó la metodología e instó a los Estados Miembros a que considerasen su adopción, adaptación y utilización a nivel nacional.

Marco para la colaboración con agentes no estatales (documento CD55/8, Rev. 1)

50. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité que, a fin de cumplir el compromiso de la Región de aplicar el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés), la Oficina tenía la intención de preparar un documento de trabajo en el que se plantearan los cambios terminológicos y de otro tipo que se necesitarían para que el Marco fuera apropiado para su adopción en la OPS, aunque sin modificar la esencia del documento que había sido aprobado por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. El Comité había reconocido que, debido a la condición jurídica de la OPS como una organización independiente, el Marco debía ser adoptado por su Consejo Directivo. Para facilitar ese proceso, se había sugerido que se organizaran consultas antes de la apertura del Consejo a fin de permitir a los Estados Miembros examinar y tratar el documento de trabajo y el proyecto de resolución que prepararía la Oficina.

51. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) dijo que la Oficina había convocado una consulta con los Estados Miembros, de acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo, a fin de analizar el documento de trabajo y el proyecto de resolución. La mayoría de los Estados Miembros habían participado, ya sea en persona o mediante una plataforma de teleconferencias por la web. En el proyecto de resolución que figuraba en el documento CD55/8, Rev. 1 se subrayaba el compromiso de la OPS de aplicar el Marco de una manera que respetase el marco constitucional y jurídico de la OPS; se

ordenaba que se lo aplicase en coordinación con la Secretaría de la OMS para garantizar la coherencia y uniformidad en todos los niveles de la OPS y la OMS; se establecía un mecanismo para la presentación de información por medio del Comité Ejecutivo de la OPS y se estipulaba el intercambio de toda información importante con la OMS. Además se proponía que FENSA reemplazase las normas de la OPS del año 2005 sobre la colaboración con las empresas privadas y los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*.

52. El Consejo Directivo recibió con beneplácito la adopción de FENSA y apoyó su aplicación en la OPS según lo estipulado en el proyecto de resolución. Numerosos delegados que hicieron uso de la palabra fueron de la opinión de que la adopción del Marco mejoraría la colaboración con los agentes no estatales dado que las normas claras velarían por la transparencia, la rendición de cuentas y la buena gobernanza; evitarían los conflictos de intereses; y protegerían la integridad, la credibilidad y la reputación de la Organización y sus Estados Miembros. Se destacó que toda labor emprendida con agentes no estatales debía ayudar a impulsar los objetivos de salud pública, incluidos aquellos establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se solicitó a la Oficina que aclarara cómo la OPS participaría en el registro de los agentes no estatales.

53. Los delegados consideraron que el proyecto de resolución daría a la Oficina la flexibilidad requerida para aplicar el Marco de una manera compatible con la Constitución y la condición jurídica de la OPS como una organización independiente. Se subrayó la necesidad del diálogo constante entre la Oficina y la Secretaría de la OMS para garantizar la aplicación uniforme del Marco, y se manifestó apoyo al enfoque de “una sola OMS” en la aplicación. Se recibió con beneplácito el mecanismo de notificación contemplado en la resolución, aunque se propuso que los informes que se prepararían para el Comité Ejecutivo debían incluir un análisis de riesgos. También se manifestó apoyo a examinar el Marco en el futuro para determinar cualquier ajuste que pudiera ser necesario.

54. Los delegados agradecieron a Argentina su liderazgo de las negociaciones intergubernamentales sobre FENSA, al igual que a la Oficina la orientación y el apoyo que había proporcionado a los Estados Miembros durante el proceso de negociación.

55. Los representantes de varias organizaciones no gubernamentales expresaron apoyo a la adopción de FENSA, a la vez que también manifestaron la esperanza de que no restringiese de manera indebida la colaboración de la OPS y de la OMS con los agentes no estatales.

56. La señora Jiménez también agradeció a Argentina y a todos los Estados Miembros de la Región de las Américas por su participación activa en el prolongado proceso de negociación de FENSA. Con respecto a la participación de la OPS en el registro de los agentes no estatales, observó que el registro se encontraba todavía en una etapa piloto y que muchos detalles quedaban por resolverse, y garantizó al Comité que la Oficina estaba trabajando estrechamente con la Secretaría de la OMS para implantarlo. En cuanto a la inclusión de un análisis de riesgos en los informes que se presentarían al Comité

Ejecutivo, señaló que en el documento de FENSA⁵ se estipulaba que, además de la información que se pondría a disposición públicamente, los Estados Miembros tendrían acceso electrónico a una plataforma segura en la que estarían los procesos de diligencia debida y la información de la evaluación de riesgos sobre cada agente no estatal. Sugirió que, a fin de proteger a la Organización, el análisis y la notificación de riesgos debían hacerse mediante esta plataforma segura y no por intermedio de los informes a los Cuerpos Directivos, que estarían al alcance del público en el sitio web de la OPS.

57. La Directora, señalando que la OPS por mucho tiempo había adoptado un método cauteloso y discriminatorio del trabajo con las entidades no estatales, afirmó que la Oficina estaba plenamente comprometida con la aplicación de FENSA en la Región de las Américas y que trabajaría estrechamente con la Secretaría de la OMS con ese fin. Ella también agradeció a Argentina su liderazgo del proceso de negociación y a los Estados Miembros de la Región su reconocimiento de la necesidad de aplicar FENSA en conformidad con el marco jurídico y constitucional de la OPS.

58. Tras la incorporación de algunas modificaciones propuestas con miras a simplificar y aclarar algunos aspectos de la redacción del proyecto de resolución que figuraba en el documento CD55/8, Rev. 1, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R3 por medio de la cual se adoptó el Marco.

Los sistemas de salud resilientes (documento CD55/9)

59. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del documento de política sobre los sistemas de salud resilientes. Indicó que el Comité había señalado la importancia de la resiliencia, particularmente en el contexto de los recientes brotes de enfermedades y desastres naturales, y en vista de los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La mayor parte de los delegados había expresado su apoyo al documento de política, aunque una delegada había cuestionado su valor agregado, dado que ya había varias iniciativas que proporcionaban un marco normativo sólido para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Otro delegado había indicado que el documento reflejaba el énfasis en un enfoque de gestión del riesgo y había subrayado la necesidad de concentrarse en los factores que mejorarían la preparación y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y les permitirían resistir las presiones o las adversidades.

60. Se había señalado además que en el proyecto de resolución presentado al Comité para su consideración se solicitaba al Consejo Directivo que aprobara la política, y se había indicado que, por cuestión de principios, los Cuerpos Directivos no debían aprobar documentos de política. En lugar de ello, ese tipo de aval debía reservarse a aquellos documentos que habían sido objeto de debate y negociación por parte de los Estados Miembros antes de ser presentados a los Cuerpos Directivos. Se modificó el proyecto de resolución tomando en cuenta esas consideraciones.

⁵ Anexo de la resolución WHA69.10 de la Asamblea Mundial de la Salud.

61. El Consejo Directivo recibió con beneplácito los esfuerzos de la Oficina para promover el fortalecimiento y la resiliencia de los sistemas de salud. Expresó su apoyo al documento de política y el proyecto de resolución, que brindarían una orientación útil a los Estados Miembros para que fortalecieran sus sistemas de salud y lograsen tener la capacidad necesaria para mantener las operaciones del día a día y responder en momentos de crisis. Los delegados ratificaron la importancia de la resiliencia, particularmente en el contexto de los recientes brotes de enfermedades, y coincidieron con la definición de los sistemas de salud resilientes propuesta en el documento. También reconocieron que la resiliencia del sistema de salud era fundamental para el logro de la cobertura universal de salud e hicieron referencia a la necesidad de que hubiera colaboración multisectorial e inversiones a largo plazo para establecer sistemas resilientes. Además recibieron con agrado el hecho de que en el documento se mencionara la importancia de adoptar un enfoque que abarcara la totalidad de la sociedad; sin embargo, señalaron que en el documento debía hacerse más hincapié en preparar a ciertos grupos de la población para que colaborasen con las autoridades de salud en la lucha contra las amenazas para la salud pública.

62. Los delegados describieron las medidas que se habían adoptado en sus países para fortalecer los sistemas de salud y señalaron los numerosos factores que contribuirían a lograr la resiliencia del sistema de salud, en particular el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y la implantación de las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Se señaló que, aunque a menudo el RSI se asociaba a la respuesta a emergencias, en sus disposiciones se establecían los pilares necesarios para que los sistemas de salud resilientes se sentaran sobre bases sólidas. Se destacó la importancia de fortalecer las redes de servicios de salud integrados dentro de los países y de establecer redes entre los países que hagan hincapié en la salud en las zonas fronterizas. También se subrayó la necesidad de disponer de sistemas de vigilancia epidemiológica e información de salud que fueran eficaces, a fin de facilitar la toma de decisiones y la respuesta oportunas. Se señaló además que para garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud era esencial que el registro civil y los sistemas de estadísticas vitales fueran confiables.

63. Se mencionó que los retrasos al transferir muestras de laboratorio y recibir los resultados impedían garantizar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, y se subrayó la necesidad de contar con innovaciones en cuanto a la tecnología y las pruebas de diagnóstico que se realizan en el lugar de consulta. Se señaló que también constituyen obstáculos la escasez crónica de financiamiento de los sistemas de salud y la escasez de personal en el área de la salud. Se consideró esencial invertir en recursos humanos capacitados, que debían estar distribuidos de manera equitativa. A este respecto, se instó a los Estados Miembros a poner en práctica las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico, de las Naciones Unidas.⁶ Se indicó que, para coordinar la respuesta a las emergencias de salud, los sistemas nacionales de salud fuertes debían estar acompañados por un liderazgo regional

⁶ Pueden consultarse en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250040/1/9789241511285-eng.pdf> (en inglés).

y mundial fuerte, y se instó a la Oficina a seguir colaborando con la Secretaría de la OMS en la ejecución del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. También se le solicitó que usara sus mecanismos de promoción de la causa para instar a los gobiernos a asignar presupuestos específicos para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud frente a emergencias o desastres.

64. Un representante de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes expresó inquietud porque en la Región había una gran cantidad de pacientes que seguían siendo vulnerables debido a la falta de sistemas de salud resilientes e instó a los Estados Miembros a aprobar el proyecto de resolución.

65. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) explicó que el documento de política tenía por objeto proponer un concepto de resiliencia e integrar ese concepto con los enfoques que los Estados Miembros habían estado elaborando para abordar eventos con múltiples riesgos y garantizar una respuesta ante amenazas más sostenidas, como la carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros habían señalado con razón que se requerían inversiones para que un sistema de salud fuese resiliente. En la Región, el nivel de gasto público destinado a la salud variaba considerablemente, pero el promedio (4,7% del producto interno bruto) se mantenía muy por debajo del punto de referencia establecido por los Estados Miembros en la resolución sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.⁷

66. El doctor Fitzgerald coincidió en que la participación de la comunidad era fundamental en las estrategias adoptadas para reducir los riesgos y en los enfoques intersectoriales que se requerían para aumentar la resiliencia en los sistemas de salud y desarrollar sociedades resilientes. Agregó que también era esencial para el logro de la cobertura universal de salud. Con respecto a las redes integradas de servicios de salud, observó que en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, que era el eje central del documento de política, se subrayaba la necesidad de aumentar progresivamente el acceso a una atención de salud amplia, integral y de buena calidad, que partiese de la premisa de la atención primaria de salud y estuviese integrada en los servicios de salud. También anunció que la OPS organizaría un foro de alto nivel sobre la resiliencia de los sistemas de salud en ocasión del Cuarto Simposio Mundial de Investigación sobre Sistemas de Salud que se celebraría en Canadá en noviembre del 2016.

67. La Directora recordó que, si bien después del brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África en el 2014 se había hablado mucho acerca de la necesidad de contar con sistemas de salud resilientes, nadie había elaborado un concepto para definir un sistema de salud resiliente. La Oficina lo había intentado sobre la base de los debates y las resoluciones de los Cuerpos Directivos, particularmente en los temas relacionados con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, el Reglamento Sanitario Internacional, las funciones esenciales de salud pública y la salud en todas las políticas.

⁷ Véase la resolución CD53.R14 (2014).

Señaló que un sistema de salud resiliente no se establecía solo para hacer frente a las emergencias; era un sistema que permitiría garantizar acceso día tras día a servicios de buena calidad en las áreas de atención y promoción de la salud y prevención de enfermedades y que satisfagan las necesidades de la población a un costo asequible para el país y sus habitantes. Como se había indicado en el debate, los sistemas de vigilancia e información de salud sólidos eran elementos clave de un sistema de salud resiliente, al igual que las investigaciones sobre los sistemas de salud y las evaluaciones del desempeño. La Oficina seguiría trabajando para ayudar a los Estados Miembros a establecer todos los elementos necesarios para lograr la resiliencia de sus sistemas de salud.

68. Después incorporar varios cambios para reflejar las consideraciones planteadas durante el debate, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R8, en la cual se apoyó el documento de política sobre los sistemas de salud resilientes.

El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo (documento CD55/10, Rev. 1)

69. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del documento de política sobre este tema, en el cual se presentaba un panorama del problema pluridimensional del acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo, y se proponían opciones de política que permitirían ampliar de manera sostenida el acceso a estos productos. El Comité había elogiado el enfoque integrado que se había dado al documento de política. Había habido consenso en cuanto a muchos aspectos del documento, incluida la importancia de tomar decisiones basándose en la evidencia; la racionalidad en la prescripción; el uso de evaluaciones de tecnologías de salud y otras medidas al considerar el costo de los medicamentos; y el énfasis en la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos. Sin embargo, se había indicado que sería beneficioso trabajar más en el documento para aclarar sus objetivos y alcance.

70. Algunos delegados habían manifestado que les causaba gran inquietud la industria farmacéutica y sus prácticas. Se había recomendado solicitar a la Directora que se elaborara un marco de principios éticos que rigiera el mercadeo de medicamentos, junto con un código de conducta para guiar el comportamiento de los representantes de la industria farmacéutica con respecto al mercadeo. Había habido consenso en torno a la necesidad de realizar negociaciones colectivas de precios para los productos estratégicos. También se había destacado la importancia de estimular la producción local de medicamentos. Se había instado a los países a aprovechar la flexibilidad que proporcionaba el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en el ámbito de la salud pública.

71. En vista del número de observaciones sobre el documento de política y los cambios sugeridos en el proyecto de resolución, el Comité había decidido formar un grupo de trabajo para revisar el proyecto de resolución, que posteriormente se había aprobado (resolución CE158.R16). Se había acordado que se celebrarían consultas antes

del 55.º Consejo Directivo para llegar a un acuerdo acerca de las revisiones hechas al documento de política.

72. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó el documento de política revisado (documento CD55/10) y señaló que varios párrafos debían ser objeto de un nuevo debate por parte de los Estados Miembros dado que se habían propuesto textos alternativos sobre la gestión de los derechos de propiedad intelectual. El doctor Fitzgerald señaló que el acceso a los medicamentos y las tecnologías de alto costo constituía un reto muy particular que los sistemas de salud debían abordar como parte de los esfuerzos para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Un mayor acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias de alto costo podría salvar más vidas e implicaría una mejora considerable de la calidad de vida. Sin embargo, el costo de tales productos podría aumentar el riesgo de que los pacientes enfrentasen dificultades financieras y gastos catastróficos y podría transformarse en un obstáculo para la sostenibilidad de los sistemas de salud. La existencia de procesos poco adecuados para tomar decisiones sobre el uso de productos nuevos en los sistemas de salud, la debilidad de los sistemas regulatorios para brindar apoyo a la entrada de medicamentos y la falta de transparencia en los costos de investigación y desarrollo eran apenas algunos de los problemas que debían abordarse. En el documento de política y el proyecto de resolución se proponía un enfoque integral elaborado con el fin de ayudar a los Estados Miembros a hacer frente a estos desafíos.

73. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el documento y felicitó a la Oficina por el apoyo que había brindado a los Estados Miembros en las negociaciones sobre el texto. Los delegados coincidieron en que la evaluación, la selección, la adopción y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias debían basarse en las prioridades de salud y estar sujetos a una evaluación rigurosa fundamentada en los mejores datos científicos disponibles, teniendo presente consideraciones sociales, culturales, éticas y de equidad. Los delegados también observaron que los grandes adelantos en el campo de la biomedicina y el desarrollo de nuevos medicamentos estaban ejerciendo una presión cada vez mayor en los presupuestos nacionales del sector de la salud, y que esas innovaciones estaban generando grandes beneficios para los pacientes, pero a menudo venían acompañadas de precios altos, lo que representaba un factor adicional en las difíciles decisiones que los sistemas de salud tenían que tomar acerca de qué productos incluir. Además, los medicamentos y las tecnologías sanitarias de alto costo estaban poniendo en peligro la sostenibilidad de los sistemas de salud. Hubo consenso en que el acceso equitativo a estos productos era imprescindible para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y que su costo elevado era una barrera que impedía el acceso.

74. Los delegados mencionaron varias maneras de reducir los precios, como la gestión de la cadena de suministro y el uso de listas de medicamentos esenciales, la prescripción racional, el uso de medicamentos genéricos, las compras conjuntas por intermedio del Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio de la OPS, y la transferencia de tecnología para incentivar la producción local. Se señaló que la evaluación de las

tecnologías sanitarias y el análisis de los medicamentos para asegurar su eficacia representaban otras maneras de reducir los precios y permitir que los Estados Miembros determinaran si el costo de un producto estaba justificado. Se instó a los Estados Miembros a usar de manera más amplia las flexibilidades previstas en el ADPIC. Un delegado informó que su gobierno publicaría en breve los resultados de un examen sobre acceso acelerado, que incluiría una serie de recomendaciones para acelerar el acceso a los nuevos medicamentos transformadores. El delegado señaló que ese informe podría servir para fundamentar la labor que se hiciese en torno al documento de política de la OPS.

75. Los delegados señalaron además que era necesario fortalecer la capacidad institucional y la toma de decisiones basada en la evidencia en lo referente a la incorporación de los medicamentos y las tecnologías sanitarias de alto costo. En este sentido se consideró fundamental disponer de sistemas de información sólidos, imparciales y transparentes. Se solicitó a la Oficina que difundiera de manera activa las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre el Acceso a los Medicamentos y, junto con otros organismos de las Naciones Unidas, usara su influencia para promover la adopción de esas recomendaciones y las que se presentaban en el documento de política de la OPS y la resolución correspondiente.

76. La industria farmacéutica fue uno de los puntos centrales del debate que se entabló en el Consejo. Haciendo hincapié en que los medicamentos no eran iguales a otros productos y que la salud pública debía estar por encima de los intereses comerciales, muchos delegados criticaron varias prácticas de la industria, en particular la publicidad engañosa, las prácticas monopolizadoras, la falta de transparencia al establecer los precios y la extensión de la exclusividad de las patentes de manera indebida. Al mismo tiempo, varios delegados subrayaron la importancia de proteger los derechos de propiedad intelectual y de promover el diálogo y la colaboración con la industria para fomentar la innovación.

77. Los representantes de dos organizaciones no gubernamentales que representaban a la industria farmacéutica hicieron uso de la palabra y señalaron que la competencia era beneficiosa y manifestaron la disposición de colaborar con la OPS a fin de encontrar métodos integrados para superar los obstáculos que impedían el acceso. El representante de una ONG advirtió que las compras conjuntas podrían tener consecuencias negativas, pues podrían desalentar la innovación, provocar alzas de precios y crear inestabilidad. En respuesta a esa observación, una delegada observó que, aunque las compras conjuntas podrían entrañar un riesgo para las ganancias de la industria farmacéutica, no representaban un riesgo para el acceso, la innovación o el suministro. Agregó que las compras conjuntas habían permitido a su país ahorrar aproximadamente \$200 millones.⁸ Otro delegado informó que su gobierno había solicitado que la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) realizara una evaluación sobre la sostenibilidad de los gastos farmacéuticos a mediano plazo y los riesgos que se

⁸ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este informe están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

generarían para la salud al obstaculizar el acceso a la innovación. Varios países ya habían expresado su interés en participar en esa iniciativa.

78. Se señaló que aún faltaba terminar tres párrafos del documento, relacionados con la propiedad intelectual y los medicamentos genéricos. Varios delegados sugirieron más cambios, incluido uno sobre el fenómeno de la “judicialización de la salud” en el párrafo 20 del documento y otro sobre la referencia a eliminar los pagos directos en el párrafo 24. Con respecto a este último, un delegado informó que en su país los pagos directos que hacían las personas de mayores recursos se usaban para subsidiar la atención de salud prestada a las personas de menores recursos. Varios delegados solicitaron seguir con las negociaciones en un grupo de trabajo con miras a alcanzar un consenso.

79. Después de las negociaciones, el doctor Fitzgerald resumió los acuerdos alcanzados con respecto al documento de política y el proyecto de resolución, incluidos los cambios relacionados con las políticas de propiedad intelectual, las patentes y la entrada oportuna de los productos en el mercado. También se habían efectuado cambios en un párrafo que se refería a la “judicialización”; en lugar de este término se usó “demandas judiciales”. Además, se introdujeron frases de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.

80. El Delegado de Estados Unidos comentó que el proceso de negociación había sido educativo y que había permitido que los delegados conocieran la experiencia de los otros países con respecto al problema común del acceso a los medicamentos. Señaló que, por ejemplo, le había sorprendido saber que en muchos países los medicamentos genéricos representaban solo alrededor de 7% del mercado. En su país, en cambio, donde se buscaba promover el acceso y, al mismo tiempo, velar por el sistema de innovación, por lo que era uno de los defensores más fervientes de los derechos de propiedad intelectual, los medicamentos genéricos representaban 88% del mercado farmacéutico.

81. El Consejo Directivo aceptó el documento de política revisado (documento CD55/10, Rev. 1) y aprobó la resolución CD55.R12.

La salud de los migrantes (documento CD55/11, Rev. 1)

82. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado una versión anterior del documento de política sobre la salud de los migrantes, en la cual se presentaba un análisis sobre la situación de la salud de los migrantes en la Región en las Américas y, a partir de resoluciones recientes de la OPS, se ofrecía un conjunto de opciones de política que los Estados Miembros podrían considerar para atender las necesidades de salud de las poblaciones de migrantes. El Comité había recibido con beneplácito el documento de política y había expresado su apoyo a los aspectos generales de política presentados en el documento, aunque varios delegados habían solicitado más información sobre la forma en que se llevarían a la práctica las prioridades. Varios delegados habían observado el vínculo entre el derecho de los migrantes a la atención de salud y el derecho a la salud. Sin embargo, otros delegados habían señalado que no todos los países reconocían la existencia de un

derecho a la salud amparado por la ley, por lo que habían solicitado que se modificara tanto el documento como el proyecto de resolución correspondiente para reflejar ese hecho.

83. Se había observado que en el proyecto de resolución se recomendaba que el Consejo Directivo debía adoptar el documento de política, y se había propuesto que el documento debía recibirse con beneplácito pero no ser “adoptado”, ya que “adoptar” tenía implicaciones jurídicas que dificultarían la introducción de cambios más adelante. También se había propuesto que en la resolución se debía solicitar a la Directora crear un repositorio de información sobre las experiencias fructíferas en cuanto a salud de los migrantes para facilitar la cooperación y el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.

84. El Consejo Directivo también recibió con beneplácito el documento de política y reconoció que todos los Estados Miembros de la Región se estaban viendo afectados por la migración, ya fuera como país de origen, tránsito, destino o retorno. Los delegados dieron las gracias a la Oficina por poner el tema sobre el tapete y por colaborar con otros asociados internacionales, como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Organización Internacional para las Migraciones y la Organización de los Estados Americanos, e indicaron que la OPS debía desempeñar un papel clave en los esfuerzos por promover la inclusión de la salud de los migrantes en los planes y programas de salud a escala nacional y regional. Se reconoció que la salud de los migrantes era tanto un derecho humano como un problema de salud pública y hubo consenso sobre la importancia de brindar atención de salud a los migrantes, independientemente de que hubiesen migrado por motivos económicos o fueran refugiados, para proteger su salud y la salud de la población local. Los delegados reafirmaron el imperativo ético de prestar servicios de salud equitativos que fuesen apropiados desde un punto de vista cultural y no discriminasen a los migrantes, los refugiados y otros grupos poblacionales móviles en situación de vulnerabilidad, conforme a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y subrayaron la necesidad de adoptar un enfoque amplio y de prestar atención a los determinantes sociales de la salud.

85. Los delegados describieron las actividades realizadas en el marco de sus sistemas de salud para promover la salud de migrantes, entre las cuales se encontraban la intensificación de la vigilancia de las enfermedades transmisibles y la prestación de servicios de atención clínica, orientación y prevención sensibles a las necesidades de los migrantes. Algunos delegados indicaron que en sus países los migrantes pobres, independientemente de su condición inmigratoria, tenían seguro de salud y acceso a la atención básica y de urgencias. Las embarazadas, los niños y las personas con discapacidades se consideraban poblaciones prioritarias. Varios delegados comentaron que en sus países los migrantes a menudo sentían temor de acudir a los establecimientos de salud del Estado, por lo que muchas veces eran las organizaciones de la sociedad civil las que les proporcionaban atención de salud.

86. Varios delegados informaron que la migración irregular estaba representando una carga abrumadora para sus presupuestos y sistemas de salud, y una amenaza para la

sostenibilidad de sus sistemas de salud, por lo que hicieron hincapié en la necesidad de disponer de un mayor apoyo financiero. Algunos pusieron el acento en la importancia de adoptar el enfoque de la cooperación, al citar la necesidad de coordinación y cooperación a escala regional, los acuerdos multilaterales, la atención a la salud en las zonas fronterizas y la vigilancia transfronteriza. Además, algunos mencionaron la necesidad de suscribir convenios entre los países para brindar beneficios para la salud recíprocos o transferibles, y varios subrayaron la necesidad de investigar las causas fundamentales de la migración.

87. Se señaló que el mundo estaba siendo testigo de la peor crisis de refugiados desde la Segunda Guerra Mundial. Una delegada aplaudió el compromiso de los Estados Miembros de las Naciones Unidas que recientemente habían participado en la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General sobre la respuesta a los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes, donde habían reafirmado sus responsabilidades compartidas en la búsqueda de una solución para la crisis. Varios delegados hicieron referencia a los aportes de los migrantes a las sociedades que los reciben.

88. Los delegados recomendaron hacer varios cambios en el documento y la resolución, incluida la introducción de términos que permitieran cierto grado de flexibilidad en aquellos Estados Miembros donde diferentes niveles de gobierno compartían la responsabilidad de la atención de salud y que indicaran que la protección del derecho a la salud no se reconocía por ley en todos los países.

89. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) dio las gracias a los Estados Miembros por compartir sus experiencias y señaló que el documento de política era congruente con las observaciones que habían hecho los delegados con respecto a proteger y promover la salud de los migrantes sobre la base de los principios del derecho al goce del grado máximo de salud que se pudiera lograr, la solidaridad y la equidad. El doctor Fitzgerald consideró muy pertinentes las observaciones acerca de la corresponsabilidad en la protección y la promoción de la salud y la provisión de servicios de salud, sobre la base de la *Estrategia para acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Observó que, considerando que las grandes oleadas de migrantes podían representar una amenaza para la sostenibilidad de los sistemas de salud, el tema de la salud de los migrantes estaba estrechamente vinculado al de la resiliencia de los sistemas de salud (véanse los párrafos 59 a 68 anteriores).

90. La Directora señaló que la salud de los migrantes era sin duda un tema importante en toda la Región. Lamentablemente, era probable que la situación empeorase, pues se preveía que en los próximos meses habría un aumento en el número de refugiados y migrantes. Por lo tanto, era alentador ver que los Estados Miembros consideraban necesario garantizar el acceso a los servicios de atención de salud compatibles con la resolución sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. No obstante, agregó que era necesario que los países realizaran grandes esfuerzos para enfrentar las implicaciones organizativas y financieras de la situación. Estaba claro que la Oficina tenía que colaborar con los Estados Miembros en esta área y que debía

establecerse un grupo de trabajo para determinar la mejor manera en que la Oficina podría prestar cooperación técnica y lo que podrían hacer los Estados Miembros, siempre con la mira puesta en el objetivo de garantizar la dignidad de la persona humana. La Oficina abordaría el asunto y actuaría con rapidez.

91. Después de incorporar varios cambios para reflejar las opiniones expresadas en el curso del debate y en las consultas oficiosas, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R13, en la cual se apoyó el documento de política modificado.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (documento CD55/12, Rev. 1)

92. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre el cumplimiento por los Estados Partes de los requisitos administrativos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y su progreso en cuanto al cumplimiento de los requisitos relativos a las capacidades básicas. En el informe también se había proporcionado una actualización sobre el estado del nuevo marco de seguimiento y evaluación del RSI y sobre las doce recomendaciones contenidas en el informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de Ébola y en la respuesta que se le había dado, que se había tratado en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud y había sido bastante polémico. Como resultado, la Asamblea de la Salud había decidido remitir las recomendaciones a los comités regionales de la OMS para que continuasen las deliberaciones.

93. En agosto del 2016 se había realizado una consulta regional para considerar la pertinencia de cada una de las 12 recomendaciones para la Región de las Américas y definir las áreas de trabajo de un posible plan regional sobre el RSI y el contenido de un proyecto de resolución que se sometería a la consideración del 55.^o Consejo Directivo. El resultado de la consulta se presentaba en el apéndice I del anexo B del documento CD55/12, Rev. 1.

94. El doctor Sylvain Aldighieri (Director Adjunto interino, Departamento de Emergencias de Salud, OSP), al presentar el documento CD55/12, Rev. 1, explicó que este documento constaba de tres partes: un informe de progreso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en la Región de las Américas, el informe de la consulta regional y un proyecto de decisión basado en los resultados de la consulta regional. En la primera parte también se daba una actualización sobre los eventos de salud pública significativos que habían ocurrido en la Región entre enero y abril del 2016, incluidos el brote de la infección por el virus del Zika (véanse los párrafos 221 al 227 más adelante) y la aparición de casos de fiebre amarilla en varios países de la Región.

95. Con respecto a la fiebre amarilla, el doctor Aldighieri explicó que la Directora General de la OMS había formulado recomendaciones a los países afectados y los países en riesgo en el contexto de un complejo brote de fiebre amarilla urbana en varios países de África. En la Región de las Américas, tres de los trece países en los cuales la fiebre

amarilla era endémica habían notificado casos selváticos. Existía el riesgo de propagación transfronteriza y no podía descartarse el riesgo de reurbanización de la fiebre amarilla en ciertas zonas de la Región. El problema clave con respecto a las actividades relacionadas con la fiebre amarilla y la respuesta a la enfermedad era la disponibilidad limitada de la vacuna antiamarílica para satisfacer la demanda regional y mundial.

96. En cuanto a la consulta regional, informó que la principal conclusión había sido que los Estados Partes debían ser el eje central y los beneficiarios finales de los recursos que implicaría la reforma institucional, por lo que el plan estratégico mundial para el RSI debía centrarse en las necesidades a nivel de país. Para mantener el rumbo marcado por la resolución WHA68.5 de la Asamblea Mundial de la Salud y los consiguientes resultados de las deliberaciones en los comités regionales de la OMS en el 2016, en el 2017 debía presentarse en la Asamblea Mundial de la Salud el futuro marco de seguimiento y evaluación del RSI y sus cuatro componentes, a saber, la presentación de informes anuales, el examen posterior a la acción, los ejercicios de simulación y la evaluación externa conjunta. En el proyecto de decisión se solicitaría que el informe se transmitiera al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2017. También se solicitaría a la Oficina elaborar una nota informativa de manera que los Estados Miembros de la Región de las Américas puedan prepararse con mayor facilidad para la 140.^a reunión del Consejo Ejecutivo.

97. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el considerable progreso logrado en la aplicación del RSI en la Región, aunque reconoció que persistían algunos retos, en particular en relación con la capacidad para responder a eventos asociados a los riesgos químicos y los riesgos relacionados con la radiación, la inocuidad de los alimentos y las zoonosis. Otro reto era mejorar la coordinación multisectorial para la aplicación del RSI. Los delegados instaron a la Oficina a seguir ayudando a los Estados Miembros en el fortalecimiento de sus capacidades en esas áreas. Se subrayó la importancia de colaborar con otros organismos internacionales especializados, en particular el Organismo Internacional de Energía Atómica, así como el valor de intercambiar experiencias y mejores prácticas en la aplicación del RSI. Muchos delegados coincidieron en que el progreso logrado al llevar a la práctica las capacidades básicas del RSI también había mejorado la capacidad de las autoridades de salud para llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública y había contribuido al fortalecimiento general de los sistemas de salud. Varios delegados informaron sobre las medidas que habían tomado sus países para prevenir la transmisión de la fiebre amarilla. Se recibió con beneplácito el reconocimiento de que una dosis única de la vacuna antiamarílica conferiría inmunidad de por vida.

98. Numerosos delegados expresaron su apoyo al marco de seguimiento y evaluación del RSI que había adoptado la OMS; algunos dieron un firme respaldo a las evaluaciones externas conjuntas y alentaron a todos los Estados Partes a participar en una evaluación y determinar qué expertos podrían colaborar en las misiones de evaluación que se emprendieran en el futuro. Se señaló que tales evaluaciones podrían ayudar a los países a definir y afrontar los retos y brindar oportunidades para establecer asociaciones colaborativas y movilizar recursos. Varios delegados informaron que sus países ya habían

realizado las evaluaciones externas conjuntas y habían llegado a la conclusión de que eran muy valiosas; otros indicaron que sus países tenían la intención de llevar a cabo estas evaluaciones en un futuro próximo. Sin embargo, algunos delegados consideraron que era necesario dar más detalles sobre el procedimiento que debía seguirse para realizar las evaluaciones externas conjuntas y el papel que debían desempeñar la sede de la OMS, las representaciones de la OPS/OMS, los Estados Partes y otros actores. Se subrayó que la elaboración de informes anuales por parte de los Estados Partes debía seguir basándose en la autoevaluación y que la participación en evaluaciones externas conjuntas, ejercicios de simulación y exámenes posteriores a la acción debían ser actividades complementarias y voluntarias que debían tener en cuenta las capacidades y circunstancias de los países.

99. En general, los delegados recibieron con beneplácito el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de Ébola y en la respuesta que se le ha dado* y coincidieron en que el RSI no debía modificarse. Un delegado indicó que le preocupaba la posibilidad de que el plan mundial pudiera duplicar ciertos aspectos de otros planes y resoluciones regionales y mundiales que tenían como objetivo brindar apoyo a los esfuerzos por llevar a la práctica las capacidades básicas del RSI. Otra delegada opinó que el plan definitivo debía ser más completo y estar orientado a la acción y debía establecer con claridad los cronogramas y las responsabilidades que debían cumplir los Estados y la Secretaría de la OMS; agregó además que debía hacer hincapié especialmente en la capacitación de los centros de enlace del RSI, usando métodos innovadores como las plataformas de ciberaprendizaje. Se consideró que el plan definitivo podría servir de modelo y guía para la formulación de planes operativos a nivel nacional, y se recomendó fomentar una implicación nacional más sólida al promover la vinculación con las estrategias nacionales de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Se consideró que las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico podían ser útiles en ese sentido.

100. Los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por organizar la consulta regional y respaldaron el informe presentado en el documento CD55/12, Rev. 1. Se señaló que en el informe se consideraban cuidadosamente las controversias relacionadas con las recomendaciones del Comité de Examen del RSI y se destacaban algunos de los problemas y realidades importantes que enfrentaban las naciones insulares pequeñas, reflejando al mismo tiempo los puntos de vista y las inquietudes de los Estados más grandes con respecto a las recomendaciones. Se agregó que en el informe se subrayaban las incongruencias entre el RSI, las recomendaciones del Comité de Examen del RSI y el proyecto de plan, especialmente las relacionadas con cuestiones prácticas y legales. El Consejo recomendó que el informe debía remitirse íntegramente a la Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.^a reunión en enero del 2017 y a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017.

101. La mayoría de los delegados apoyó el proyecto de decisión presentado en el anexo C del documento CD55/12, Rev. 1. Sin embargo, un delegado indicó que en su opinión el tono de la decisión era excesivamente prescriptivo. Este delegado señaló que la

consulta no se había diseñado para crear un consenso a fin de lograr un acuerdo regional y que se había expresado una diversidad de criterios.

102. El doctor Aldighieri agradeció a los Estados Miembros la información suministrada como parte de las medidas adoptadas para aplicar el RSI, en especial las relacionadas con la prevención de la transmisión de la fiebre amarilla en las zonas fronterizas. Señaló que muchas delegaciones habían subrayado la necesidad de fortalecer el marco de seguimiento y evaluación del RSI y habían hecho hincapié en retos como las dificultades enfrentadas al llevar a la práctica las capacidades básicas necesarias para responder a los riesgos relacionados con la radiación.

103. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) explicó que para llevar a la práctica y mantener las capacidades básicas se requería un trabajo constante, que incluía emprender actividades de seguimiento y evaluación con regularidad y presentar un informe anual. Agregó que las evaluaciones externas conjuntas debían considerarse una oportunidad para aprender y mejorar. La Oficina estaba dispuesta a seguir colaborando con los Estados Miembros a fin de fortalecer sus capacidades y preparar a la Región para enfrentar cualquier situación de emergencia que pudiera presentarse.

104. El proyecto de decisión se modificó para que reflejara las observaciones y recomendaciones hechas en el debate y se adoptó como la decisión CD55(D5).

Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 (documento CD55/13)

105. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo que el proyecto de *Plan de acción para la eliminación de la malaria* era producto de extensas consultas que habían empezado en abril del 2014. La finalidad del proyecto de plan de acción era seguir avanzando hacia la eliminación de la transmisión local de la malaria en los Estados Miembros y prevenir el posible restablecimiento de la enfermedad. El plan, que concordaba con la *Estrategia técnica mundial contra la malaria*, tenía cinco líneas de acción, que se describían en el documento CD55/13. El Comité había recibido con beneplácito el plan de acción. Se había señalado que en el plan se reconocía que el compromiso de los interesados directos y la participación comunitaria eran esenciales para impedir el resurgimiento de la malaria y lograr que se mantuviesen las medidas de control y prevención. Se consideró necesaria una mayor coordinación entre los asociados y los interesados directos de la Región para lograr y mantener la eliminación de la enfermedad, y se indicó que la adopción de estrategias para mejorar tal coordinación y promover el intercambio de información sería beneficiosa para el plan.

106. Se había señalado además que las metas y los indicadores presentados en el proyecto de plan de acción se relacionaban casi exclusivamente con las metas que los países debían cumplir. Aunque en el plan se preveía un presupuesto de \$30 millones para la cooperación técnica que prestaría la Oficina, no se indicaban las actividades que se realizarían para apoyar a los países en el cumplimiento de esas metas. Se había solicitado a la Oficina elaborar una lista de insumos y actividades e incluirla en el documento que se

presentaría al Consejo Directivo para que los Estados Miembros tuvieran una idea de la manera en que se gastarían los fondos.

107. En el debate sobre este tema en el Consejo Directivo, los delegados elogiaron el plan, ratificaron que la eliminación de la malaria era una prioridad y señalaron que el plan era congruente con la *Estrategia técnica mundial contra la malaria*, de la OMS, y otras iniciativas internacionales. Los delegados también elogiaron el énfasis del plan en los temas relacionados con el género y los derechos humanos. Se expresó preocupación por la posible introducción de formas de malaria no endémicas en la Región y por la resistencia a los medicamentos antimaláricos. Se subrayó la necesidad de prestar especial atención a los grupos ocupacionales expuestos a un mayor riesgo. Un delegado indicó que en el plan se debía promover la posibilidad de que aquellos países donde la malaria no era endémica o se había interrumpido la transmisión pudieran disponer rápidamente de los medicamentos fundamentales para que pudieran tratar los casos importados o los casos de tuberculosis farmacorresistente. También señaló que en el proyecto de resolución se debía mencionar la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud y la participación de la comunidad.

108. Hubo consenso sobre la necesidad de cooperar y coordinar las actividades a escala regional y de intercambiar información sobre las mejores prácticas y las experiencias exitosas. Una delegada destacó los esfuerzos de los médicos cubanos por capacitar al personal de salud de su país, y otro indicó que su país seguiría colaborando con el Grupo Técnico Asesor sobre la Malaria de la OPS a fin de elaborar y evaluar indicadores que permitieran hacer un seguimiento de las actividades que realizaba la Oficina en apoyo a los países y el plan. Los delegados instaron a continuar con la cooperación técnica que prestaba la Oficina y las compras de medicamentos mediante el Fondo Estratégico.

109. Los delegados subrayaron la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y entomológica, las actividades de prevención (como las campañas de sensibilización de la población y el uso de mosquiteros tratados con insecticida) y el control integrado de vectores (como la eliminación de criaderos, la limpieza ambiental y el uso racional de plaguicidas y larvicidas). Varios delegados comentaron que el control integrado de vectores requeriría datos sobre el clima y los determinantes sociales. Una delegada propuso la creación de un registro de zonas maláricas, con detalles acerca de las formas de malaria presentes. También se subrayó la importancia de las iniciativas transfronterizas, especialmente en las zonas remotas, así como la necesidad de un mayor presupuesto, recursos humanos capacitados, estrecha colaboración con los interesados directos locales y regionales, farmacovigilancia, fortalecimiento de los servicios de laboratorio y diagnóstico, y tratamiento oportuno y universal.

110. Varios delegados describieron los avances que sus países habían logrado hacia la eliminación de la malaria. Un delegado informó que las tasas de transmisión habían descendido drásticamente en su país gracias a la participación en la iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE). Varios países de la Región habían sido declarados libres de malaria. En otros países donde no se habían presentado casos por varios años, se estaba avanzando hacia la eliminación de la

enfermedad, al llevar a la práctica planes que tenían como objetivo prevenir su reintroducción. Sin embargo, se había presentado un resurgimiento de la enfermedad en varios países de la zona del Escudo Guayanés, particularmente en las zonas mineras con grandes poblaciones de migrantes. Varios delegados caribeños señalaron que la malaria no era endémica en sus países y que los casos notificados habían sido importados; también informaron que sus gobiernos habían adoptado estrategias para prevenir la introducción de la enfermedad.

111. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) felicitó a los Estados Miembros por su compromiso con el control de la malaria. Señaló que 18 Estados Miembros estaban entrando en la fase de eliminación de la enfermedad, y afirmó que la Oficina estaba dispuesta a apoyar las iniciativas que emprendieran a fin de alcanzar la meta de eliminar la malaria para el año 2030. Sin embargo, faltaba mucho por hacer. La malaria no respetaba fronteras, y en un mundo globalizado era esencial evitar que la importación de casos hiciera retroceder a la Región en los logros que ya había realizado. Por consiguiente, los países debían redoblar sus esfuerzos de control. Con respecto a la recomendación de introducir en el plan de acción una referencia al suministro rápido de medicamentos, el delegado indicó que el depósito de la OPS en Panamá podría facilitar los medicamentos de inmediato en caso de desabastecimiento o escasez.

112. La Directora felicitó a los Estados Miembros por su éxito en la reducción de la morbimortalidad vinculada a la malaria y les agradeció su compromiso con la eliminación de la enfermedad, una meta que consideraba factible. Aunque la Región había avanzado considerablemente hacia el logro de esa meta, la propagación de la malaria a través de las fronteras era una preocupación real. La Oficina siempre había respetado la soberanía nacional y los derechos soberanos, pero tenía la responsabilidad de garantizar la salud y el bienestar en toda la Región. Por ello, estaba solicitando la cooperación de los Estados Miembros a la hora de colaborar con ellos a fin de reducir la mortalidad por malaria y garantizar el acceso a los medicamentos y la protección de las zonas fronterizas.

113. La Oficina también esperaba que los Estados Miembros incrementaran la inversión necesaria para cumplir con los compromisos de aumentar la vigilancia, el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el control. Agradeció a los asociados que habían colaborado con los Estados Miembros y la Oficina, entre los cuales se encontraban el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre la Malaria, la Iniciativa Mesoamericana y la Fundación Carlos Slim. Agregó que tenía la esperanza de que estos asociados mantuvieran o aumentaran su apoyo, compromiso y trabajo con la Oficina en una manera coordinada.

114. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R7 mediante la cual se adoptó el plan de acción.

Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CD55/14)

115. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que el proyecto de plan de acción estaba en consonancia con las estrategias mundiales de la OMS para el sector de la salud para el VIH/sida, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual para el período 2016-2021; la estrategia mundial de acción acelerada del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para el mismo período y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Agregó que el proyecto de plan de acción tenía por objeto contribuir al logro de la meta pertinente del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, poner fin a la epidemia del sida como problema de salud pública para el 2030, y que sus cuatro líneas estratégicas de acción coincidían con la orientación estratégica que se brindaba en las estrategias mundiales de la OMS para el sector de la salud.

116. El Comité Ejecutivo había apoyado el plan de acción, y los delegados habían elogiado que se pusiera el acento en dirigir el plan a los grupos vulnerables y subrayar la necesidad de adoptar un enfoque integral que incluyera la participación de la sociedad civil y una perspectiva intercultural y de género. Hubo apoyo general a la armonización del plan con las iniciativas mundiales, aunque también se señaló la necesidad de tener en cuenta las condiciones locales. Se había indicado que cada país debía elaborar su propio conjunto de intervenciones y servicios, que incluyera medidas para hacer frente a la coinfección por el VIH y las ITS.

117. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el proyecto de plan de acción. Los delegados describieron el progreso de sus países en cuanto a la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS; algunos hicieron referencia a la armonización de los programas de sus países con el objetivo de tratamiento 90-90-90 del ONUSIDA. Los delegados subrayaron la importancia de promover las actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento temprano, acceso a la atención para los grupos más vulnerables, y reducción de la discriminación y la estigmatización con respecto a la infección por el VIH y las ITS.

118. Se consideró que la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis tenía alta prioridad y requería acceso permanente a los medicamentos antirretrovirales y la penicilina. Muchos delegados informaron que sus países estaban avanzando hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil, pero expresaron su preocupación por la escasez de penicilina, que estaba poniendo en peligro el control de la sífilis y la tuberculosis. Otros comentaron que las barreras relacionadas con las patentes estaban manteniendo a un nivel excesivamente elevado el costo de los antirretrovirales. Promovieron además el uso de medicamentos genéricos y subrayaron que la salud debía prevalecer sobre los intereses comerciales. Varios delegados mencionaron la necesidad de contar con asistencia financiera por medio del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y de realizar compras conjuntas de medicamentos mediante el Fondo Estratégico de la OPS para bajar los precios; uno comentó la importancia que

tenían la innovación y la investigación en las actividades de prevención de la infección por el VIH y las ITS que se emprendiesen en un futuro. El mismo delegado señaló que en su país una mayor disponibilidad de la profilaxis previa a la exposición y las pruebas autoadministradas había tenido un papel decisivo en la lucha contra la infección por el VIH.

119. También se consideraban de alta prioridad los grupos clave de la población y los pacientes con comorbilidades. Los delegados recibieron con beneplácito que en el plan se hiciera referencia a los indígenas, las personas trans y otros grupos de la población, y que se promoviera la divulgación de información sobre salud sexual y reproductiva. Una delegada informó que la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) ya estaba en el calendario nacional de vacunación de su país, por lo que todas las niñas que salían de la educación básica ya estaban protegidas de la infección por este virus. Sin embargo, agregó que el movimiento en contra de la vacunación estaba intentando usar los medios de comunicación para influir en la decisión que tomaban las familias acerca de esta vacuna, por lo que instó a la Oficina a aumentar el flujo de información basada en la evidencia sobre la vacuna contra el VPH, de manera que se apreciaran sus beneficios. Otra delegada observó con beneplácito que el plan concordaba con la estrategia mundial de la OMS del sector de la salud para el VIH/sida 2016-2021 y reflejaba la recomendación que formuló la OMS en el 2016 de administrar tratamiento independientemente del recuento de células CD4 que tuviese el paciente. Esta delegada señaló que había sido buena idea incluir en la estrategia la vigilancia a la resistencia a los antimicrobianos y a la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos, e instó a fortalecer las actividades generales de vigilancia de las ITS en el marco de la promoción de la salud.

120. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) recibió con beneplácito el compromiso de los Estados Miembros con la eliminación de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual. El doctor Espinal señaló que la Región había avanzado mucho, pero que aún había algunos grupos poblacionales que no estaban recibiendo tratamiento. Expresó su satisfacción por el hecho de que 96% de los fondos destinados al tratamiento de la infección por el VIH en la Región provenía de presupuestos nacionales. Sin embargo, algunos países todavía necesitaban apoyo externo, por lo que los alentó a aprovechar el Fondo Estratégico. La ejecución del plan de acción reduciría sustancialmente el número de infecciones nuevas por el VIH y la tasa de mortalidad conexas. Concluyó diciendo que si se quería ver un mundo libre de la infección por el VIH y las ITS, había que seguir trabajando.

121. El doctor Gottfried Hirschall (Director, Departamento de VIH/Sida y del Programa Mundial contra la Hepatitis, OMS) felicitó a la OPS por haber adaptado rápidamente el plan regional al plan mundial y recibió con beneplácito el compromiso establecido en el plan de acción de transformar las ambiciosas metas mundiales en metas y submetas regionales para los próximos seis años. Citó numerosos ejemplos en una amplia variedad de temas en los que la Región ocupa una posición prominente por su liderazgo mundial, como el modelo del Fondo Estratégico para mejorar la eficiencia en

las compras de medicamentos antirretrovirales. Reconoció que la alta incidencia de la infección por el VIH en los grupos de población clave, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero, constituía un problema apremiante; prestar servicios a estos grupos requeriría adoptar un enfoque focalizado e innovador, así como un entorno favorable en el que no hubiera estigmatización. Los enfoques y las intervenciones emergentes, como las pruebas autoadministradas y el uso de la profilaxis previa a la exposición, debían integrarse a las prácticas a nivel de país.

122. Al acelerar el progreso hacia el logro de las metas establecidas para los años 2020 y 2030, los países estaban adquiriendo el compromiso de brindar tratamiento para todos y poner fin al sida. La Región ya estaba realizando enormes esfuerzos para examinar y analizar los programas más importantes y había determinado cuáles eran los problemas clave en cuanto a la calidad y la prestación de servicios. Mejorar los servicios para aumentar la observancia del tratamiento era fundamental para reducir al mínimo la aparición de la farmacorresistencia en el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS. Los cinco años siguientes serían fundamentales y determinarían si el mundo iba por buen camino y lograría poner fin a estas infecciones para el año 2030. En el plan de acción regional se proporcionaba una hoja de ruta para guiar a los países en ese cometido y podría servir de ejemplo para fundamentar, orientar e inspirar la respuesta mundial.

123. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) felicitó a los Estados Miembros por los esfuerzos realizados y por el compromiso de avanzar en la prevención, la vigilancia y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS. Los costos y la escasez de penicilina representaban grandes retos para la Región, pero la Oficina estaba colaborando con otros asociados para obtener mejores condiciones de compra para los Estados Miembros, por lo que preveía que la situación mejoraría en breve. Mencionó el aumento del número de países que estaban aprovechando el Fondo Estratégico, e invitó a otros a usarlo para bajar el costo de los medicamentos antirretrovirales. Alentó a los países a colaborar para poner de relieve los beneficios de la prevención, en especial el uso de los métodos anticonceptivos de barrera y la vacuna contra el VPH, ya que la prevención siempre es más fácil y menos costosa que el tratamiento.

124. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R5, mediante la cual se adoptó el plan de acción.

Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 (documento CD55/15)

125. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que los objetivos y las prioridades del proyecto de plan de acción comprendían la interrupción de la transmisión de ocho enfermedades infecciosas desatendidas para las cuales había herramientas costoeficaces. En el plan también se preveía la prevención, el control y la reducción de la carga de cinco enfermedades para las cuales había instrumentos de tratamiento integrados e innovadores.

126. El Comité había apoyado el plan, en el que se tomaban los éxitos del último decenio como base y se establecían metas de gran alcance para la eliminación, en consonancia con la hoja de ruta de la OMS para acelerar el trabajo con respecto a las enfermedades tropicales desatendidas. Los delegados habían recomendado realizar una evaluación de los sistemas existentes para la detección y el seguimiento de otras enfermedades infecciosas desatendidas, a fin de adoptar métodos para subsanar las brechas que se encontraran. También se había puesto de relieve la necesidad de vincular las estrategias de control de vectores indicadas en el plan de acción con las estrategias de control de vectores que ya estaban ejecutándose, así como la necesidad de una actuación intersectorial. Se había solicitado que en el documento que se presentaría al Consejo Directivo se incluyera una lista de las actividades que la Oficina tenía previsto llevar a cabo para brindar apoyo a los países según lo establecido en el plan de acción.

127. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción y felicitó a la Oficina por su liderazgo en las iniciativas emprendidas en la Región para afrontar el problema de las enfermedades infecciosas desatendidas. Se consideró que en el plan de acción se aprovechaban los logros que la Región había alcanzado en el último decenio y se establecían metas de gran alcance en cuanto a la eliminación de estas enfermedades, en consonancia con la hoja de ruta elaborada por la OMS para acelerar el trabajo con respecto a las enfermedades tropicales desatendidas⁹ y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los delegados describieron los avances que sus países habían logrado para interrumpir la transmisión y eliminar estas enfermedades como problema de salud pública. Cuatro delegados informaron que en sus países se había verificado la eliminación de la oncocercosis, mientras otros indicaron que en los suyos se había avanzado en la eliminación o la interrupción de la transmisión de otras enfermedades, como la leishmaniasis, el tracoma y la enfermedad de Chagas. Sin embargo, los delegados también señalaron que aún se debían afrontar grandes retos, dado que las enfermedades infecciosas desatendidas seguían estando presentes en numerosos países, lo que afectaba a los grupos más vulnerables de la población.

128. Se subrayó la necesidad de realizar actividades de eliminación que permitieran abordar los determinantes sociales de la salud. Hubo consenso sobre la importancia de las medidas integradas e intersectoriales emprendidas de manera sostenida para mejorar la gestión medioambiental mediante la coordinación de actividades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene; la vigilancia epidemiológica y entomológica; y la búsqueda activa de casos, el diagnóstico, el tratamiento y el control. También se consideró esencial fortalecer la capacidad en las zonas endémicas, desarrollar pruebas diagnósticas, garantizar un suministro suficiente de medicamentos seguros y asequibles, y crear mecanismos para prevenir las complicaciones tardías.

129. Se sugirió que en el plan de acción se debían incluir estrategias específicamente relacionadas con las comunicaciones y la participación comunitaria, y se debía prever la

⁹ Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: a roadmap for implementation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (documento WHO/HTM/NTD/2012.1).

manera de documentar e intercambiar las experiencias exitosas. También se sugirió que debía incluir la vigilancia de los entornos sociales y ambientales, con la estratificación del riesgo de los grupos vulnerables; el desarrollo y la coordinación de una red multisectorial para la vigilancia y el control integrados de vectores, que se realizarían con la colaboración de entomólogos; y la vigilancia de las zoonosis en los seres humanos y los animales. Hubo consenso en torno a la importancia de mantener la cooperación técnica y el apoyo financiero de la OPS y otros asociados.

130. La Delegada de Guatemala describió el programa para la eliminación de la oncocercosis en su país, el cual había tenido un papel preponderante en la certificación otorgada recientemente por la OMS al declarar el país libre de oncocercosis. Mencionó algunos de los factores que habían contribuido a que su país alcanzara esta meta, a saber, la constancia en el compromiso político de brindar apoyo al programa nacional de eliminación de la enfermedad, el apoyo constante de la Oficina, la disponibilidad de medicamentos de manera oportuna y, en particular, la dedicación del personal de salud y la participación activa de las comunidades y los voluntarios del sector de la salud en un innovador programa de promoción y educación en el ámbito de la salud. La experiencia había generado muchas enseñanzas que permitirían al país abordar otros problemas de salud actuales o futuros.

131. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) felicitó a los Estados Miembros por su progreso en el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. Señaló la tendencia a olvidar las enfermedades que estaban disminuyendo y subrayó la necesidad de prestar atención para evitar que reaparecieran justo cuando estaban a punto de desaparecer. Las enfermedades infecciosas desatendidas eran las responsables de aproximadamente 5 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad en la Región de las Américas, por lo que era fundamental finalizar la labor emprendida. Con el plan de acción podrían eliminarse ocho enfermedades. Colombia, México, Ecuador y Guatemala habían eliminado la oncocercosis, pero aún había que prestar atención a otras enfermedades, como la filariasis linfática, la esquistosomiasis y la rabia transmitida por el perro. Señaló que las enfermedades infecciosas desatendidas no se habían abordado en los ODM pero formaban parte de los ODS, lo cual era importante porque requerían un enfoque intersectorial. Además, estaban relacionadas con la pobreza y afectaban a los grupos más vulnerables. La Región tenía los medios, los medicamentos, la capacidad de diagnóstico y las herramientas que se requerían para abordarlas, y la Oficina estaba dispuesta a prestar la cooperación técnica necesaria.

132. Con respecto a la vigilancia entomológica, el doctor Espinal informó que la Directora había creado un grupo consultivo técnico constituido por entomólogos, que se habían reunido por primera vez en el 2016, y había elaborado una lista de entomólogos que los Estados Miembros podrían consultar. La Oficina estaba trabajando para despertar nuevamente el interés de las universidades de la Región con respecto al control de vectores, que había estado languideciendo, y la Directora había formado un equipo de entomología y salud pública para prestar a los Estados Miembros cooperación técnica en el ámbito de las enfermedades infecciosas desatendidas y la aplicación de las

herramientas aprobadas por la OMS como parte de los proyectos piloto para el control de *Aedes aegypti*.

133. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) también felicitó a los Estados Miembros en general por su progreso en la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y a Guatemala en particular por haber sido declarada libre de oncocercosis recientemente. Coincidió en que, como estas enfermedades estaban vinculadas con la inequidad y la pobreza, para controlarlas y eliminarlas era imperativo adoptar un enfoque multisectorial a fin de satisfacer las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y hacer modificaciones ambientales.

134. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R9 mediante la cual se respaldó el plan de acción.

Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CD55/16)

135. El doctor Fernando Llorca Castro (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que, en vista del aumento en el número de infecciones virales transmitidas por artrópodos en la Región, la Oficina proponía mejorar la actual estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue a fin de convertirla en una estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales que comprendiera cuatro líneas de acción. El Comité había apoyado la estrategia y las líneas de acción propuestas, y había habido consenso sobre la necesidad de adoptar medidas sostenibles para el control de los mosquitos, el diagnóstico clínico oportuno de las enfermedades, sistemas de vigilancia sólidos y receptivos, una mejor capacidad de diagnóstico en los laboratorios y recursos humanos bien capacitados. Los delegados habían señalado que era necesario prestar mayor atención a la gestión medioambiental y la participación del público en la eliminación de los criaderos de mosquitos. Se había recomendado incluir en la estrategia una sección sobre el ordenamiento del medioambiente.

136. El Consejo Directivo decidió tratar la actualización sobre el virus del Zika en la Región (documento CD55/INF/4, véanse los párrafos 221 a 227 más adelante) conjuntamente con el debate sobre el proyecto de estrategia para la prevención y control de las enfermedades arbovirales.

137. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el proyecto de estrategia y coincidió en que convenía ampliar la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue* a fin de incluir un enfoque holístico e integrado que permitiera abordar las enfermedades arbovirales en general. Muchos delegados comentaron que el proyecto de estrategia concordaba con los enfoques que sus países estaban usando a nivel nacional. Los delegados mencionaron que los arbovirus transmitidos por *Aedes aegypti* generan grandes retos para los sistemas de salud —al poner mayores presiones en su capacidad y desviar recursos que podrían haberse dedicado a otros problemas y

prioridades de salud— y reconocieron que para vencer esos retos era necesario contar con sistemas de salud resilientes.

138. Según los delegados, gran parte del problema se debía a la contaminación ambiental y las deficiencias en la gestión medioambiental. Muchos subrayaron la necesidad de mejorar la vigilancia e intensificar el control de vectores en la Región. Algunos describieron las medidas de control de vectores que se estaban aplicando en sus países, como la fumigación de espacios, la eliminación de los criaderos de mosquitos y la liberación de alevines en cuerpos de agua para controlar las larvas de mosquitos, un método tradicional que respetaba el medioambiente y era aceptado por la población. Señalaron además que la resistencia de los mosquitos a los insecticidas era causa de preocupación.

139. Los delegados destacaron la importancia de que las comunidades participasen en la eliminación de los criaderos de mosquitos. Hubo consenso sobre la necesidad de educar al público mediante campañas en los medios centradas en las actividades medioambientales que tienen como objetivo eliminar los criaderos. Sin embargo, se señaló que las campañas de sensibilización, por sí solas, no eran necesariamente suficientes; también era necesario cambiar los comportamientos, por lo que se solicitó a la Oficina que creara herramientas y materiales que pudieran adaptarse a las necesidades de cada país para promover cambios de comportamiento en la población. También se le solicitó que ayudara a fortalecer la capacidad en los países y facilitara la divulgación de información sobre experiencias exitosas. Asimismo se instó a la Oficina a hacer hincapié en el vínculo entre el cambio climático y la proliferación de los vectores de las enfermedades arbovirales.

140. Al mencionar que en algunas subregiones la capacidad de laboratorio para diagnosticar enfermedades arbovirales era limitada, varios delegados indicaron que sus países dependían de las redes regionales de laboratorios para hacer el diagnóstico y confirmar casos. Muchos también señalaron la necesidad de que hubiera cooperación técnica y asistencia financiera continuas a escala internacional para que los países que tenían presupuestos de salud limitados pudieran controlar las epidemias.

141. Los delegados felicitaron a la OPS por responder con celeridad al brote por el virus del Zika en la Región y suministraron información sobre la situación de este brote en sus países y los pasos que habían dado para combatir la enfermedad. Varios delegados señalaron que sus esfuerzos se habían basado en la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue*, de la OPS, que implicaba la aplicación de un enfoque intersectorial coordinado. Se subrayó que, si bien en los últimos meses el número de casos había disminuido significativamente en algunos lugares, era esencial prestar atención para evitar que la infección se hiciera endémica en la Región. Los delegados hicieron hincapié en la necesidad de llevar a cabo la vigilancia de las malformaciones congénitas en los recién nacidos y el síndrome de Guillain-Barré, hacer seguimiento y brindar orientación a las embarazadas, y hacer seguimiento a los recién nacidos por un período prolongado. Se consideró que la máxima prioridad debía ser

reducir el riesgo de que las embarazadas y las mujeres en edad fecunda se infectasen con el virus del Zika.

142. Se subrayó la importancia de la investigación para entender mejor el virus del Zika y las complicaciones asociadas a la infección por este virus. El Delegado de Brasil informó que su Gobierno estaba promoviendo investigaciones para desarrollar una vacuna segura y efectiva contra el virus, y esperaba que en el 2017 ya hubiera una que pudiera entrar en la etapa de ensayos clínicos en seres humanos. También observó que, conforme a lo previsto, los Juegos Olímpicos del 2016 celebrados en Rio de Janeiro no habían afectado la dinámica de la transmisión del virus del Zika.

143. El doctor Sylvain Aldighieri (Director Adjunto interino, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) dio las gracias a los delegados por los informes sobre las actividades en sus países y describió la respuesta de la Oficina al brote del virus del Zika, que había comenzado con la respuesta inicial en diciembre del 2015, seguida de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional en febrero del 2016, la cual seguía vigente en ese momento. Al mismo tiempo, con la participación de diversos departamentos de la Oficina, se había elaborado la estrategia regional integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, la cual tenía por objeto afrontar los retos que la aparición o la reaparición de los arbovirus representaba para los servicios de salud de la Región.

144. El doctor Aldighieri explicó que persisten los brotes de dengue en la Región. Añadió que el virus del chikunguña había llegado a la Región en el 2013 y se había propagado a todos los países donde el dengue estaba presente. Además, en el 2007 había reaparecido en el Cono Sur la fiebre amarilla urbana, que había estado bajo control por más de 60 años. Por consiguiente, era importante vigilar muy de cerca los arbovirus en la Región, entre ellos los virus de Mayaro y Oropuche. En los últimos años estos dos virus habían desencadenado brotes en varios países de la Región y potencialmente podrían ser transmitidos por el *Aedes aegypti*, lo que podría implicar que el virus se propagase a otras subregiones. De hecho, ya se habían notificado casos de la enfermedad por el virus de Mayaro en el Caribe.

145. La Directora indicó que no había duda de que los países de la Región estaban muy preocupados por las enfermedades arbovirales. La epidemia causada por el virus del Zika había dejado muchas enseñanzas en la Región; la Oficina y los Estados Miembros habían tenido que aprender mucho en medio de la epidemia, determinando las preguntas de investigación que requerían respuesta. La respuesta de la Región ante la epidemia había sido satisfactoria y había cumplido sus responsabilidades conforme a lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional. La Directora dio las gracias a los asociados que habían brindado apoyo a la Oficina en la respuesta a la epidemia.

146. También estaba claro que la Región no estaba en capacidad de costear estrategias específicas para cada una de las enfermedades causadas por los distintos arbovirus. Se necesitaba un enfoque integrado que previera la adopción de métodos nuevos para el control de mosquitos; el uso de tecnologías, vacunas y medios de diagnóstico nuevos; y

el fortalecimiento de la vigilancia. Detectar de manera tan temprana la circulación y transmisión del virus del Zika y el aumento en el número de casos de microcefalia y de Guillain-Barré había sido mérito de Brasil y Colombia; el esfuerzo concertado de todos los Estados Miembros permitiría a la Región vencer finalmente el mosquito *Aedes aegypti*.

147. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R6, mediante la cual se adoptó la estrategia para la prevención y control de enfermedades arbovirales.

Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 (documento CD55/17, Rev. 1)

148. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que el proyecto de plan de acción, analizado ampliamente en varios foros, tenía por objeto aprovechar las enseñanzas extraídas de la ejecución del *Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015*. Su objetivo era fortalecer la capacidad de los países para reducir el riesgo de desastres y adoptar medidas de conformidad con el marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

149. El Comité había apoyado el plan y había elogiado los esfuerzos y el progreso logrado para mejorar los sistemas de alerta anticipada, mejorar los preparativos y mitigar el impacto de los desastres. Hubo consenso en torno a la necesidad de fortalecer la capacidad nacional y regional, los planes de reducción del riesgo de desastres y la coordinación de la gestión de riesgos, así como en torno a la necesidad de adoptar un enfoque más integral frente a los preparativos y la respuesta en casos de desastre. Se había señalado que un mejor cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional podría facilitar los preparativos y la resiliencia. También se había señalado que las evaluaciones externas conjuntas en el nuevo marco de la OMS de seguimiento y evaluación del RSI podrían resultar útiles para evaluar la capacidad nacional con respecto a la reducción del riesgo de desastres.

150. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el plan de acción y felicitó a la Oficina por su labor en la reducción del riesgo de desastres. Hubo consenso en que era fundamental contar con sistemas sólidos para la reducción del riesgo de desastres a nivel nacional y regional a fin de prevenir las crisis de salud y brindar apoyo al momento de responder de manera oportuna y eficaz a desastres y brotes de enfermedades de cualquier magnitud. Se encomió la inclusión de una línea estratégica que promovía la iniciativa de hospitales seguros. Además, se instó a la Oficina a verificar que la iniciativa guardara consonancia con las medidas relacionadas con la reforma en curso de la respuesta de la OMS a las emergencias.

151. Los delegados subrayaron la importancia de fortalecer la capacidad de respuesta ante las emergencias y los desastres a nivel de país, de coordinar las actividades a nivel institucional, de aumentar la resiliencia y de divulgar las mejores prácticas. Se alentó a los Estados Miembros a incorporar los planes sobre el riesgo de desastres para el sector

de la salud en las actividades de planificación de la reducción de riesgos, de mayor alcance. Se indicó que evaluar la capacidad nacional con respecto a la reducción del riesgo de desastres podría resultar beneficioso para el plan. También se indicó que esta evaluación podría realizarse como parte de las evaluaciones externas conjuntas de las capacidades básicas del RSI (véanse los párrafos 92 a 104 anteriores).

152. El Consejo se mostró muy interesado en el tema de los equipos médicos de emergencia. Un delegado solicitó el apoyo y la asistencia de la Oficina para estandarizar una revisión de los equipos médicos internacionales. Otra delegada preguntó cómo se integraría el establecimiento de equipos médicos de emergencia nacionales con el enfoque de cobertura para todo tipo de amenazas previsto en la reforma de la OMS. El Delegado de Ecuador informó que, en la respuesta al terremoto de abril del 2016, su país había sido el primero de la Región en aplicar las normas internacionales de la OMS para los equipos médicos de emergencia nacionales e internacionales. También señaló que a la luz de lo ocurrido en ese caso se había hecho evidente que era necesario contar con un registro de equipos médicos de emergencia nacionales.

153. Varios delegados del Caribe subrayaron que los desastres naturales ponen a prueba los sistemas de salud y los presupuestos de los pequeños Estados insulares, y dieron las gracias a la Organización por la asistencia prestada después de los desastres. Un delegado indicó que la OPS debía sacarle más provecho a las exitosas negociaciones que se habían realizado recientemente sobre el cambio climático y explorar la disponibilidad de obtener financiamiento de fuentes como el Fondo Verde para el Clima, entre otros.

154. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) dijo que el progreso logrado en la reducción del riesgo de desastres en la Región de las Américas era resultado de los esfuerzos coordinados de la Oficina y los países de la Región, pero principalmente de los países. La iniciativa de Hospitales Seguros no se había ejecutado a nivel mundial en la misma medida que en la Región, donde se habían evaluado y mejorado miles de hospitales. La línea de acción relativa a hospitales seguros e inteligentes en el proyecto de plan de acción ya se había puesto en marcha en algunos países y se había demostrado que los hospitales podían permanecer abiertos y seguir prestando servicios al público en medio de un desastre. Sin embargo, aún quedaba trabajo por hacer, pues en la Región todavía había hospitales que terminaban destruidos o cerrados en situaciones de desastre. La necesidad de tener en la Región equipos médicos de emergencia internacionales se vinculó con la capacidad de los países para organizar su propia respuesta en situaciones de emergencia. Varios países, como Ecuador, estaban dando prioridad a la creación de sus propios equipos nacionales.

155. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) comentó que los 40 años de esfuerzos que ha realizado la Organización desde la creación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre habían dado fruto, pues muchos países ya tenían la capacidad de dar una respuesta inmediata a las emergencias y desastres. Sin embargo, agregó que era importante seguir fortaleciendo la capacidad conforme a lo previsto en el nuevo plan de acción.

156. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.R10, mediante la cual se adoptó el plan de acción.

Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud (documento CD55/18, Rev. 1)

157. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que el Comité había recibido una presentación sobre la creación de una herramienta a fin de organizar y sistematizar los mandatos de la OPS y decidir si las resoluciones de los Cuerpos Directivos debían clasificarse como “vigentes”, “vigentes con condiciones” o “cerradas”. La herramienta se había creado en respuesta a las solicitudes planteadas por el Comité Ejecutivo en los años 2013 y 2014. Como parte de esa iniciativa, se había creado una base de datos que incluía todas las resoluciones de los Cuerpos Directivos y se daría acceso a los Estados Miembros a esta base de datos una vez que se hubiese aprobado la resolución que validaba las propuestas del grupo de trabajo. El Comité había felicitado a la Oficina por la iniciativa y había recomendado que el Consejo Directivo refrendara las recomendaciones presentadas en el documento CD55/18, Rev. 1 sobre la fijación de plazos para la presentación de informes y el cierre de las resoluciones.

158. El Consejo Directivo elogió el método y la herramienta que se habían diseñado para analizar los mandatos de la OPS. Los delegados coincidieron en que la herramienta sería muy útil para analizar el desempeño de la Organización y ayudaría a abordar las prioridades estratégicas, armonizar los mandatos de la OPS con el Plan Estratégico y proporcionar claridad con respecto al financiamiento. Hubo consenso en que la información recabada ayudaría a los países a mejorar sus sistemas de salud y la presentación de informes a nivel nacional.

159. Una delegada apoyó la recomendación que se presentaba en el informe, en la que se indicaba que en el futuro las resoluciones debían ser más explícitas con respecto a la presentación de informes y los mandatos, más realistas en cuanto a la capacidad de ejecución y más claras con respecto a sus repercusiones financieras. La delegada preguntó por qué la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) tenía tantos mandatos y solicitó que se hiciera una aclaración acerca de los mandatos que estaban vigentes con condiciones. Otra delegada solicitó que la Oficina presentara al Comité Ejecutivo en el 2017 un informe de progreso sobre las medidas adoptadas desde la reunión regional que se celebró en Panamá en marzo del 2015, cuando se redactó la hoja de ruta para fortalecer la cooperación para el desarrollo de la salud. Una tercera delegada recomendó incluir en el próximo análisis información sobre la repercusión de las resoluciones y los cambios propiciados en los países. Instó a hacer permanente el seguimiento de las resoluciones y los mandatos, y a crear una plataforma interactiva que proporcionase a los Estados Miembros información actualizada sobre el cumplimiento de los mandatos.

160. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) dio las gracias a los delegados por sus observaciones sobre el ejercicio de

sistematización, que había producido no solo un análisis detallado de todas las resoluciones aprobadas en los 17 años anteriores sino también un método de trabajo y una base de datos que la Oficina podría usar para hacer un seguimiento detallado de las resoluciones y los consiguientes mandatos. El ejercicio había sido realmente interprogramático, puesto que todos los departamentos de la Oficina habían participado en el análisis y la redacción de las recomendaciones que se presentaban en el informe. La aprobación del proyecto de resolución permitiría a la Oficina seguir alimentando la base de datos para crear otros productos, entre los cuales podrían encontrarse una plataforma interactiva de información, como lo había recomendado una delegada, y análisis más detallados que aclarasen los vínculos entre las resoluciones, los mandatos y las prioridades establecidas en los marcos estratégicos de la Organización. Otro logro importante del ejercicio era que permitiría a la Oficina ser más previsoras acerca de los temas que se tratarían en las sesiones futuras de los Cuerpos Directivos. La herramienta también podría usarse para elaborar diversos tipos de informes —por ejemplo, a nivel de país— sobre el cumplimiento de las resoluciones.

161. La señora Huerta explicó que en la categoría 6 había un número elevado de mandatos porque esa categoría era muy amplia, dado que abarcaba las áreas de administración, comunicación, y planificación y presupuesto, y comprendía más de la mitad de las resoluciones aprobadas. En esa categoría también estaban todas las resoluciones relacionadas con la cooperación internacional.

162. La Directora señaló que la información presentada en este informe sería útil para la Oficina a la hora de proponer puntos para integrar el orden del día, al racionalizar el número de puntos tratados y reducir la repetición de mandatos sobre el mismo tema. Con respecto al seguimiento de la reunión de Panamá sobre la cooperación entre los países para el desarrollo de la salud, informó al Consejo que en diciembre del 2016 se celebraría en la República Dominicana una reunión en la cual se presentaría un informe sobre los compromisos establecidos desde la reunión de Panamá y los proyectos en marcha. Uno de los más grandes era el proyecto Gran Chaco, en el cual estaba trabajando la Oficina, junto con cuatro países, para mejorar el acceso a la salud en esa zona.

163. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD55.11, mediante la cual se refrendaron las recomendaciones del informe.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CD55/19 y Add. I)

164. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que, al 20 de junio del 2016, se había pagado un total de 81,2% de las contribuciones adeudadas, lo cual había dejado un saldo pendiente de \$8,3 millones. Al momento de celebrarse la sesión del Comité en junio, ningún Estado Miembro estaba sujeto a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS. También se había informado al Comité que, al 20 de junio, la Organización

había recibido \$24,4 millones en pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2016. Esa cantidad representaba solo 23,9% de las contribuciones correspondientes al año en curso.

165. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) señaló que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones al derecho de voto estipuladas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Explicó que los documentos CD55/19 y Add. I tenían información sobre la recaudación de las contribuciones señaladas actualizada al 19 de septiembre del 2016 e informó que se habían recibido en total \$38,7 millones, lo que equivalía a 87% de las contribuciones señaladas correspondientes al año anterior e implicaba que \$5,6 millones estaban pendientes de pago. Se habían recibido \$51 millones de las contribuciones señaladas correspondientes al año 2016. Al poner el acento en el porcentaje de contribuciones recibidas al mes de septiembre en los últimos años, señaló que la cifra había bajado en forma sostenida desde un máximo de 60% en el año 2011 a un 46% en el 2015, pero había registrado una leve alza en el 2016 al ubicarse en 50%. En total, 25 Estados Miembros habían pagado la contribución correspondiente al 2016 en su totalidad y dos ya habían realizado los pagos correspondientes al 2017.

166. Al 19 de septiembre, los desembolsos del presupuesto ordinario habían sumado \$84 millones. A la espera de contribuciones adicionales, había sido necesario usar recursos del Fondo de Trabajo, cuyo saldo se había reducido a \$0,1 millón. El señor Puente Chaudé instó a los Estados Miembros a pagar sus contribuciones tan pronto como fuese posible para permitir que la Organización cumpliera sus objetivos.

167. El Delegado de Francia informó que su Gobierno había pagado la totalidad de su contribución el 26 de septiembre del 2016.

168. La Directora expresó el agradecimiento de la Organización por las contribuciones recibidas hasta la fecha y, al mismo tiempo, hizo un llamamiento a los gobiernos que estaban retrasados con los pagos para que aceleraran los desembolsos, de manera que la Organización pudiera ejecutar todos los mandatos encomendados por los Estados Miembros.

169. El Consejo aprobó la resolución CD55.R1, en la cual se agradecía a los Estados Miembros que habían efectuado los pagos correspondientes al 2016 y se instaba a todos los Estados Miembros a cumplir sus obligaciones financieras con la Organización de manera expedita.

Informe Financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes al 2015 (Documento Oficial 351)

170. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo que los ingresos totales consolidados en el 2015, incluidas las contribuciones voluntarias y los fondos recibidos para compras en nombre de los Estados Miembros, se habían reducido en 15% con respecto al 2014 y

que esa reducción se debía principalmente una merma de las contribuciones voluntarias nacionales, producto a su vez de la depreciación de los tipos de cambio. Los delegados habían observado con inquietud la disminución de 15% en los ingresos y el déficit de US\$ 8,8 millones que había señalado el Auditor Externo. Se había reconocido que varios factores fuera del control de la Oficina habían contribuido a generar esos resultados negativos, pero se había alentado a la Oficina a adoptar medidas para establecer prioridades y analizar diferentes maneras de abordar el déficit. También se había expresado preocupación porque no se hubieran ejecutado algunas contribuciones voluntarias en el 2015, razón por la cual esos fondos se habían devuelto a los donantes. se había solicitado a la Oficina un análisis de los riesgos relacionados con la tendencia descendente de las contribuciones voluntarias y una evaluación del financiamiento por categorías.

171. Otra causa de preocupación había sido el gran número de funcionarios de nivel superior que, según lo previsto, se jubilaría en los tres años siguientes; se había pedido a la Oficina que suministrara información sobre lo que se estaba haciendo en cuanto a la transferencia del conocimiento de estos funcionarios, acelerara la contratación de personal nuevo y evitara que la oleada de jubilaciones y las consiguientes obligaciones por el pago de prestaciones crearan una carga financiera para la Organización.

172. En el análisis sobre el informe financiero que se hizo en el Consejo, los delegados expresaron una vez más su inquietud por la disminución de los ingresos de la Organización debida a la reducción de las contribuciones voluntarias y reiteraron la solicitud de incluir en el informe un análisis del riesgo resultante de dicha reducción. Los delegados también reiteraron su preocupación por la inminente oleada de jubilaciones, con el consiguiente riesgo de pérdida de conocimiento y experiencia institucionales, y la carga que se generaría en el futuro por el pago de pensiones. Además, felicitaron a la Oficina por haber elaborado los estados financieros cumpliendo plenamente las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) y por haber puesto en marcha satisfactoriamente el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS).

173. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) respondió que el descenso de las contribuciones voluntarias parecía haberse detenido y posiblemente había empezado a revertirse. En relación con las implicaciones relacionadas con el pago de pensiones en el futuro, recordó que no había ningún riesgo porque las pensiones de los funcionarios que iban a jubilarse estaban totalmente financiadas, ya que la Organización había estado haciendo los pagos que le correspondían a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. Con respecto al PMIS, recordó que había entrado en funcionamiento con respecto a las áreas financieras en enero, y agregó que la Oficina estaba trabajando para resolver las dificultades que habían surgido en esos meses.

174. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP), al agregar información sobre el tema de las jubilaciones, señaló que la Directora había encargado la elaboración de una estrategia de recursos humanos, cuyos componentes se estaban

poniendo en práctica progresivamente,¹⁰ entre los cuales se encontraban la captación de conocimientos y el ajuste en las fechas de contratación del personal para que los funcionarios nuevos pudieran aprender de los que estaban por jubilarse.

175. La Directora dijo que la Oficina tomaba muy en serio las recomendaciones de los auditores externos e internos y del Comité de Auditoría, especialmente las relacionadas con el personal que estaba por jubilarse. Agregó que había mecanismos para abordar las jubilaciones. Por ejemplo, se estaba realizando un estudio sobre las competencias que en ese momento tenía el personal de la Oficina a fin de tener la posibilidad de ajustar el perfil de algunos de los puestos que quedarían vacantes. En vista de ello, la Oficina tenía previsto contratar varios economistas especializados en salud para trabajar en el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, por citar un ejemplo. Además, la Oficina estaba colaborando con agencias de búsqueda de talento y examinando sus políticas de contratación con el objetivo de acortar el tiempo de contratación.

176. La Directora señaló que la implementación del PMIS había requerido gran cantidad de tiempo y esfuerzo por parte del personal, y que estaba agradecida por ello. Explicó que se estaba trabajando para resolver ciertas dificultades imprevistas y abordar requisitos adicionales en el sistema. Expresó su gratitud a los Estados Miembros por estar pendientes y dar seguimiento al proyecto del PMIS.

177. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021 (documento CD55/20)

178. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido una actualización sobre el proceso de nombramiento de un nuevo Auditor Externo para reemplazar al Tribunal de Cuentas de España, cuyo mandato concluiría en el 2018. Se había informado al Comité que en agosto del 2016 la Oficina enviaría una nota verbal a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados pidiéndoles que presentaran candidaturas para el cargo. El plazo para la presentación de candidaturas vencía el 31 de enero del 2017. Los requisitos que debían cumplir los candidatos figuraban en el anexo al documento CD55/20. Se instó a los Estados Miembros a presentar a los mejores candidatos para el puesto.

179. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) subrayó la importancia de seleccionar a un Auditor Externo de un alto nivel profesional, dado que el auditor desempeñaría un papel importante en los esfuerzos por garantizar la rendición de cuentas y la transparencia en la Organización.

180. El Consejo tomó nota del informe.

¹⁰ Véase el documento CE156/31 (2015).

Premios

Premio OPS en Administración (2016) (documento CD55/21)

181. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2016, integrado por los delegados de las Bahamas, Ecuador y Estados Unidos, se había reunido el 21 de junio del 2016. Después de examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS en Administración se concediera al doctor Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba, por sus aportaciones encomiables a la salud pública, como lo ponía de manifiesto su liderazgo en la dirección y administración del sistema nacional de salud de su país.

182. La Presidenta del Consejo Directivo hizo un repaso de la trayectoria profesional del doctor Castell-Florit Serrate y los logros por los cuales estaba recibiendo el Premio OPS en Administración. Señaló que el premio era un reconocimiento a sus logros profesionales y aportaciones en el campo de la investigación y la enseñanza sobre la gestión administrativa de los sistemas de salud.

183. La Presidenta del Consejo Directivo y la Directora entregaron el Premio OPS en Administración 2016 al doctor Pastor Castell-Florit Serrate, cuyo discurso de aceptación puede encontrarse en la página web del 55.º Consejo Directivo.¹¹

Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos (documento CD55/22)

184. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) señaló que se había informado al Comité Ejecutivo sobre una propuesta de la Oficina de modificar las normas para conferir el Premio OPS en Administración, con el propósito de realzar la importancia del premio y de alentar a los Estados Miembros a que presentasen candidatos sobresalientes. El Comité había aprobado cambiar tanto el nombre como el eje central del premio. En lo sucesivo, el premio se conocería como Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud, y se otorgaría a las personas que sobresaliesen en las esferas vinculadas con el desarrollo de sistemas de salud y la administración de los servicios de salud, el acceso a los servicios de salud y el mejoramiento de su calidad, la creación de redes integradas de servicios de salud y la producción de conocimientos e investigaciones en el ámbito de la prestación de servicios de salud.

185. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) explicó que, con estos cambios, el premio estaría en consonancia con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Agregó que la Oficina esperaba con interés la adjudicación del premio en su versión actualizada en el 2017.

¹¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=es

186. La Directora alentó a los Estados Miembros a considerar seriamente el premio y presentar a candidatos merecedores de recibirlo.

Asuntos de información general

Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros (documento CD55/INF/1)

187. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido una actualización sobre el progreso logrado en la ejecución de la resolución CD54.R16 (2015), en la cual se instaba a definir un mecanismo para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros sobre la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS. Se había informado al Comité que la Oficina proponía usar a tal fin los ejercicios de seguimiento y evaluación del desempeño que se realizaban cada seis meses, junto con otras fuentes de información. También se había informado al Comité que, a partir del 2017, la información podría facilitarse en línea o por medio de los representantes de la OPS/OMS en el primer trimestre del segundo año de cada bienio. La información sobre el seguimiento y la evaluación del desempeño estaría complementada por la información del nuevo portal de la OPS en la web, que según lo previsto entraría en funcionamiento en el 2017. En el debate del Comité, se había señalado que sería difícil hacer cualquier corrección del rumbo que se considerase necesaria si el informe de seguimiento correspondiente al bienio en curso no estaba disponible hasta el 2017, y se había recomendado establecer un grupo consultivo de los Estados Miembros para colaborar con la Oficina a objeto de definir el tipo de información necesaria.

188. En las deliberaciones del Consejo Directivo sobre este punto del orden del día, la Delegada de México manifestó inquietud porque la información necesaria para que los Estados Miembros pudieran hacer un seguimiento de los compromisos técnicos y presupuestarios que la Organización había adquirido para el 2016 solo estaría disponible en el 2017, el último año del bienio. Por ello, el informe correspondiente no sería realmente un informe interino y se perdería la oportunidad de usarlo como fundamento para hacer los ajustes necesarios para el bienio 2018-2019, el último del Plan Estratégico vigente. Reiteró la propuesta de su delegación, presentada al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y aceptada en esa instancia, de considerar la creación de un grupo consultivo de los Estados Miembros para trabajar estrechamente con la Oficina en la definición de los tipos de informes requeridos, teniendo en cuenta los cambios que la Organización ya había hecho en las áreas programáticas y presupuestarias. Señaló que esa propuesta no se reflejaba en el documento CD55/INF/1.

189. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) recordó que, como se había indicado en las sesiones del Subcomité y del Comité Ejecutivo, la Oficina tenía mecanismos bien establecidos para hacer seguimiento a lo largo del bienio y realizar ajustes durante la ejecución, sobre la base de los flujos de fondos y de cualquier brecha o nueva cuestión que pudiera surgir. Estos mecanismos eran útiles para medir el progreso y permitir ajustes basándose en cualquier cambio observado

durante el bienio. Lo que la Oficina proponía en esta oportunidad, en respuesta a la solicitud de los Estados Miembros, era reunir la información recabada a partir de los ejercicios de seguimiento y evaluación del desempeño y complementarla con información adicional del informe financiero anual; ese conjunto de información se pondría entonces a disposición de los Estados Miembros para que pudieran ver si había surgido algún asunto que requiriese su atención.

190. La información estaría disponible a principios del 2017, de manera que todavía habría tiempo para tenerla en cuenta en la planificación operativa del bienio 2018-2019, que tendría lugar varios meses después de suministrar la información a los Estados Miembros. Además, el portal en la web, una vez que estuviera en funcionamiento, mantendría a los Estados Miembros continuamente informados acerca de lo que ocurriera a lo largo del bienio. Por esta razón la Oficina no proponía crear ningún otro mecanismo.

191. La Directora señaló que, en su opinión, ella y el resto de la Oficina habían demostrado el compromiso de su gestión con la transparencia y la rendición de cuentas. Bajo su conducción, la Oficina había aumentado la frecuencia de los ejercicios de seguimiento y evaluación del desempeño, que pasaron de ser una vez al año a cada seis meses. Esos ejercicios ya eran onerosos, dado que cada oficina tenía que hacer una evaluación de los fondos gastados en comparación con los fondos asignados, junto con un análisis minucioso de las limitaciones y las brechas, a fin de usarlo como base de los ajustes. La Oficina presentaba informes de esos ejercicios y cada año los Estados Miembros recibían esta información en el informe financiero. También recibían informes de los diversos comités de auditoría y pronto tendrían acceso a la información que se publicaría en el portal en la web.

192. La Directora señaló que se preguntaba si Estados Miembros deseaban instaurar más mecanismos de seguimiento porque desconfiaban de la gestión de la Oficina o no se sentían satisfechos con la administración de sus programas y sus fondos. La Oficina ciertamente estaba dispuesta a aceptar una mayor participación de los Estados Miembros en sus procesos y mecanismos, pero a partir de cierto punto el establecimiento de demasiados mecanismos interferiría con la capacidad de la Oficina de obtener resultados en los programas, los compromisos y los mandatos que los Estados Miembros le habían encomendado.

193. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019 (documento CD55/INF/2, Rev. 1)

194. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) indicó que se había informado al Comité Ejecutivo que se presentaría una versión preliminar del presupuesto por programas de la OMS 2018-2019 al Consejo Directivo y a los demás comités regionales de la OMS, y que las observaciones que hicieran se incorporarían a una versión revisada que se presentaría al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2017. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la coordinación

más estrecha que se había establecido entre la OPS y la OMS en el proceso de elaboración del presupuesto por programas, y había expresado su apoyo a los principios y conceptos subyacentes, al igual que su satisfacción al saber que en el presupuesto por programas se tendrían en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

195. El doctor Hans Troedsson (Subdirector General, Administración General, OMS) brindó un panorama del anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2018-2019. Entre las principales diferencias con respecto al presupuesto por programas 2016-2017 se encontraban la inclusión del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias y la referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la estructura de resultados, indicadores y productos. Además, en el proyecto de presupuesto se tenía en cuenta la decisión de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, que implicaría un aumento gradual para la Región de las Américas a lo largo de cuatro bienios.

196. El doctor Troedsson hizo hincapié en las prioridades propuestas para el bienio 2018-2019, determinadas por los Estados Miembros mediante el proceso de abajo arriba, entre las cuales se encontraban las siguientes: poner en pleno funcionamiento el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias; lograr la cobertura universal de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas integrales de salud; adoptar medidas para abordar la resistencia a los antimicrobianos; expandir las intervenciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles; poner fin a las muertes prevenibles de madres, recién nacidos y niños; acabar con las epidemias mundiales de las principales enfermedades infecciosas; lograr la consonancia programática con los Objetivos de Desarrollo Sostenible; y consolidar los beneficios de la reforma de la OMS a todos los niveles.

197. Pasando a cifras específicas, recordó que el presupuesto por programas aprobado para el bienio 2016-2017 había ascendido a \$4.300 millones. En esta oportunidad la OMS estaba proponiendo un presupuesto de \$4.600 millones para el 2018-2019, lo que debía considerarse no una cifra ambiciosa sino realista. El aumento propuesto se asignaría de la siguiente manera: \$140 millones para el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias; un aumento de \$14 millones para la resistencia a los antimicrobianos; un aumento de \$27 millones para el programa de reproducción humana y para el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; y un monto adicional de \$130 millones para el empujón final a la erradicación de la poliomielitis. La respuesta a las crisis y los brotes de enfermedades imprevistos se financiaría mediante llamamientos impulsados por los eventos. Ese costo era impredecible, pero podía calcularse en alrededor de \$500 millones.

198. El diálogo sobre el financiamiento había mejorado la predictibilidad y la transparencia del financiamiento. Sin embargo, no se había registrado ninguna mejora considerable en cuanto a la flexibilidad o la sostenibilidad, pues de 70% a 80% del financiamiento de la OMS provenía de contribuciones voluntarias destinadas a fines específicos. En vista de ello, la Directora General, con el apoyo del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, había recomendado aumentar las contribuciones señaladas para el bienio

2018-2019. En julio del 2016 se había enviado a todos los Estados Miembros una carta a tales efectos. Al principio, la Directora General había preferido no recomendar una cifra, pues consideraba que el monto debía determinarse mediante un diálogo con los Estados Miembros, pero luego, basándose en la información que le habían suministrado tres comités regionales hasta la fecha, había decidido proponer un aumento del 10% como punto de partida para el debate. Para el diálogo sobre el financiamiento que tendría lugar a fines de octubre se elaboraría una propuesta más detallada, con más datos sobre las implicaciones de un aumento de tal magnitud.

199. El doctor Troedsson explicó que el aumento propuesto debía considerarse una inversión más que una contribución a la Organización. Como era de suponerse, los Estados Miembros desearían saber cuál sería el rendimiento de su inversión; eso quedaría mucho más claro en la propuesta que se presentaría en el diálogo sobre el financiamiento y el Consejo Ejecutivo, la cual sería más detallada. Además, indicó que las contribuciones señaladas debían considerarse el medio que tienen los Estados Miembros para reafirmar la idea de que la Organización les pertenece. También señaló que las contribuciones señaladas proporcionaban flexibilidad en el financiamiento, al permitir a la Organización asignar esos fondos estratégicamente y hacer inversiones programáticas a más largo plazo.

200. Por último, señaló que el presupuesto por programas 2018-2019 comenzaría a ejecutarse inmediatamente después de ser aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017. Anteriormente, los fondos flexibles de las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias solían liberarse en enero, lo que causaba un retraso antes de que se pudiera hacer cualquier contratación o empezar un trabajo. Por consiguiente, la Directora General había decidido que, en el caso de las oficinas principales, los fondos se liberarían en el trimestre anterior al inicio del nuevo bienio, para que todo pueda seguir en funcionamiento el 1 de enero.

201. El Consejo Directivo agradeció la oportunidad de debatir con antelación el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019, lo que permitiría a los Estados Miembros plantear sus observaciones al prepararse para la próxima reunión del Consejo Ejecutivo en enero del 2017. Se consideró que el proyecto de presupuesto por programas concordaba con la visión de avanzar hacia la cobertura universal de salud y con las funciones básicas de la OMS. Los delegados recibieron con beneplácito el aumento de la asignación del margen presupuestario a la Región de las Américas y expresaron que tenían la esperanza de que el presupuesto regional estuviera plenamente financiado. También recibieron con agrado el proceso de consulta de abajo arriba, aunque una delegada opinó que el proceso no se había llevado a cabo íntegramente en la Región de las Américas.

202. En general, los delegados manifestaron que aprobaban los aumentos propuestos para el Programa de Emergencias Sanitarias y para la resistencia a los antimicrobianos, aunque se solicitó información más detallada sobre la manera en que se financiarían esos aumentos. Una delegada preguntó cómo se había llegado al incremento de \$140 millones para el Programa de Emergencias Sanitarias. La misma delegada expresó que le

preocupaba que el aumento previsto para este Programa se hiciese a expensas de recortes en otras categorías como los sistemas de salud, lo que a su vez tendría repercusiones en campos como la resiliencia de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud. También señaló que se contemplaban recortes en áreas que revestían gran importancia para la Región —como violencia y traumatismos, envejecimiento y salud, determinantes sociales de la salud y servicios de salud integrados centrados en la persona— sin que se diera justificación alguna sobre estos recortes. Además, indicó que era preocupante que en el primer presupuesto por programas que se adoptaría en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible había una reducción de la asignación para la categoría 3 (promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida).

203. Varios delegados hicieron hincapié en lo que parecía ser un recorte considerable en la asignación vinculada a la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos bajo la categoría 6 del presupuesto (servicios corporativos/funciones instrumentales). Se señaló que en una reunión reciente de otro comité regional la Secretaría de la OMS había explicado que lo que parecía ser un recorte era en realidad una redistribución de los fondos y había agregado que presentaría una aclaración antes de la reunión del Consejo Ejecutivo en enero del 2017; se le pidió a la Secretaría que hiciera esa aclaración lo antes posible. También se solicitó que se aclararan las razones por las cuales se había propuesto incrementar considerablemente los fondos para investigaciones en el campo de la reproducción humana y los fondos para la erradicación de la poliomielitis. Una delegada consideró que la información presentada acerca de la erradicación de la poliomielitis no justificaba el aumento, ni reflejaba un análisis claro de los aportes de los otros organismos de las Naciones Unidas que participan en la iniciativa de erradicación.

204. Una delegada expresó su apoyo a la propuesta de aumentar las contribuciones señaladas; otros fueron más reticentes. Aunque reconoció que la OMS no había recibido un aumento de las contribuciones señaladas por varios bienios y que los Estados Miembros esperaban que la OMS hiciera más con menos, una delegada dijo que el hecho de que no se hubiera aumentado el presupuesto en el pasado no era suficiente para justificar un incremento del presupuesto en el futuro, como tampoco lo era un mayor mandato o un cambio en las prioridades. Su Gobierno aplicaría tres criterios para decidir si apoyaba el aumento propuesto: si el programa de trabajo y el presupuesto presentados eran transparentes, de tal manera que los Estados Miembros pudieran ver con claridad la congruencia entre los recursos, por una parte, y los resultados y logros previstos, por la otra; si el programa de trabajo y el presupuesto propuestos mostraban ahorros de costos, reales o propuestos, resultantes de una mayor eficiencia, de la simplificación de los procesos institucionales o de recortes en las actividades menos prioritarias; y si el programa y presupuesto propuestos indicaban claramente qué resultados y logros previstos no serían posibles si los Estados Miembros no aceptaban el aumento planteado. La Delegada de México deseaba que quedara asentado que su Gobierno no había podido determinar ningún elemento que justificara el aumento propuesto y, por consiguiente, no podía apoyarlo.

205. Se pidió a la Secretaría de la OMS que en la versión del presupuesto por programas que se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero del 2017 cualquier texto que se refiriese a los derechos humanos fuera congruente con la Constitución de la OMS, la Declaración Universal de Derechos Humanos y los convenios internacionales. Se solicitó a la Secretaría que, en el presupuesto por programas que se presentaría al Consejo, explicara por qué, considerando que en el 2015 se había aprobado un incremento de 8% del presupuesto, se estaba presentando otra propuesta de aumento, esta vez de 7,3%. También se le solicitó que presentara diversas alternativas basadas en un análisis exhaustivo de los aumentos propuestos, teniendo en cuenta los resultados de las consultas con los Estados Miembros, el análisis de los resultados del bienio en curso y el examen de las posibles sinergias con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Además, se solicitó a la Secretaría que realizara una evaluación adicional de la categoría 5 a fin de suministrar la información requerida para determinar si es necesario aumentar el presupuesto. También se solicitó a la Secretaría presentar varios escenarios financieros durante el diálogo sobre el financiamiento que se realizaría en noviembre del 2016 y explicar el efecto que tendrían diferentes aumentos porcentuales en cuanto a mantener un equilibrio sostenible entre las contribuciones voluntarias y las señaladas.

206. El doctor Troedsson dio las gracias a los Estados Miembros por examinar cuidadosamente el proyecto de presupuesto por programas e invitó a los delegados que habían intervenido en el debate a presentar por escrito y de manera específica sus preguntas y solicitudes de aclaración para que la Secretaría pudiera abordarlas en la versión revisada del presupuesto por programas que presentaría al Consejo Ejecutivo. Al señalar que varias delegaciones habían expresado preocupación por los recortes en algunas áreas programáticas, explicó que si el presupuesto se mantuviera estable, como lo habían solicitado los Estados Miembros, no podría haber un aumento en algunas áreas sin la correspondiente reducción en otras. Sin embargo, había áreas en las cuales la OMS podía reducir su presupuesto sin poner en peligro su misión o los resultados alcanzados. Un ejemplo era el área de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (una de las áreas programáticas de la categoría 3, promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida): ahora era posible que la OMS prestara menos atención al suministro de vacunas, pues otros organismos, como GAVI y UNICEF, estaban desempeñando esa función.

207. Explicó que él era responsable de la confusión acerca de la asignación para las actividades relacionadas con la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos, y garantizó al Consejo que se aclararía la situación. Subrayó que la aparente reducción no implicaba que la Secretaría invertiría menos en la transparencia y la rendición de cuentas, pues solamente se estaba cambiando el centro de atención, pasándolo de la adopción de políticas a su ejecución. La Secretaría también aclararía dónde tendrían que hacerse los recortes si no se pudiera movilizar por completo el financiamiento del presupuesto por programas, una posibilidad muy clara porque la OMS dependía en gran medida de las contribuciones voluntarias, que no siempre habían sido sostenibles. También se suministraría información más completa sobre las inversiones que había hecho en medidas relacionadas con el ahorro de costos y la eficiencia. Confirmó que el aumento propuesto para el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, como programa básico, no sería una inversión recurrente y se extendería a lo largo de dos

bienios, el 2016-2017 y el 2018-2019. Se preveía que posteriormente el monto requerido se estabilizaría.

208. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) señaló que las consultas que la Oficina había emprendido con los Estados Miembros con respecto al presupuesto por programas de la OMS no habían sido tan exhaustivas como las que se estaban realizando en ese momento con respecto al programa y presupuesto de la OPS para el bienio 2018-2019. Esto se debía en parte a que la evaluación conjunta de fin de bienio había sido un proceso muy intenso que había llevado gran parte del año 2016 (véanse los párrafos 28 al 40 anteriores), y la Oficina no había querido sobrecargar a los Estados Miembros con dos evaluaciones importantes de presupuestos. Los resultados del ejercicio de asignación de prioridades que se estaba realizando en ese momento se incorporarían al proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS y habría otras oportunidades para que los Estados Miembros hicieran aportaciones, primero antes del Consejo Ejecutivo y luego otra vez después del Consejo cuando se elaborara el presupuesto definitivo para la Asamblea Mundial de la Salud.

209. La Directora indicó que la Oficina apreciaba que la asignación presupuestaria de la OMS para la Región de las Américas hubiese aumentado en cada uno de los últimos tres bienios y agregó que esa tendencia se mantendría en los próximos tres bienios con la ejecución del método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios. Agradeció a los Estados Miembros de la Región sus esfuerzos por implantar una fórmula objetiva basada en las necesidades.

210. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CD55/INF/3) y subpunto Labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias: Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (documento CD55/INF/3, Add. I)

211. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había comunicado al Comité que, si bien la reforma de la gobernanza en la OMS seguía a la zaga de las reformas programáticas y administrativas, se habían conseguido avances significativos en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Entre otros progresos, la Asamblea había aprobado las reformas en el área de respuesta a emergencias y brotes epidémicos, impulsadas por el brote de enfermedad por el virus del Ébola. Además, tras extensas negociaciones, la Asamblea había aprobado el *Marco para la colaboración con los agentes no estatales* (conocido también como FENSA por sus siglas en inglés) (véanse los párrafos 50 al 58 anteriores). El Comité había recibido con beneplácito los progresos logrados en la reforma de la OMS y manifestado una satisfacción particular por la adopción de FENSA. Los delegados habían destacado que la reforma de la OMS debía ser conducida por los Estados Miembros y estar guiada por los principios de transparencia, rendición de cuentas, equidad y eficiencia. Se había solicitado información adicional sobre la participación de la Región en el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

212. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP), enfatizando que muchas de las reformas de la gobernanza, el programa y la gestión de la OPS habían precedido a la reforma de la OMS, afirmó que casi todas las reformas se habían incorporado al trabajo diario de ambas organizaciones. Obtener un financiamiento más flexible y predecible, uno de los objetivos originales de la reforma de la OMS, había permanecido, sin embargo, como un objetivo tan solo parcialmente alcanzado y seguía representando un reto.

213. Las repercusiones organizativas y financieras del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se describían en el documento CD55/INF/3, Add. I, preparado en respuesta a la solicitud del Comité Ejecutivo. La Oficina estaba alineando funcionalmente su trabajo en el ámbito de emergencias con el nuevo programa de la OMS. Con ese fin, había reorganizado su programa de emergencias, mediante la fusión del Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre y la unidad de Reglamento Sanitario Internacional, Alerta y Respuesta ante Epidemias y Enfermedades Transmitidas por el Agua. El entonces rebautizado Programa de Emergencias de Salud de la OPS, que dependería directamente de la Directora de la Oficina, seguiría respondiendo enteramente a las necesidades de los Estados Miembros de la Región. En cuanto a las repercusiones financieras de la consonancia funcional con el programa de la OMS, el costo actual y recurrente del programa ampliado de la OPS se calculaba en \$13 millones por bienio destinados al personal y las actividades. Parte de ese monto se había obtenido para el bienio en curso, pero tendría que identificarse otra fuente continua de ingresos. El asunto se trataría en el diálogo sobre financiamiento de octubre del 2016 en Ginebra.

214. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el progreso logrado en la reforma de la OMS, especialmente, la adopción del *Marco para la colaboración con los agentes no estatales* y la puesta en marcha del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. No obstante, se destacó que la reforma de la OMS era un proceso inconcluso y que debía continuarse. Los delegados observaron la necesidad de seguir fortaleciendo la alineación a los tres niveles de la Organización, de mejorar la transparencia en la toma de decisiones y de reforzar los vínculos entre la OMS y otros procesos multilaterales. Se sugirió que en el futuro, dada su importancia, la reforma de la OMS no debería considerarse un tema informativo.

215. Se alentó a la Oficina a que participara en la política de movilidad del personal de la OMS, que se consideraba como un medio importante de desarrollo de personal y fortalecimiento institucional. Se subrayó la necesidad de una cooperación y coordinación estrecha entre la OPS y la OMS. Se destacó a este respecto que el nuevo portal de financiamiento de la OPS debería integrarse e interrelacionarse completamente con el portal mundial de la OMS. También se señaló que en el documento sobre FENSA (documento CD55/8, Rev. 1) se establecía que la Directora, en calidad de funcionaria principal técnica y administrativa de la OPS, daba cuenta de su gestión exclusivamente ante los Estados Miembros de la OPS; sin embargo, dado que la OPS era una oficina regional de la OMS, la Directora era asimismo responsable ante la Directora General.

216. El Consejo aprobó la consonancia del Programa de Emergencias de Salud de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Sin embargo, varios delegados observaron que el programa mundial parecía centrarse principalmente en la respuesta a las emergencias, mientras que el programa de la OPS siempre había hecho hincapié en la prevención, los preparativos y el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud en los países. Se pidió la confirmación de que estos aspectos del programa de la OPS no se verían desfavorablemente afectados a causa de la alineación con el programa de la OMS.

217. El señor Walter explicó que, a pesar de que la OPS no era oficialmente parte del sistema de movilidad de la OMS, había traslados frecuentes de personal entre la OPS y la OMS. Agregó que la OPS seguiría participando en calidad de observador en el Comité de Movilidad Mundial y que continuarían los traslados de personal. Con respecto al nuevo portal de financiamiento de la OPS, la Oficina estaba considerando usar el mismo software que el de la Secretaría de la OMS. La Oficina ya estaba aportando información acerca de la porción del presupuesto de la OMS asignada a la Región destinada al portal de la OMS. Señaló que el portal de la OPS abarcaría la totalidad del presupuesto de la OPS.

218. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) confirmó que el programa de la OPS seguiría llevando a cabo actividades del fortalecimiento de las capacidades como había hecho desde su inicio. En efecto, la capacidad de la Región de tratar eficazmente las emergencias y los desastres se debía en gran parte al progreso logrado por los países al fortalecer sus capacidades de respuesta y asegurar que sus sistemas de salud pudieran seguir operando tras un desastre. El programa también seguiría sus actividades en relación con la reducción de riesgos, los hospitales seguros e inteligentes, la atención de las poblaciones desplazadas y otros ámbitos que no eran en ese momento un tema central del programa mundial. La cifra de \$13 millones era la cantidad requerida en cada bienio para poder ampliar el programa de la OPS y alinearlos plenamente con el programa de la OMS. Se esperaba que algunos de esos fondos se movilizaran por medio del diálogo sobre financiamiento en la OMS; no obstante, la Oficina también estaba tratando de movilizar recursos a nivel regional para seguir ejecutando la iniciativa de equipos médicos de emergencia y otras actividades relacionadas.

219. La Directora afirmó que la Región había aceptado la política de movilidad de la OMS y que la Oficina estaba activamente involucrada en el intercambio de personal entre la sede y las regiones de la OMS, si bien se reservaba la posibilidad de examinar atentamente el personal que recibía. La decisión de crear el Departamento de Emergencias de Salud de la OPS había tenido lugar como resultado de la experiencia de la Región al combatir el virus del Zika, que había mostrado el beneficio de fusionar las dos áreas programáticas. Por lo consiguiente, la OPS estaría en plena consonancia funcional con el programa de la OMS, sin por ello abandonar ciertas esferas de trabajo como los preparativos y el fortalecimiento de la capacidad. También mantendría las redes y los mecanismos que le permitían responder dentro de las 24 a 48 horas y transferir

fondos rápidamente tras una emergencia o desastre. Estas fueron las experiencias que la OPS podría contribuir para ayudar a mejorar el programa mundial.

220. El Consejo tomó nota del informe.

Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas (documento CD55/INF/4)

221. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había comunicado al Comité Ejecutivo en junio del 2016 que el virus del Zika estaba en circulación en 39 países y territorios de la Región, y que cinco de los países habían notificado casos de transmisión sexual. También se había informado de las medidas tomadas por la Oficina en respuesta a la emergencia causada por el virus del Zika. El Comité había felicitado a la Oficina por su rápida acción y la había instado a seguir prestando ayuda a los Estados Miembros para prevenir, detectar y responder ante las amenazas que plantean las enfermedades infecciosas. Además observó la necesidad de colaborar con la vigilancia y el control, así como con el desarrollo de mejores medios de diagnóstico.

222. El doctor Sylvain Aldighieri (Director Adjunto interino, Departamento de Emergencias de Salud, OSP) informó al Consejo Directivo que el número de países y territorios que notificaba casos autóctonos había aumentado a 47. Describió la cronología de la epidemia causada por el virus del Zika desde la aparición de los primeros casos en Brasil en mayo del 2015 y señaló que había habido un aumento significativo del número de casos en los últimos meses del 2015 y el primer trimestre del 2016. La concentración más alta de casos asociados a microcefalia se situaba en el nordeste de Brasil. Sin embargo, los conglomerados de casos de microcefalia y otras malformaciones relacionadas con el síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika habían aparecido en todas las subregiones tras los brotes de enfermedad por el virus del Zika.

223. Señaló que, si bien algunas de las cifras de casos parecían ser bajas, se referían únicamente a los casos confirmados por laboratorio e instó a los países a que hicieran pleno uso de las redes de laboratorios disponibles para examinar las muestras clínicas. Nueve meses después de la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, la Región todavía afrontaba muchos retos, entre ellos, la elaboración de una mejor definición de malformaciones neurológicas del feto en las diferentes etapas de gestación y la caracterización clínica del síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika. Los niños con malformaciones congénitas tras la infección por el virus del Zika en la madre, así como aquellos nacidos sin signos externos, debían recibir seguimiento hasta los cinco años.

224. La circulación simultánea de diversos arbovirus transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*, entre los que se encuentran el dengue y el chikunguña, en el mismo ecosistema, país o territorio hacía que la situación se tornara muy compleja. La respuesta a la epidemia por el virus del Zika requería un enfoque integrado y el fortalecimiento de

los servicios de atención primaria, como los servicios de salud sexual y reproductiva. El apoyo psicosocial y ético también eran importantes, de igual manera que la protección social para las familias afectadas por el nacimiento de un niño con malformaciones y discapacidades congénitas que requerirían atención durante toda su vida.

225. La estrategia de la Oficina para combatir el virus del Zika tenía tres pilares: detección, prevención y respuesta de los servicios de salud, junto con una línea transversal de acción que consistía en realizar investigaciones en las tres áreas. La Oficina estaba apoyando a los países mediante el fortalecimiento de las capacidades, el uso de herramientas para determinar las lagunas del sistema y reprogramar los recursos, y la activación del Fondo Estratégico para proporcionar inmunoglobulinas a los países, entre otros temas. La estructura de gestión de incidentes de la Oficina había enviado 65 misiones y movilizado recursos multidisciplinarios en 29 países de la Región. En los últimos meses se habían movilizado más de 100 expertos internacionales mediante la cooperación Sur-Sur y Norte-Sur. Agradeció a los gobiernos y a los asociados en el ámbito de la cooperación internacional que habían aportado contribuciones sustanciales a las actividades de respuesta regional.

226. El Consejo Directivo decidió tratar el informe sobre este punto junto a su consideración sobre el proyecto de *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales*; por lo tanto, véase el resumen del debate de este punto en los párrafos 135 a 147 anteriores.

227. El Consejo tomó nota del informe.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud: Informe final (documento CD55/INF/5)

228. Los delegados recibieron con beneplácito los logros de la Región en cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, si bien reconocieron todavía quedaba mucho por hacer, dado que el progreso hacia los objetivos había sido desigual en toda la Región. Se consideró que el trabajo emprendido conjuntamente para alcanzar los objetivos había fortalecido a la Región y sentado las bases para la futura labor consagrada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Asimismo, se destacó que las enseñanzas extraídas del trabajo realizado en los ODM debían sustentar la ejecución, el seguimiento y la presentación de información en torno a los ODS. Los delegados elogiaron la asistencia técnica que la Oficina había proporcionado al ayudar a los países a alcanzar los ODM y subrayaron la necesidad de que la Oficina prestase apoyo constante a las iniciativas para alcanzar los ODS. También se hizo hincapié en la importancia de la cooperación internacional, así como de la cooperación Sur-Sur.

229. Los delegados señalaron varios factores que habían contribuido al cumplimiento de los ODM, como eran el trabajo intersectorial, la participación activa de los ciudadanos, la ejecución de la reforma de la salud basada en la atención primaria de salud y el desarrollo de políticas dirigidas a los sectores más pobres de la población. La

superación de las desigualdades y las inequidades se contemplaba como el principal desafío del futuro. A tal fin, se consideró esencial mejorar la situación social y económica de la población y abordar los determinantes sociales de la salud.

230. Las mejoras en la recopilación y el análisis de datos también se consideraron importantes. Se señaló que no era suficiente medir los logros y fracasos únicamente a nivel nacional, puesto que tales mediciones podrían ocultar diferencias considerables entre las poblaciones a nivel subnacional. En su lugar, sería necesario llevar a cabo un análisis fundamentado que tuviese en consideración la equidad. Se recibió con beneplácito el especial hincapié en la equidad en los ODS. Se observó la necesidad de actualizar la Agenda de Salud para las Américas considerando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

231. La doctora Kira Fortune (Jefa interina, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) felicitó a los Estados Miembros por sus éxitos en relación con las metas de los ODM y afirmó que el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la pobreza extrema y la reducción de la mortalidad infantil en menores de cinco años a lo largo de los quince años anteriores eran motivo de celebración. No obstante, subsistían muchos retos y la Región continuaba siendo una de las más desiguales del mundo. Garantizó al Consejo que la Oficina tenía la intención de aprovechar las enseñanzas extraídas de los ODM al trabajar para alcanzar los ODS.

232. La Directora también elogió a los Estados Miembros por los éxitos logrados y señaló que la Región había alcanzado la mayor parte de las metas de los ODM relacionadas con la salud, excepto en el caso notorio de la mortalidad materna. Estuvo de acuerdo en que los resultados medidos a nivel nacional y general podrían ocultar las disparidades internas. A medida que la Región empezaba a trabajar en torno a los ODS era esencial determinar las poblaciones que estaban a la zaga, así como concebir estrategias a fin de que pudieran ponerse al día. Para ello habría que hacer mayor hincapié en las cuestiones de género, equidad y etnicidad y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se requerirían mejoras en los sistemas de información de salud. En el área específica de la mortalidad materna era necesario encontrar diferentes maneras de trabajar para determinar, por ejemplo, por qué algunas mujeres no estaban asistiendo a atención prenatal, y, posteriormente, evaluar el tipo de cooperación técnica requerida para mejorar esa situación.

233. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas (documento CD55/INF/6) y subpunto Informe sobre la elaboración de la hoja de ruta sobre: La función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores (documento CD55/INF/6, Add. I)

234. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido una actualización sobre el progreso logrado en la preparación de la Región para la ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la formulación del enfoque regional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, un proceso que había incluido un análisis de la manera en que los objetivos se relacionaban con las metas y los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El Comité había recibido con beneplácito el progreso logrado en la planificación de la labor para alcanzar los ODS en la Región. Los delegados habían reafirmado el compromiso de sus gobiernos con los objetivos y reconocido la necesidad de una acción multisectorial para alcanzarlos. Se había destacado la necesidad de fortalecer los mecanismos para medir el progreso hacia las metas relacionadas con la salud.

235. El Consejo Directivo expresó su agradecimiento por el progreso logrado hasta la fecha para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región. Los delegados celebraron la formación del grupo de trabajo de la OPS y la OEA, que facilitaría la colaboración interinstitucional y el esfuerzo a nivel de toda la Región para alcanzar los objetivos. Se señaló que la Región de las Américas seguía siendo una de las más desiguales del mundo y que el verdadero desarrollo sostenible únicamente podría lograrse mediante la superación de las desigualdades persistentes, como la desigualdad en materia de género.

236. Se destacó la necesidad de un esfuerzo conjunto por parte de todos los países para reducir las desigualdades y mejorar la salud y la calidad de vida de los pueblos de la Región. Se apoyó la creación de una red regional y una plataforma oficial que permitiese a los países intercambiar sus experiencias a nivel nacional en el camino para alcanzar los objetivos y la equidad en el ámbito de la salud. Si bien se recibió con beneplácito la publicación de la OPS “Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud”, se consideró importante que la Región no se centrara exclusivamente en el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”), sino que colaborara multisectorialmente con todos los ámbitos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que repercutiesen en la salud.

237. El Consejo también trató la elaboración de una hoja de ruta sobre la función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos como parte de su debate sobre la aplicación de los ODS en la Región de las Américas. Los delegados agradecieron a Canadá su liderazgo en el asunto y subrayaron el compromiso de sus países de trabajar para atenuar los efectos perjudiciales para la salud y el medioambiente causados por una gestión inadecuada de los productos químicos.

238. La Delegada de Canadá, a su vez, agradeció a los demás Estados Miembros su apoyo a la resolución WHA69.4. de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos. Teniendo en cuenta que cada año 22,7% de las muertes en todo el mundo y 21,8% de la carga de enfermedad a escala mundial se vinculaban con factores ambientales modificables, especialmente a la exposición a los productos químicos, la delegada subrayó la necesidad de acción por parte del sector de la salud para mitigar la situación. Era esencial aprovechar el impulso creado por la resolución WHA69.4 y contribuir a la prevención de la mala salud y la muerte prematura mediante acciones encaminadas a reducir los riesgos de exposición a sustancias químicas, aumentar los conocimientos y elaborar una base de datos científicos, fortalecer las capacidades institucionales y mejorar el liderazgo del sector de la salud y la coordinación intersectorial. Instó a los Estados Miembros de la OPS a brindar apoyo a la elaboración de la hoja de ruta, al tiempo que también señaló que debería considerarse un punto de partida, no la conclusión, de una mayor participación del sector de la salud. En toda la Región, el sector debería aprovechar la oportunidad de involucrarse de manera activa en la gestión de los productos químicos en el presente y futuro.

239. La doctora Kira Fortune (Jefa interina, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) agradeció a Canadá su función primordial en el fomento de la aprobación de la resolución WHA69.4. También agradeció a los Estados Miembros su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se distinguían de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en que habían sido definidos por los mismos Estados Miembros. De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, únicamente uno se refería específicamente a la salud, aunque todos ellos estaban en algún modo relacionados con la salud. La otra gran diferencia entre los dos conjuntos de objetivos era que los ODS abordaban específicamente las enfermedades no transmisibles y la cobertura universal de salud. Los ODS constituían un programa apasionante y brindaban una oportunidad única para trabajar codo con codo con otros sectores, considerando la salud y el bienestar desde una nueva perspectiva.

240. La Directora observó que la naturaleza polifacética y multisectorial de la Agenda 2030 hacía que fuese esencial forjar nuevas asociaciones. A tal fin, la Oficina estaba ampliando progresivamente su trabajo en torno a la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular. Asimismo, era importante aprender a aplicar un enfoque de salud en todas las políticas y a colaborar con la sociedad civil y el sector privado. Cabía esperar que el *Marco para la colaboración con los agentes no estatales* (FENSA) facilitase que la Organización pudiera llevar a cabo esta labor eficazmente. Otro aspecto de la Agenda 2030 que requería un esfuerzo adicional era la movilización social y el empoderamiento de las personas y las comunidades.

241. La Directora felicitó a Canadá por su hincapié en la función del sector de la salud en la gestión racional de los productos químicos y señaló que ese tema era fundamental en la Región, particularmente en Centroamérica, donde muchos casos de enfermedad renal crónica eran consecuencia directa de la exposición a productos químicos.

242. El Consejo tomó nota del informe.

Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final (CD55/INF/7)

243. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo), al informar sobre el examen del Comité del informe final sobre el *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud*, dijo que se le había comunicado al Comité que la cobertura del registro de nacimientos y defunciones había mejorado, de igual manera que la calidad de los datos notificados. No obstante, subsistían retos en varios ámbitos, como la imprecisión o ambigüedad al informar sobre las causas de defunción, el redondeo de los datos de peso al nacer, algunos puntos débiles de los sistemas de información y la carencia de datos para los niveles municipal, provincial o estatal. El Comité había destacado la necesidad de mejorar la oportunidad, la precisión y la calidad de los datos de los nacimientos y defunciones, y había respaldado la propuesta de formular un plan de acción regional actualizado que se sometiese a la consideración de los Cuerpos Directivos para su aprobación en el 2017.

244. El Consejo Directivo recibió con beneplácito los adelantos logrados en el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud y además observó la necesidad de seguir trabajando para mejorar la completación y calidad de los datos recopilados. El Consejo apoyó la formulación de un plan regional actualizado que cimentase los logros alcanzados con el plan regional 2008-2013 y corrigiese las deficiencias del registro y la calidad de las estadísticas vitales y otra información de salud, especialmente a escala subnacional. Tales mejoras habían sido consideradas necesarias para hacer el seguimiento del progreso hacia los objetivos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. También se señaló que se necesitaban datos exactos y oportunos para la planificación estratégica, la asignación de prioridades y el apoyo a la toma de decisiones, no solo en el ámbito de salud sino también en los asuntos financieros, entre otros.

245. Varios delegados describieron las mejoras que ya se habían aplicado a sus sistemas de información de salud y, a este respecto, algunos señalaron que habían emprendido una labor colaborativa con otros países —en particular, por medio de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSYS)— que había resultado beneficiosa. Otros solicitaron la asistencia técnica continuada de parte de la Oficina. En particular, se instó a la Oficina a que apoyase a los Estados Miembros para integrar una perspectiva de igualdad de género en sus sistemas de información de salud y garantizar su adherencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS al informar sobre las causas de defunción. Asimismo se instó a la Oficina que garantizase la coherencia del nuevo plan de acción con las iniciativas similares de asociados regionales y mundiales, como el Banco Mundial.

246. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) coincidió en que, si bien se habían logrado

éxitos importantes, todavía quedaba un largo camino por recorrer para mejorar las estadísticas vitales y de salud en la Región. Lamentablemente, siempre había sido difícil movilizar el financiamiento para mejorar los sistemas de información, a pesar de que eran cruciales para la formulación de políticas basadas en la evidencia. Celebró el apoyo de los Estados Miembros a la propuesta de preparar un nuevo plan regional ambicioso e innovador. Señaló que, en un mundo interconectado, era esencial que los sistemas de información tuviesen la capacidad de comunicarse entre sí e informó que la Oficina ya estaba trabajando en un nuevo modelo de sistemas de información que garantizaría dicha capacidad.

247. La Directora afirmó que con el transcurso de los años había recibido muchas solicitudes de contar con un sistema de información mejor que permitiese a los Estados Miembros planificar, vigilar y cumplir sus compromisos con sus poblaciones. En respuesta a esas solicitudes, se formularía un nuevo plan regional de acción, con la participación de los Estados Miembros, con miras a conseguir que los países dispusiesen de la información de salud que necesitaran.

248. El Consejo Directivo tomó nota del informe y respaldó la propuesta de preparación de un nuevo plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final (documento CD55/INF/8, Rev. 1)

249. El Consejo Directivo decidió tratar el informe final sobre la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015* conjuntamente con su examen del informe final sobre la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (véase el párrafo 259 más adelante).

250. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado el progreso logrado con la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo*, que había incluido la adopción de políticas de seguridad alimentaria y nutricional y el establecimiento de programas de transferencia condicional de dinero en efectivo en varios países. Para abordar las brechas de datos y otros retos restantes, como la doble carga de la sobrealimentación y la desnutrición, la Oficina había recomendado a los Estados Miembros que ejecutaran plenamente el *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* de la OMS y el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* de la OPS. El Comité había destacado la necesidad de acción intersectorial para mejorar la disponibilidad de alimentos de alta calidad y señalado que las costumbres y las condiciones locales ocasionalmente obstaculizaban los esfuerzos para mejorar la nutrición y combatir el sobrepeso y la obesidad.

251. Al referirse al informe final sobre la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica*, la doctora Margarita Guevara Alvarado informó

que se había comunicado al Comité Ejecutivo que la desnutrición crónica había disminuido durante el período cubierto por la estrategia y plan de acción (2010-2015), si bien seguía siendo un problema, particularmente en las poblaciones marginadas. Al mismo tiempo, habían aumentado el sobrepeso y la obesidad. La anemia también había descendido durante el período, pero seguía siendo un motivo de preocupación, especialmente en las embarazadas. Con miras al progreso adicional en la reducción de la desnutrición, la Oficina había recomendado a los Estados Miembros que fortalecieran los mecanismos de coordinación intersectorial subnacional para prevenir el retraso del crecimiento del niño, el sobrepeso y la anemia; fortalecer la capacidad del sector de la salud de proporcionar intervenciones nutricionales esenciales, por ejemplo, el fomento de la lactancia materna y la alimentación sana; mantener los programas para proporcionar suplementos multinutrientes y alimentos enriquecidos; aumentar progresivamente los esfuerzos para promover y facilitar la lactancia materna y fortalecer los sistemas de vigilancia nutricionales.

252. El Comité Ejecutivo había reconocido el progreso logrado, si bien también había observado que la desnutrición en sus diversas formas seguía siendo un grave problema en algunos países, a pesar los considerables esfuerzos empleados por los gobiernos para hacerle frente. Los delegados habían destacado la necesidad de acción intersectorial. Puesto que la calidad de la nutrición durante la infancia repercute en el resto de la vida, se había hecho especial hincapié en la importancia de mejorar la nutrición durante el embarazo y la primera infancia. Se había sugerido que debería evaluarse la repercusión de las diversas estrategias e intervenciones aplicadas y que debería intercambiarse información acerca de las experiencias satisfactorias y las mejores prácticas.

253. El Consejo Directivo acogió con agrado el progreso logrado en la adopción de políticas y programas para alcanzar la seguridad nutricional y alimentaria, y subrayó la necesidad de fortalecer esos programas y políticas, al igual que de adoptar otros nuevos para abordar tanto la desnutrición crónica como las carencias de micronutrientes y hacer frente al aumento alarmante del sobrepeso y la obesidad en todos los grupos etarios. Se instó a los Estados Miembros a que aprovecharan la oportunidad brindada por el Decenio de Acción sobre la Nutrición (2016-2026) de las Naciones Unidas para ejecutar las iniciativas recomendadas por la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, noviembre del 2014).

254. Los delegados destacaron la necesidad de mejorar el estado de nutrición desde una edad temprana mediante la prevención y el tratamiento de la desnutrición en embarazadas y niños pequeños, el fomento de la ingesta adecuada de micronutrientes, y la promoción de educación e información nutricional integral. Se subrayó la importancia de impulsar una alimentación sana en las escuelas. Los Estados Miembros expresaron su compromiso de seguir mejorando el estado de nutrición e insistir en la lucha contra la desnutrición en todas sus formas.

255. Se hizo especial hincapié en la importancia del seguimiento, la vigilancia y la evaluación nutricional a lo largo de la vida, así como en la necesidad de investigación sobre las causas de la desnutrición crónica y las intervenciones eficaces. La investigación

se consideró esencial para que las medidas estuvieran sustentadas en datos científicos a fin de prevenir una nutrición deficiente, que podría minar los beneficios para la salud, el crecimiento económico y el progreso general en la Región. Los delegados apreciaron que los dos informes reconocieran la importancia de intercambiar las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas entre los Estados Miembros. Se indicó que el informe final sobre desnutrición crónica se hubiera beneficiado de un debate claro acerca del progreso hacia los indicadores y las enseñanzas concretas.

256. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) observó que la Región de las Américas era una de las más desiguales en el planeta y, a este respecto, dijo que una de las consecuencias era que persistía la desnutrición infantil, a pesar de que se había logrado progreso durante el período del plan de acción, como la disminución de 3,5% en el retraso del crecimiento infantil. También había habido mayor aceptación y aplicación de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Un punto flaco, del que la misma Oficina era muy consciente, eran las considerables lagunas de información. El doctor Anselm Hennis se mostró de acuerdo con la necesidad de contar con sistemas de vigilancia, incluidos aquellos destinados a medir indicadores entre los niños en edad escolar. No podía subrayarse suficientemente la importancia de la nutrición en la niñez. En efecto, los primeros mil días de vida eran fundamentales para aquello que los niños serían capaces de lograr en etapas posteriores de la vida. Era importante promover las intervenciones sencillas, sin costo o de costo bajo, como la lactancia materna, que aborasen no solo la desnutrición sino que también ayudasen a prevenir la obesidad en la etapa posterior de la vida.

257. La Directora subrayó que la Región estaba logrando avances, si bien todavía había grupos poblacionales a la zaga en muchas áreas. Serían necesarias tanto la acción multisectorial como los enfoques específicos para llegar a las poblaciones con tasas persistentemente elevadas de desnutrición o anemia, así como trabajar para prevenir la obesidad.

258. El Consejo Directivo tomó nota de los dos informes.

Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final (documento CD55/INF/9)

259. El Consejo Directivo decidió tratar el informe final sobre la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* conjuntamente con su examen del informe final sobre la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo* (véanse los párrafos 249 al 258 anteriores).

Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final (documento CD55/INF/10, Rev. 1)

260. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había comunicado al Comité Ejecutivo que la Región había sido declarada libre de rubéola y del síndrome de rubéola congénita en abril del 2015. Desde el 2014, habían surgido brotes de sarampión en varios países como consecuencia de los casos importados y había reaparecido la transmisión endémica en un país, Brasil. Sin embargo, también se había comunicado al Comité que no se habían notificado nuevos casos en Brasil desde hacía más de un año y que, en agosto del 2016, el Comité Internacional de Expertos analizaría la evidencia sobre la interrupción de la transmisión. Si el Comité de Expertos aceptaba la evidencia, la Región podría ser declarada libre de transmisión endémica del sarampión. El Comité Ejecutivo había subrayado la necesidad de una mayor cobertura de la vacunación y una vigilancia de alta calidad a fin de detectar cualquier caso importado. Se había expresado apoyo a la adopción de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud destinada a la erradicación mundial del sarampión y la rubéola.

261. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) informó que los miembros del Comité Internacional de Expertos, tras su visita a Brasil para evaluar la evidencia sobre la interrupción de la transmisión del sarampión, habían declarado que se había interrumpido la transmisión endémica. El Comité Internacional de Expertos se había reunido en agosto para examinar los informes presentados por todos los Estados Miembros de la Región que contenían la evidencia de que se había mantenido la interrupción de la transmisión en sus territorios.

262. La doctora Merceline Dahl-Regis (Presidenta, Comité Internacional de Expertos)¹² anunció que el Comité de Expertos había determinado que la transmisión endémica del sarampión había sido interrumpida en la Región, lo que constituía un acontecimiento histórico y un logro importante que se había hecho realidad gracias a una visión común, el esfuerzo colaborativo, el liderazgo experto en salud pública y los esfuerzos del personal de salud dedicado a lo largo de toda la Región. Señaló que el éxito del control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación dependía de mantener una elevada cobertura de la vacunación, lo que no podría lograrse sin la participación de los sectores público y privado, los programas nacionales de inmunización, los agentes de salud y los asociados en materia de laboratorios. El Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas había desempeñado una función clave en la eliminación del sarampión y la rubéola, de igual manera que los diversos asociados que habían proporcionado recursos humanos y técnicos cuando había sido necesario. No obstante, el recorrido todavía no había llegado a su fin: los esfuerzos regionales y nacionales debían

¹² El texto con los comentarios de la doctora Dahl-Regis se puede encontrar en la página web del 55.º Consejo Directivo:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=es.

continuar para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región hasta lograr la erradicación mundial de las dos enfermedades.

263. La Directora, tras haber recibido la declaración formal de que la Región estaba libre de sarampión, afirmó¹³ que esta declaración era un símbolo del panamericanismo y del compromiso de los países de la Región de establecer y lograr metas audaces y ambiciosas en materia de salud pública. Rindió homenaje a los héroes anónimos que habían hecho del sueño de la eliminación una realidad: el personal de salud que había vacunado a los niños no solo en los establecimientos de salud sino también en las zonas de difícil acceso de cada país. La Región de las Américas estaba a la vanguardia de la inmunización a nivel mundial y tenía la responsabilidad de transmitir sus experiencias a otras regiones del mundo. Era el momento de ejecutar todas las medidas necesarias para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica del virus del sarampión. A tal fin, debían fortalecerse los sistemas de vigilancia epidemiológicos y mantenerse la elevada cobertura de vacunación. Estos objetivos únicamente serían posibles mediante el compromiso y el liderazgo continuados, unidos a una estrecha coordinación con los asociados de la Región.

264. La Directora General afirmó que era un honor para ella estar presente en este acontecimiento de gran trascendencia en ocasión de la declaración formal de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas. Una vez más, la Región había sido un ejemplo para el resto del mundo y había mostrado que con programas nacionales de inmunización fuertes, financiamiento exclusivo, y el compromiso político firme y apoyo de los asociados, el sarampión podría detenerse. Extendió su enhorabuena a los ministros de salud de la Región y a la Directora y al personal de la Oficina, y agradeció a todos los trabajadores de atención de salud, sin quienes no hubiera sido posible este logro histórico.

265. El Consejo Directivo recibió con satisfacción la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como el apoyo expresado a las medidas recomendadas en el informe final (documento CD55/INF/10, Rev. 1) para mantener su eliminación, en particular, la preparación y ejecución de un marco regional estandarizado para esa finalidad y el mantenimiento de una elevada cobertura de vacunación. Varios delegados mencionaron que en sus países se había reducido la edad a la que los niños recibían la segunda dosis de la vacuna con el propósito de acortar la cantidad de tiempo en el que los niños eran sensibles al sarampión y la rubéola. Se subrayó la necesidad de que todas las regiones siguieran trabajando para alcanzar los objetivos del *Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020* de la OMS y se apoyó la adopción en el 2017 de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud que hiciese un llamamiento a la erradicación mundial del sarampión y la rubéola.

¹³ El texto con los comentarios de la Directora se puede encontrar en la página web del 55.º Consejo Directivo:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=es.

266. Los delegados subrayaron la importancia de una fuerte vigilancia epidemiológica para detectar cualquier caso importado. La vigilancia en las zonas fronterizas se consideró especialmente importante. Se consideraron esenciales las campañas públicas de información para concientizar a las personas de la importancia tanto individual como colectiva de la vacunación. La coordinación intersectorial también se consideró crucial para lograr una mayor cobertura de vacunación. Varios delegados instaron a la Oficina a que brindara apoyo a las autoridades nacionales de salud para contrarrestar los movimientos en contra de la vacunación. También se recomendó a la Oficina que promoviese la adopción de registros nacionales de inmunización para asegurar la exactitud de los registros de vacunación. Se destacó la función que habían desempeñado el Fondo Rotatorio de la OPS y la Semana de Vacunación en las Américas en el logro del sarampión y la eliminación de la rubéola. Se propuso que el 27 de septiembre se celebrase cada año como el “día internacional para la erradicación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita”.

267. El doctor De Francisco Serpa recibió con agrado el respaldo por parte del Consejo Directivo de las recomendaciones contenidas en el informe final y señaló que en él se instaba a elaborar un marco regional que vigilase el progreso hacia la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Se mostró de acuerdo con la necesidad de una comunicación clara y un apoyo político constante para proteger los logros alcanzados en el control del sarampión, la rubéola y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, y para obtener otros logros en el futuro en el ámbito de la salud pública. Asimismo, señaló que la Oficina estaba colaborando con los Estados Miembros para mejorar la calidad de los datos en los registros de inmunización.

268. La Directora agradeció a los Estados Miembros su compromiso constante con la inmunización, la solidaridad a nivel regional y el panamericanismo. Sin embargo, advirtió que la continua ampliación de los programas nacionales de inmunización y la incorporación de nuevas vacunas podrían causar que se descuidasen o abandonasen los calendarios ordinarios de vacunación, especialmente ante limitaciones presupuestarias. Subrayó la necesidad de mantener una elevada tasa de cobertura para todas las vacunas. Con respecto a la propuesta de un día de la erradicación del sarampión y la rubéola, indicó que una resolución a tales efectos debería someterse a la consideración de los Cuerpos Directivos.

269. El Consejo tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final (documento CD55/INF/11)

270. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) comunicó que el Comité Ejecutivo había examinado el informe final sobre la estrategia regional y el plan de acción, cuyo objetivo era apoyar a los países de la Región con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes. Se había

comunicado al Comité que, si bien se habían conseguido muchos logros, la mortalidad neonatal prevenible era todavía un motivo de preocupación en algunos países. Por consiguiente, se había considerado esencial seguir avanzando sobre el progreso logrado en las cinco áreas estratégicas de la estrategia y el plan de acción y llevar a cabo las medidas contempladas en las iniciativas mundiales relacionadas, como la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el progreso logrado, al tiempo que había subrayado también la necesidad de un compromiso y esfuerzo continuados para mantener los logros obtenidos y abordar los retos que prevalecían. El Comité también había expresado su apoyo a las recomendaciones para las futuras iniciativas planteadas en el informe final, especialmente, en lo relativo a la recomendación de armonizar los esfuerzos regionales con las iniciativas mundiales pertinentes.

271. El Consejo Directivo, al igual que el Comité Ejecutivo, elogió el progreso logrado y subrayó la necesidad de seguir trabajando para reducir la mortalidad neonatal prevenible. Se instó a los Estados Miembros que todavía no lo hubiesen hecho a que ejecutaran un plan nacional sobre la salud del recién nacido. Asimismo, se alentó a los países a que determinaran las soluciones al problema de la cobertura baja de la atención obstétrica a manos de personal capacitado. Los delegados manifestaron su apoyo a las recomendaciones expresadas en el informe, en especial a la recomendación de armonizar los futuros esfuerzos con otras iniciativas regionales y mundiales, como la iniciativa de las Naciones Unidas “Todas las mujeres, todos los niños” y el plan de acción de la OMS/UNICEF “Todos los recién nacidos”.

272. Se consideró esencial seguir trabajando para lograr la cobertura universal, incluir a las familias y las comunidades en los esfuerzos para evitar las defunciones de recién nacidos, y eliminar las desigualdades que contribuían a una mayor mortalidad neonatal en algunos grupos. Los delegados subrayaron la necesidad de un esfuerzo continuado para mejorar la calidad de la atención a las madres y los niños, y destacaron además la necesidad de fortalecer la capacitación del personal de salud en los cuidados esenciales del recién nacido. El fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y vigilancia también se consideró importante. Varios delegados describieron los procesos llevados a cabo en sus países para evitar las defunciones de los recién nacidos y mejorar la salud del recién nacido, como las iniciativas para detectar a las embarazadas en riesgo, garantizar el acceso a la atención prenatal y los servicios de partos con asistencia especializada para todas las embarazadas, someter a los recién nacidos al tamizaje de anomalías congénitas y otros problemas de salud, y promover la lactancia materna. Varios delegados destacaron las posibles consecuencias para los bebés y los niños de la infección por el virus del Zika. Se solicitó a la Oficina que siguiera facilitando el acceso a información para permitir a las autoridades nacionales de salud tomar decisiones basadas en la evidencia sobre el zika y otros problemas de salud.

273. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) felicitó a los Estados Miembros por sus logros y por las iniciativas tomadas para mejorar la salud de los recién nacidos dentro del proceso de atención de la madre, del recién nacido y del niño. Recordó que el motivo por el que se

había elaborado la estrategia regional y plan de acción era que, si bien estaba disminuyendo la mortalidad en menores de 1 año en la Región, el porcentaje de defunciones de los recién nacidos estaba aumentando y, por consiguiente, se había considerado necesario otorgar una mayor prioridad a la salud del recién nacido dentro del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño. A raíz de los resultados que los Estados Miembros estaban comunicando, este mayor enfoque en los recién nacidos rendía resultados.

274. El doctor De Francisco Serpa se mostró de acuerdo con la importancia de aumentar el acceso a los servicios y corregir las inequidades, y observó la necesidad de determinar las poblaciones en las que las tasas de mortalidad materna y neonatal se mantenían elevadas y de determinar los factores responsables de la falta de progreso en la reducción de esas tasas. Asimismo estuvo de acuerdo con que la vigilancia continuada de la salud neonatal era esencial, en especial teniendo en cuenta los nuevos retos, como los asociados a la epidemia causada por el virus del Zika.

275. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CD55/INF/12)

- A. *Estrategia y el plan de acción sobre eSalud: Examen de mitad de período*
- B. *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes*
- C. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período*
- D. *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período*
- E. *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: Examen de mitad de período*
- F. *Situación de los centros panamericanos*

276. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre la consideración del Comité de diversos informes de progreso. Mencionó que los delegados habían destacado la necesidad de aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, al igual que la información al respecto, y la seriedad del problema de la violencia, incluida la violencia sexual, en adolescentes y jóvenes. Se había instado a los Estados Miembros que no habían adoptado un plan nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles a que lo adoptaran para finales del 2016. Se había subrayado la necesidad de contar con información fiable y de alta calidad sobre el consumo de alcohol como base para la toma de decisiones. Asimismo, se había expresado apoyo decidido a una estrategia de salud pública para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

277. En el debate del Comité Ejecutivo sobre los centros panamericanos, se había expresado preocupación acerca de la situación del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que había perdido recientemente más de 30 funcionarios, no tenía director y había sido trasladado a un establecimiento

donde se debía pagar alquiler. El doctor Francisco Becerra (Subdirector, OSP) había respondido que un nuevo director asumiría el cargo pronto y que la Oficina estaba negociando un nuevo convenio de cooperación con el Ministerio de Salud de Brasil para obtener financiamiento. Además, el Subdirector había alentado a los Estados Miembros a que apoyaran a BIREME mediante el uso de sus productos y servicios.

278. En el debate del Consejo sobre los informes de progreso, los delegados expresaron su compromiso con la *Estrategia y plan de acción sobre eSalud*, que procuraba potenciar al máximo el uso de tecnologías de la información y comunicación asequibles y sostenibles para brindar apoyo a la mejora de los resultados de atención de pacientes y de salud pública. Varios delegados informaron sobre la introducción o la evolución de la *eSalud* en sus países y manifestaron agradecimiento por el apoyo que habían recibido de la OPS en tareas como la digitalización de los expedientes médicos, la radiología y los servicios de imagenología, así como en la creación o aplicación de leyes y políticas normativas. Se señaló que en el documento sobre el examen de mitad de período parecía haberse pasado por alto el trabajo que se había realizado para elaborar un marco del Caribe para fortalecer los sistemas nacionales de información de salud. La Delegada de México solicitó que México se agregara a la lista de los países en el informe que tenían una política o estrategia de *eSalud*.

279. Se solicitó a la Oficina apoyo técnico concreto para una evaluación nacional de los sistemas electrónicos existentes de información de salud a fin de determinar la manera en que se los podría fortalecer. También se solicitó apoyo en las tareas de interoperabilidad y gobernanza para facilitar el diseño y la puesta en práctica a largo plazo de las iniciativas de *eSalud*.

280. El doctor Becerra se comprometió a hacer los ajustes al informe solicitados por la Delegación de México y otras delegaciones. Además, aseguró al Consejo que la Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros en la elaboración de la estructura y las normas necesarias para la *eSalud*.

281. Los delegados recibieron con beneplácito el progreso logrado en el campo de la salud de los adolescentes y los jóvenes. Se señaló que el informe contenía poca información sobre el tipo de iniciativas que la Oficina y los Estados Miembros estaban poniendo en práctica para aumentar el acceso y la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Se instó a la Oficina a que se asegurara de que tanto su trabajo como su informe sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes estuvieran en consonancia con los objetivos y los indicadores establecidos en la estrategia y el plan de acción sobre la violencia contra la mujer, que había sido adoptada por el 54.º Consejo Directivo.¹⁴ Los delegados informaron que los esfuerzos de sus países para reducir los embarazos en la adolescencia habían incluido la colaboración entre ministerios de salud y educación para aumentar la concientización, la creación de organismos nacionales para brindar orientación con respecto a la crianza, las campañas en los medios de comunicación, la formulación de normas y pautas sobre la atención de los adolescentes, y

¹⁴ Resolución CD54.R12 (2015).

los sistemas de ayuda telefónica para prestar asesoramiento sobre problemas de salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

282. En el caso de algunos países, se mencionó como un motivo importante de preocupación los traumatismos en los adolescentes y los jóvenes producto de la violencia. Algunas de las medidas tomadas para mitigar el problema habían sido los programas de escuelas seguras, los programas de resolución de conflictos, las campañas en los medios de comunicación, la prevención del delito mediante el desarrollo social y las mejoras en las relaciones entre la policía y los ciudadanos. Otros campos de la salud de los adolescentes que despertaban preocupación eran la obesidad, la salud mental y el suicidio. Se destacó la necesidad de colaboración intersectorial para abordar esas inquietudes y se solicitó el apoyo continuo de la OPS, como facilitar el intercambio de las mejores prácticas.

283. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) observó que los adolescentes no estaban utilizando los servicios de salud tanto como se esperaba, quizás porque no encontraban necesariamente la respuesta a sus preguntas. La Oficina estaba trabajando con los servicios de salud para crear un entorno que estuviera mejor adaptado a la población joven. La Oficina también promovía una plataforma donde intercambiar mejores prácticas.

284. La Directora mencionó que los adolescentes conformaban claramente un grupo vulnerable en la Región, como quedaba demostrado por las tasas elevadas de la infección por el VIH y las ITS, la obesidad, la violencia, los accidentes de tránsito, y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. Era evidente que los enfoques que se empleaban en ese momento para llegar a los adolescentes no estaban siendo útiles. Se necesitaban estrategias nuevas, incluida la definición de enfoques integrados para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

285. Con respecto al examen de mitad de período del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, se señaló que solo cerca de la mitad de los países de la Región habían elaborado o fortalecido una política multisectorial nacional sobre las ENT. Los delegados instaron a la Oficina a que siguiera proporcionando los recursos técnicos necesarios para ayudar a los países a elaborar políticas, estrategias y planes de acción nacionales. Los Estados Miembros reafirmaron su compromiso con la lucha contra las ENT y la reducción de las muertes resultantes. Asimismo, destacaron la necesidad de un enfoque integrado y multisectorial para los determinantes de estas enfermedades. Se alentó a los Estados Miembros a que participaran activamente en el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, que se consideraba una buena plataforma para el intercambio de información.

286. Varios delegados describieron las medidas que se estaban adoptando en sus países para combatir las ENT, como el control de los productos de tabaco, la aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas, la reglamentación del etiquetado de las bebidas gaseosas y azucaradas, la prohibición del consumo de estas bebidas en las escuelas y el

fomento de la alimentación sana y la actividad física. Los delegados solicitaron ayuda a la Oficina para contrarrestar la influencia de la industria tabacalera y la industria de las bebidas alcohólicas, y de los fabricantes de bebidas azucaradas y alimentos con un alto contenido de grasa o sal. Se sugirió que debería presentarse una resolución a la consideración del 56.º Consejo Directivo en la que se solicitara la adopción de las mejores prácticas, como las áreas libres de humo, y en la que se alentara a los Estados Miembros a ratificar el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*.

287. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) felicitó a los Estados Miembros por el progreso logrado en relación con el cumplimiento de los compromisos para reducir la carga de las ENT en la Región. Había quedado claro que la Región no lograría los Objetivos de Desarrollo Sostenible sin no se enfrentaba verdaderamente el flagelo de las ENT y sus factores de riesgo. Con ese fin, era importante ejecutar las mejores prácticas conocidas con respecto a la reglamentación y otras medidas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, mejorar la nutrición y promover el aumento de la actividad física. El seguimiento de estos temas también era fundamental, ya que no era posible evaluar el progreso si no se contaba con la capacidad de medirlo. También se necesitaba mayor inversión para integrar la prevención y el control de las ENT en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

288. La Directora aseguró a los Estados Miembros que la Oficina había tomado todas las precauciones para evitar cualquier influencia negativa de la industria del tabaco, de las bebidas alcohólicas o de los alimentos en las políticas y las normas de la Organización. Además, informó que la Oficina seguía de cerca las acciones de esas industrias con respecto a las leyes y las políticas nacionales, y había informado a las autoridades nacionales de más alto nivel sobre toda influencia indebida.

289. Con respecto al *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*, los delegados acordaron que había dificultades especiales a la hora de tratar de controlar el consumo nocivo de alcohol, ya que este tenía apoyo y aceptación cultural generalizados y, además, se creía erróneamente que era beneficioso para la salud. Se señaló que la respuesta de la sociedad civil había sido insuficiente y que había considerable interferencia por parte de la industria del alcohol en el proceso de formulación de políticas.

290. Varios delegados describieron las medidas que sus países habían adoptado para combatir el consumo nocivo de alcohol, incluida la formulación de políticas y planes de acción nacionales, el cumplimiento intensificado de las medidas de seguridad vial, aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, medidas para limitar la publicidad de estas bebidas y medidas para prevenir el acceso al alcohol de los menores de edad con el fin de retardar el inicio de consumo de alcohol y reducir la probabilidad de problemas posteriores por adicción en la edad adulta. Se señaló que la falta de indicadores había dificultado cuantificar el progreso. Se solicitó a la Oficina que brindase orientación sobre la manera en que las autoridades de salud debían interactuar con la

industria del alcohol. Así como en el caso de las ENT, se consideraba importante intercambiar las mejores prácticas y los logros ejemplares entre los países, lo que permitiría la toma de decisiones basada en la evidencia.

291. El doctor Hennis señaló que la Oficina estaba brindando apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la promoción de la salud, redactar leyes y reglamentos, y poner en práctica restricciones en el mercadeo y los impuestos relativos a las bebidas alcohólicas.

292. En cuanto al examen de mitad de período del *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*, se subrayó la necesidad de prestar especial atención a los efectos del consumo de sustancias psicoactivas en las personas más vulnerables de la población, en particular los niños, jóvenes y adolescentes. Además, se destacó la necesidad de incorporar la prevención y el tratamiento de adicciones en los sistemas nacionales de salud. Asimismo, se consideraba importante eliminar las organizaciones criminales involucradas en el tráfico de drogas y de sustancias ilícitas.

293. Con respecto al informe sobre el estado de los centros panamericanos, el Delegado de Brasil mencionó que los centros habían sido un medio importante de cooperación técnica por casi 60 años. Además, señaló que por primera vez desde la creación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en 1951, habían pasado más de tres años consecutivos sin un solo caso de fiebre aftosa notificado en la Región. Asimismo, señaló que el Gobierno de Brasil estaba en proceso de ultimar y concretar su convenio con la Oficina para garantizar el funcionamiento continuo de BIREME.

294. El doctor Becerra agradeció a Brasil por el apoyo que prestaba tanto a BIREME como a PANAFTOSA, y señaló que los Estados Miembros se habían beneficiado y seguirían beneficiándose de su trabajo.

295. El Consejo tomó nota de los informes.

Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD55/INF/13)

- A. *69.ª Asamblea Mundial de la Salud*
- B. *46.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*
- C. *Organizaciones subregionales*

296. La doctora Margarita Guevara Alvarado (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud y de diversos organismos subregionales considerados de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había prestado atención en especial a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional; la promoción de la innovación y el acceso a

medicamentos pediátricos de calidad, seguros, eficaces y asequibles; y las estrategias mundiales del sector de la salud sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual.

297. Con respecto a las acciones de los organismos subregionales de interés para la OPS, se había informado sobre los debates y la adopción de planes y políticas relacionados con la prevención y el control del virus del Zika, el control del tabaco, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, la cobertura universal de salud, la eliminación de transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH/sida, la cobertura de la vacunación, la incorporación de vacunas nuevas, el fortalecimiento de los sistemas de información de salud, y la regulación de los medicamentos y las tecnologías sanitarias, entre otros temas.

298. La Directora explicó que la Oficina llevaba a cabo un seguimiento de todas las resoluciones y las recomendaciones que se formulaban en todas las reuniones en las que los Estados Miembros de la OPS estaban representados, ya sea a nivel mundial, regional, o subregional, para así poder prestar el apoyo técnico y la cooperación pertinentes.

299. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Otros asuntos

300. La Presidenta, al señalar que se elegiría un nuevo Director General de la OMS en mayo del 2017, anunció que se habían propuesto seis candidatos para ocupar el cargo: el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (Etiopía), la doctora Flavia Bustreo (Italia), el profesor Philippe Douste-Blazy (Francia), el doctor David Nabarro (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), la doctora Sania Nishtar (Pakistán) y el doctor Miklós Szócska (Hungría). Los doctores Tedros y Nishtar y el profesor Douste-Blazy estuvieron presentes durante la semana en que sesionó el 55.º Consejo Directivo y mantuvieron reuniones oficiosas con los Estados Miembros.

301. A lo largo de la semana se llevaron a cabo además actividades paralelas sobre la Agenda de Salud para las Américas, el etiquetado de los alimentos, la inversión en salud para avanzar hacia la salud universal, la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, el proyecto Mais Médicos y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Además, se llevaron a cabo celebraciones en torno a la certificación de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas (véanse los párrafos 260 al 269 anteriores), el 40.º aniversario del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS y el 50.º aniversario del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), y se hizo un reconocimiento al Gobierno de Uruguay por su liderazgo a nivel mundial en la defensa de las políticas de control del tabaco contra los intereses comerciales.

Clausura de la sesión

302. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Vicepresidente declaró clausurado el 55.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

303. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el 55.º Consejo Directivo.

Resoluciones

CD55.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CD55/19 y Add. I), y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión con respecto al estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;

Observando que ningún Estado Miembro presenta atrasos en el pago de las contribuciones señaladas al punto de que 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 *Recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CD55/19 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2016 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido a cabalidad con sus obligaciones financieras respecto de sus contribuciones señaladas hasta el 2016.
4. Felicitar a los Estados Miembros que han se han esforzado por reducir el atraso en el pago de sus contribuciones señaladas pendientes de pago de años anteriores.
5. Solicitar a la Directora que:
 - a) siga estudiando mecanismos que aumenten la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas;

- b) informe al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de su compromiso de pago de las contribuciones señaladas;
- c) informe a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas correspondientes al 2017 y a años anteriores.

(Segunda reunión, 26 de septiembre del 2016)

CD55.R2 *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS*

EL 55.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS* (documento CD55/7);

Considerando la importancia de tener una metodología sólida, objetiva y sistemática para aplicar el marco de estratificación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS;

Recordando que, en el 2014, el 53.^o Consejo Directivo (resolución CD53.R3) solicitó a la Directora que continuara “realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros” para corregir las deficiencias, incluido un posible sesgo en el método original que pudiera haber dado un mayor peso —y, por lo tanto, una mayor jerarquía— a los programas orientados a las enfermedades y el hecho de que el método no tenía en cuenta los cambios en el paradigma regional y mundial de la salud pública;

Reconociendo el aporte, la colaboración y el compromiso invaluable del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico¹ al orientar a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) en los amplios análisis de los diversos métodos de estratificación de prioridades que se realizaron para perfeccionar el método de Hanlon adaptado por la OPS;

¹ A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 la Directora estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico a fin de que brindase orientación y observaciones con respecto a la puesta en marcha del proceso conjunto de seguimiento y evaluación, y el perfeccionamiento del marco de estratificación programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3). El grupo estaba compuesto por doce integrantes designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo fue presidido por México y Ecuador ocupó la copresidencia; Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.

Reconociendo que establecer prioridades de manera objetiva y sistemática puede tener un papel importante en el proceso de planificación estratégica y toma de decisiones, especialmente en un contexto de exigencias múltiples y recursos limitados;

Reconociendo la importancia de tener un método científico compatible con el contexto, los valores y la visión estratégica de la Organización, incluida la incorporación de componentes nuevos como la equidad y el factor de posicionamiento institucional de la OPS (el valor agregado de la Organización) que son exclusivos del método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS,

RESUELVE:

1. Aprobar la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS*.
2. Concientizar sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS como una herramienta útil para la asignación de prioridades en el campo de la salud pública en la Región y a nivel mundial.
3. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:
 - a) participen activamente en las consultas nacionales y apliquen este método de una manera objetiva y sistemática como parte del proceso para la elaboración del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019;
 - b) consideren la adopción, la adaptación y el uso de este método a nivel nacional, en la medida en que sea apropiado y pertinente, a fin de fundamentar mejor la asignación de prioridades y, de esa manera, canalizar la asignación de los recursos limitados a donde puedan tener la máxima repercusión en el campo de la salud pública.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) aplique este método en la elaboración y ejecución del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019, trabajando en estrecha colaboración con los Estados Miembros y los asociados;
 - b) respalde la realización de consultas nacionales en todos los países y territorios de la Región, y promueva la aplicación sistemática del método de acuerdo con los componentes, criterios y directrices a fin de obtener el panorama más claro y exacto posible de las prioridades de la Región en cuanto a la salud pública;
 - c) informe sobre la aplicación de la estratificación programática para la movilización y la asignación de recursos en la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 que se presentará en el 2020;

- d) brinde apoyo a la publicación del método de Hanlon adaptado por la OPS para contribuir al conocimiento científico regional y mundial sobre la asignación de prioridades en el ámbito de la salud pública y para promover esta innovación y sus resultados como mejores prácticas en este campo y un ejemplo del trabajo colaborativo de la Oficina y los Estados Miembros;
- e) consulte a los Estados Miembros con respecto a las actualizaciones y mejoras de la metodología que se consideren necesarias para futuros planes estratégicos y programas y presupuestos, teniendo en cuenta las enseñanzas extraídas y las experiencias de los bienios anteriores.

(Cuarta reunión, 27 de septiembre del 2016)

CD55.R3 Marco para la colaboración con agentes no estatales

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (documento CD55/8, Rev. 1) y la adopción del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (FENSA por su sigla en inglés) por parte de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA69.10;

Observando que la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con agentes no estatales puede redundar en beneficios importantes para la salud pública en las Américas y para la propia Organización en el cumplimiento de sus principios y objetivos constitucionales;

Reconociendo que la OPS es una organización internacional independiente con su propia Constitución, que actúa como Organismo Especializado Interamericano de conformidad con la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cumplimiento de un acuerdo con dicha organización;

Poniendo de relieve el compromiso político de los Estados Miembros de la OPS con la aplicación coherente y uniforme del FENSA en los tres niveles de la OMS,

RESUELVE:

1. Adoptar el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* que fue adoptado por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA69.10;

2. Reemplazar las *Normas de la Organización Panamericana de la Salud sobre la colaboración con empresas privadas*¹ y los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*² con el FENSA;
3. Aplicar el FENSA de una manera coherente y uniforme, respetando la Constitución de la OPS;
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) aplique el FENSA de una manera coherente y uniforme y en coordinación con la Secretaría de la OMS, a fin de alcanzar su plena implantación en un plazo de dos años, tomando en cuenta el marco jurídico y constitucional de la OPS;
 - b) informe sobre la aplicación del FENSA al Comité Ejecutivo en cada una de sus sesiones de junio en un punto permanente del orden del día, por conducto de su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, y transmita este informe a la OMS.
5. Solicitar a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que examine los progresos realizados en la aplicación del FENSA.

(Cuarta reunión, 27 de septiembre del 2016)

CD55.R4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Costa Rica y Ecuador

THE 55th DIRECTING COUNCIL,

EL 55.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 fueron elegidos Brasil, Colombia y Panamá para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Costa Rica y Ecuador,

¹ Presentadas en el 46.º Consejo Directivo, documento CD46/28 (2005).

² Adoptados por el 38.º Consejo Directivo en septiembre de 1995, revisados en la 126.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2000, revisados otra vez mediante la resolución CESS.R1 de la sesión extraordinaria del Comité Ejecutivo del 11 de enero del 2007 y modificados por medio de la resolución CE148.R7 (2011).

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Brasil, Colombia y Panamá para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Bahamas, Costa Rica y Ecuador los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

Anexo

**COMPOSICIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO
de septiembre de 1993 a septiembre del 2018**

PAÍS	2017 al 2018	2016 al 2017	2015 al 2016	2014 al 2015	2013 al 2014	2012 al 2013	2011 al 2012	2010 al 2011	2009 al 2010	2008 al 2009	2007 al 2008	2006 al 2007	2005 al 2006	2004 al 2005	2003 al 2004	2002 al 2003	2001 al 2002	2000 al 2001	1999 al 2000	1998 al 1999	1997 al 1998	1996 al 1997	1995 al 1996	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 de América																									
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, 28 de septiembre del 2016)

CD55.R5 *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/14);

Considerando que el plan concuerda con las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el período 2016-2021, la Estrategia Mundial del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para 2016-2021 y el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3,¹ y que constituye una meta clara a largo plazo para poner fin a las epidemias del sida y de las infecciones de transmisión sexual como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030;

Refiriéndose a la resolución WHA69.22 de la Asamblea Mundial de la Salud del 2016 en la cual se apoyan los planes y las estrategias para alcanzar dicha meta a nivel mundial;

Consciente del impacto que estas epidemias tienen en la Región de las Américas, especialmente en las poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo la necesidad de reducir y eliminar el flagelo del estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las poblaciones clave y las personas con la infección por el VIH;

Reafirmando que el plan proporciona continuidad y aprovecha los logros del plan estratégico regional anterior para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS (2006-2015) y la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita* (2010-2015);

Consciente del efecto sinérgico de la ejecución de este plan con otros planes y estrategias de la OPS aprobados por los Cuerpos Directivos;

Teniendo en cuenta que el plan refleja las prioridades y el compromiso de los Estados Miembros, la sociedad civil y los organismos multilaterales y bilaterales de poner fin a las epidemias del sida y de las ITS en la Región de las Américas como problema de salud pública para el 2030,

¹ “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (resolución A/RES/70/1 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015).

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/14).
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta sus contextos, necesidades y prioridades, a que:
 - a) sigan dando prioridad a la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS en las agendas nacionales del sector de la salud pública y de los sectores sociales;
 - b) fortalezcan la rectoría y la gobernanza de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con la participación activa de la sociedad civil, para efectuar intervenciones interprogramáticas y multisectoriales eficaces y coordinadas;
 - c) formulen, examinen y armonicen estrategias y planes nacionales para la infección por el VIH y las ITS, con objetivos y metas nacionales para el 2020 y el 2030, de acuerdo con las estrategias, los planes y las metas mundiales y regionales, e informen regularmente sobre el progreso;
 - d) fortalezcan los sistemas integrales de información estratégica para describir la epidemia de la infección por el VIH y las ITS y el proceso continuo de servicios para la infección por el VIH y las ITS, con datos más detallados para que se puedan hacer análisis subnacionales, de género y otros tipos de análisis de equidad;
 - e) elaboren y examinen regularmente normas y directrices en conformidad con las recomendaciones más recientes de la OMS y la evidencia científica;
 - f) realicen intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, adaptadas a las necesidades de poblaciones clave y de otras personas en situación de vulnerabilidad y basadas en las características epidémicas locales, que aborden el tratamiento integrado de las infecciones oportunistas, otras coinfecciones y comorbilidades;
 - g) continúen con las medidas en marcha para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, prestando especial atención al diagnóstico y el tratamiento de la sífilis materna y a la segunda fase de la estrategia de eliminación, que incluye la eliminación de la transmisión maternoinfantil de otras infecciones pertinentes para la salud pública, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en zonas endémicas;
 - h) elaboren y ejecuten planes y estrategias para la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos, haciendo hincapié en la resistencia gonocócica y la farmacorresistencia del VIH, y fortalezcan la capacidad de los laboratorios nacionales para vigilar la resistencia;

- i) adapten la prestación de servicios para la infección por el VIH y las ITS sobre la base de un enfoque centrado en la persona y en la comunidad, por medio de equipos multidisciplinarios que incluyan proveedores no profesionales capacitados, y de una red integrada de servicios de salud que aumente la capacidad de resolución del primer nivel de atención, para abordar las necesidades clínicas y psicosociales de las personas con la infección por el VIH, las poblaciones clave y otras personas en condiciones de vulnerabilidad según la epidemia local, con enfoques apropiados para la edad y desde el punto de vista cultural y lingüístico, a fin de lograr la equidad, maximizar el impacto, velar por la calidad y eliminar el estigma y la discriminación;
- j) mejoren la integración de los servicios para la infección por el VIH y las ITS a fin de abordar adecuadamente la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, las coinfecciones del VIH, con especial énfasis en la del VIH con la tuberculosis, y las comorbilidades, con intervenciones específicas para reducir los daños causados por los trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y para detectar y tratar las enfermedades mentales de manera temprana;
- k) fortalecer la capacidad de los laboratorios para detectar y diagnosticar la infección por el VIH, las ITS, las infecciones oportunistas y otras coinfecciones, así como para efectuar el seguimiento clínico, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS, priorizando el uso de medios de diagnóstico precalificados por la OMS y asegurando el empleo de prácticas de garantía de la calidad;
- l) aseguren el suministro ininterrumpido de vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, condones y otros productos básicos estratégicos relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las infecciones oportunistas, que sean asequibles y de calidad garantizada, fortaleciendo las estructuras y los procesos de gestión de la cadena de suministro, entre ellos las proyecciones, las compras, el almacenamiento y la distribución;
- m) fortalezcan la capacidad y las competencias técnicas de la fuerza laboral nacional de salud, y aborden y eliminen el estigma, la discriminación y otras formas de violación de los derechos humanos en el sector de la salud;
- n) faciliten el empoderamiento de la sociedad civil y permitan su participación en el suministro de servicios eficaces y sostenibles de promoción de la salud y de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS;
- o) aumenten y optimicen el financiamiento público con equidad y eficiencia para la sostenibilidad de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, e integren las intervenciones de prevención, atención y tratamiento en servicios de salud integrales, universales y de buena calidad que se amplíen progresivamente según la necesidad y con un enfoque centrado en la persona, tomando en cuenta que, en la mayor parte de los casos, un gasto público de 6% del PIB destinado al sector de la salud es un punto de referencia útil;
- p) aumenten la eficiencia en la compra de productos básicos estratégicos por medio de mecanismos regionales y subregionales de negociación de precios y

adquisiciones, como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico).

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye la ejecución de este plan de acción mediante un enfoque de cooperación técnica coordinado e interprogramático para abordar la integración de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS en la estrategia más amplia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, y en conexión con otros planes y estrategias regionales;
 - b) apoye a los Estados Miembros en la formulación y el examen de estrategias y planes nacionales para la infección por el VIH y las ITS, incluido el establecimiento de metas y la revisión de los programas para monitorear el progreso;
 - c) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer los sistemas de información y las estrategias de vigilancia y monitoreo de la infección por el VIH y las ITS, y aumentar la capacidad de los países para generar información estratégica de buena calidad sobre la infección por el VIH y las ITS;
 - d) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación y el examen de políticas y normas, y la ejecución de intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, sobre la base de las recomendaciones más recientes de la OMS, velando por la calidad y la equidad;
 - e) brinde apoyo a los países para acelerar el progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, así como de otras infecciones transmitidas de madre a hijo que son pertinentes para la salud pública, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las zonas endémicas, y coordine el proceso de validación de la eliminación a nivel regional;
 - f) abogue por un entorno favorable que asegure el acceso a la salud para personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad, promoviendo, a petición de los Estados Miembros, políticas, directrices e instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud que aborden la desigualdad de género, la violencia de género, el estigma, la discriminación y otras restricciones de los derechos humanos;
 - g) abogue por el empoderamiento de las personas y las comunidades y por su participación válida, eficaz y sostenible en el suministro de atención;
 - h) abogue por el aumento de la capacidad de la fuerza laboral nacional para proporcionar atención de buena calidad y centrada en la persona en servicios de salud sin estigmas ni discriminación;
 - i) abogue por el pleno financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS y la inclusión de intervenciones de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS en servicios de salud integrales, universales y de

- buena calidad que se amplíen progresivamente según la necesidad y con un enfoque centrado en la persona;
- j) apoye a los Estados Miembros por medio del Fondo Estratégico de la OPS para mejorar los procesos de compras, gestión del suministro y distribución a fin de asegurar el acceso ininterrumpido a vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, condones y otros productos básicos relacionados con la infección por el VIH y las ITS, que sean asequibles y de calidad garantizada, de acuerdo con la precalificación de la OMS;
- k) presente un examen de mitad de período a los Cuerpos Directivos en el 2018 y un informe final en el 2021.

(Sexta reunión, 28 de septiembre del 2016)

CD55.R6 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (documento CD55/16);

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”;

Considerando los factores ambientales, sociales y biológicos que han facilitado que diferentes patógenos emerjan y reemerjan a escala mundial;

Reconociendo las dificultades que han impedido el control adecuado de los mosquitos, lo que ha dado lugar a la aparición y rápida dispersión de virus transmitidos por vectores artrópodos (arbovirus) en la Región de las Américas;

Consciente del impacto social y la carga económica generada como consecuencia de los brotes y las epidemias por enfermedades arbovirales;

Profundamente preocupado por las posibles manifestaciones graves y los desenlaces crónicos de las enfermedades virales nuevas en la Región;

Recordando la resolución CD44.R9 del 2003, en la que se adoptaba un nuevo modelo para la prevención y el control del dengue con la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-Dengue);

Reconociendo que el contexto epidemiológico actual requiere de una estrategia que aborde de manera integral las enfermedades arbovirales,

RESUELVE:

1. Adoptar la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (documento CD55/16) 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 y de acuerdo con sus necesidades y prioridades, a que:
 - a) fortalezcan los sistemas de vigilancia para la detección temprana de los arbovirus emergentes y reemergentes, así como los sistemas de monitoreo de brotes y epidemias;
 - b) elaboren una estrategia dirigida al control integrado de las arbovirosis (EGI-Arbovirus) en la que se tomen en cuenta los componentes críticos de la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue, y se introduzcan nuevas herramientas para la vigilancia de los arbovirus en los vectores y la prevención priorizada en las poblaciones de alto riesgo;
 - c) fortalezcan los laboratorios de salud pública de índole nacional para garantizar la oportunidad y la calidad en los procesos de detección, diagnóstico y vigilancia por laboratorio de las enfermedades arbovirales;
 - d) fortalezcan la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus en las Américas (RELDA) mediante el establecimiento de acuerdos entre los laboratorios así como de canales efectivos para el intercambio de material y producción científica;
 - e) prioricen y movilicen los recursos necesarios para la implementación de la estrategia y cada uno de sus componentes.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye la ejecución de la estrategia para mantener y fortalecer la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los países y territorios para abordar las enfermedades arbovirales;
 - b) continúe fortaleciendo las actividades de la OPS y la OMS dirigidas a producir evidencia científica sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo y de protección de las enfermedades emergentes y reemergentes, nuevas y endémicas, en la Región;
 - 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 de manera articulada la vigilancia de las enfermedades arbovirales;

- 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 a fin de garantizar la implementación de la estrategia en los países y territorios de la Región;
- e) priorice la vigilancia y el control de las enfermedades arbovirales y considere la posibilidad de asignar los recursos necesarios para la ejecución de la estrategia.

(Sexta reunión, 28 de septiembre del 2016)

CD55.R7 *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020*

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (documento CD55/13), en el cual se propone poner en marcha iniciativas para acelerar la eliminación de la malaria, prevenir la reintroducción de la enfermedad y lograr las metas propuestas para el 2019 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo los importantes logros alcanzados en la reducción de la carga de la malaria en la Región durante la aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria en las Américas 2011-2015* (resolución CD51.R9), como se refleja en el cumplimiento de las metas relacionadas con la malaria establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio gracias a los esfuerzos concertados de los Estados Miembros y los asociados;

Consciente de que a pesar de estos logros, la malaria sigue siendo una grave amenaza para la salud, el bienestar y la economía de los pueblos y las naciones de la Región de las Américas, y que históricamente ha reaparecido en aquellas zonas donde se han debilitado el compromiso y los esfuerzos contra la enfermedad;

Consciente de que los esfuerzos para la eliminación de la malaria requerirán un fortalecimiento de la coordinación entre todos los asociados e interesados directos, la revisión y actualización de las políticas y los marcos estratégicos sobre la malaria para acelerar los esfuerzos hacia la eliminación de la enfermedad, una vigilancia sostenida y fortalecida a todos los niveles del sistema de salud, el compromiso sostenido de los interesados directos, métodos adaptados a los contextos específicos y la preparación para la etapa final de los esfuerzos para la eliminación de la malaria y la fase subsiguiente;

Considerando que en la resolución WHA68.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se aprobaron la estrategia técnica y las metas mundiales de la malaria para el período 2016-2030, se presenta una visión audaz de un mundo sin malaria y se establece la meta para el 2030 de reducir al menos en 90% las tasas de mortalidad y la incidencia de la malaria a nivel mundial, eliminar la enfermedad por lo menos en otros

35 países e impedir su restablecimiento en aquellos países considerados libres de malaria en el 2015;

Reconociendo que el presente plan de acción es la plataforma para la ejecución de la estrategia mundial,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (documento CD55/13).
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:
 - a) afirmen la permanente importancia de la malaria como una prioridad de salud;
 - b) revisen y actualicen los planes nacionales o establezcan planes nuevos para la eliminación de la malaria, invirtiendo los recursos apropiados y adoptando enfoques ajustados al contexto que aborden los determinantes sociales de la salud y prevean la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - c) fortalezcan la participación en las actividades para controlar la malaria, incluida la coordinación con otros países e iniciativas subregionales pertinentes sobre la vigilancia epidemiológica de la malaria, la gestión de la cadena de suministros, la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y los insecticidas, y el seguimiento y evaluación;
 - d) garanticen la disponibilidad de suministros clave para el control de la malaria, incluidos los medicamentos antimaláricos, mediante medidas eficaces de planificación y previsión de necesidades y utilizando, según corresponda, el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS para realizar compras conjuntas;
 - e) fortalezcan los servicios de salud y hagan los ajustes pertinentes para que concuerden con las directrices y recomendaciones de la OPS/OMS basadas en la evidencia sobre la prevención de la malaria y el manejo de casos;
 - f) mantengan el compromiso, tanto de los países donde la malaria es endémica como de aquellos donde la enfermedad no es endémica, al igual que de diversos sectores, de combatir la enfermedad, en particular en cuanto a mantener o incrementar las inversiones y el suministro de los recursos necesarios;
 - g) establezcan estrategias integradas y promuevan la creación de capacidad para eliminar la malaria e impedir que se restablezca su transmisión con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer y sustentar los sistemas nacionales de salud, la vigilancia, los sistemas de alerta y respuesta y otros programas de eliminación de enfermedades, teniendo en cuenta factores relacionados con el género, la etnicidad y la equidad social;

- h) redoblen los esfuerzos centrados en las poblaciones y los grupos ocupacionales más susceptibles y vulnerables;
 - i) promuevan la participación en la elaboración y la ejecución de una agenda de investigación que aborde las brechas importantes en los conocimientos, las operaciones y la tecnología en torno a la eliminación de la malaria y en diversos contextos de la labor en torno a esta enfermedad en la Región.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye la ejecución del *Plan de acción para la eliminación de la malaria* y proporcione la cooperación técnica, incluidas las iniciativas para la formación de capacidad que necesiten los países para elaborar y ejecutar planes de acción nacionales;
 - b) coordine las iniciativas de alcance regional, en colaboración con los países y asociados, para eliminar la transmisión local de la malaria y evitar su posible restablecimiento en las zonas sin esta enfermedad;
 - c) brinde orientación acerca de la ejecución de los planes estratégicos nacionales para el control de la malaria;
 - d) continúe abogando por la movilización activa de recursos entre los países, así como a nivel mundial, y promoviendo la colaboración estrecha a fin de forjar alianzas estratégicas que brinden apoyo a la realización de actividades nacionales y transfronterizas, incluidas aquellas dirigidas a poblaciones vulnerables y de difícil acceso;
 - e) emplee enfoques ajustados al contexto que aborden los determinantes sociales de la salud y prevean la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - f) informe a los Cuerpos Directivos acerca del progreso en la ejecución de este plan de acción y el logro de sus metas tanto a la mitad como al final del período de ejecución.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R8 *Los sistemas de salud resilientes*

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política sobre *Los sistemas de salud resilientes* (documento CD55/9);

Teniendo presente que la situación de la salud en la Región de las Américas ha mejorado considerablemente en los últimos decenios, que las políticas sociales destinadas a mitigar la pobreza y mejorar la salud y el bienestar han dado lugar a mejoras

considerables en la esperanza de vida y los resultados de salud, y que los sistemas nacionales de salud son más incluyentes y tienen mayor capacidad de respuesta;

Consciente de que las políticas que apoyan el desarrollo sostenido y la inversión en los sistemas de salud y la estabilidad social y económica contribuyen directa e indirectamente a mejorar la salud y el bienestar, y a la mitigación de la pobreza, la eliminación de las inequidades y la resiliencia de los sistemas de salud;

Observando que los sistemas de salud siguen siendo muy vulnerables a los riesgos que afectan de forma importante la salud en los niveles local, nacional y mundial, debilitando su capacidad de respuesta y anulando los avances en los resultados de salud y el desarrollo social y económico;

Profundamente preocupados por los brotes de enfermedades a escala mundial, como la enfermedad por el virus del Ébola, la fiebre de chikunguña y la enfermedad por el virus del Zika, que han puesto de relieve importantes deficiencias estructurales de los sistemas de salud, en particular aquellas relacionadas con los sistemas de vigilancia, respuesta e información de salud, con la ejecución de las estrategias de prevención y control de las infecciones, con las competencias y capacidades de los profesionales de la salud, con el financiamiento de la salud y la movilización de recursos financieros, y con la organización y prestación de los servicios de salud;

Observando que los enfoques fragmentados de la preparación en el ámbito de la salud pública, incluida la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), representan un riesgo importante para la salud y el bienestar, así como para el desarrollo social y económico;

Recordando el artículo 44 del Reglamento Sanitario Internacional y el compromiso asumido por los Estados Miembros en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (2012) de fortalecer aún más la colaboración activa entre los Estados Partes, la OMS y otras organizaciones y asociados pertinentes, según corresponda, a fin de asegurar la implementación del RSI (resolución WHA65.23 [2012], documento A68/22, Add. I [2015] y resolución WHA68.5 [2015]), incluido el establecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas;

Reconociendo que, si bien los brotes de enfermedades y desastres causados por los fenómenos naturales y las consecuencias del cambio climático suponen riesgos graves e inmediatos para la salud y el bienestar de la población, otros factores internos y externos a más largo plazo —por ejemplo, la falta de desarrollo sostenido, la inestabilidad social, la rectoría y capacidad deficientes para implementar las funciones esenciales de salud pública, las transiciones demográficas, la migración y la urbanización acelerada, las crisis económicas, y la carga y repercusión cada vez mayores de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo— afectan la sostenibilidad y capacidad de respuesta de los sistemas de salud e influyen en los resultados de salud;

Observando que los cambios económicos desfavorables siguen siendo uno de los principales riesgos que afectan la capacidad de respuesta, adaptabilidad y resiliencia de los sistemas de salud;

Consciente de que la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (2014), los valores de solidaridad y equidad, y el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud, incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, sientan las bases para el desarrollo continuo de los sistemas de salud en las Región de las Américas;

Reconociendo que la resiliencia es un atributo fundamental de los sistemas de salud bien desarrollados y que funcionan bien mediante el cual los actores de la salud, las instituciones y las poblaciones se preparan para afrontar las crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando surge una crisis y reorganizarse en función de las enseñanzas extraídas si las condiciones así lo exigen;

Teniendo presente que los sistemas de salud resilientes se fundamentan en la información y la evidencia, tienen mayor capacidad de respuesta, son previsibles, complejos, adaptativos, sólidos, integrados y participativos, y se centran en las personas y las comunidades;

Consciente de que el nivel cada vez mayor de integración, migración, desastres y brotes regionales y mundiales de enfermedades pone de relieve la interdependencia de los sistemas nacionales de salud dentro del marco del sistema de salud mundial;

Recordando los marcos y acuerdos mundiales pertinentes, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, el Marco de Sendai para la Reducción de Riesgos de Desastres y el Reglamento Sanitario Internacional, así como los mandatos pertinentes de la OPS, en particular, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*,

RESUELVE:

1. Apoyar el documento de política sobre *Los sistemas de salud resilientes* (documento CD55/9).
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) apoyen el desarrollo de sistemas de salud y sociedades resilientes en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
 - b) desarrollen la resiliencia de los sistemas de salud mediante la integración de acciones en las principales esferas de política para el fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, la reducción de riesgos y la vigilancia de la salud pública y el control de brotes de enfermedades, implementadas en el marco de los objetivos nacionales de desarrollo sostenible;

-
- c) trabajen conforme a su contexto nacional para desarrollar gradualmente la resiliencia de los sistemas de salud en el marco de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*;
 - d) creen capacidad de reserva (trabajadores de la salud, financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias) para aumentar la respuesta de los servicios de salud en caso de que se presente un riesgo grave o sostenido para el sistema, y para apoyar y coordinar la respuesta de la red de servicios de salud a las necesidades de las personas y las comunidades;
 - e) apliquen un enfoque holístico y multisectorial para el RSI, lo que incluye el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades y funciones establecidas en el RSI, como parte del fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, al incorporar el RSI en las políticas de salud y los procesos de planificación nacionales, en las medidas legislativas y los marcos regulatorios, y en las actividades para fortalecer la capacidad de las instituciones, las redes y los recursos humanos, a fin de responder a los brotes de enfermedades de importancia internacional; y trabajen con otros asociados para prestar apoyo a la implementación del RSI por los Estados Partes;
 - f) fortalezcan los sistemas de información de salud que apoyan la detección y el aislamiento de los riesgos para la salud pública, que captan oportunamente los riesgos inminentes, y que respaldan las respuestas medidas pero concretas, la presentación de información sobre la capacidad del sistema (por ejemplo, la prestación y utilización de los servicios de salud, la localización de recursos humanos, y la disponibilidad de financiamiento para la salud y de medicamentos y tecnologías sanitarias) y la toma de decisiones relacionada con la reorganización rápida de los sistemas y servicios de salud;
 - g) formulen marcos multisectoriales y ejecuten acciones multisectoriales orientados a la gestión del riesgo y a fortalecer la resiliencia del sistema de salud;
 - h) mantengan y aumenten las inversiones en los sistemas de salud y en las medidas para mejorar su resiliencia, de conformidad con las orientaciones establecidas en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*;
 - i) fomenten la investigación sobre las características de los sistemas de salud resilientes para generar más evidencia sobre las deficiencias y los nexos con la resiliencia del sistema;
 - j) según corresponda, fortalezcan las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) dentro de los países y construyan redes entre países, con un enfoque especial en la salud en las zonas fronterizas.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) preste apoyo a los países, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la elaboración de planes y estrategias multisectoriales que apoyen la resiliencia del sistema de salud, y la mejora de la salud y el bienestar;
-

- b) abogue frente a los países y los asociados por la importancia de los sistemas de salud resilientes y sus características, así como por las medidas integradas y de largo plazo requeridas para establecerlos;
- c) siga prestando apoyo a los países en el fortalecimiento de sus sistemas de salud y en la formulación de planes nacionales para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como mediante la implementación eficaz de las RISS;
- d) preste apoyo a la creación de capacidad de reserva en los sistemas de salud (trabajadores de la salud, financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias) para aumentar la respuesta de los servicios de salud en caso de que se presente un riesgo grave o sostenido para el sistema;
- e) apoye la respuesta de la red de servicios de salud a las necesidades de las personas y la comunidad;
- f) fomente un enfoque holístico para la aplicación del RSI mediante el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, y siga prestando cooperación técnica a los países en la evaluación de la preparación de los sistemas de salud para el caso de que sobrevenga un brote de enfermedad de importancia internacional;
- g) preste apoyo a los países en el desarrollo de sistemas de información de salud para mejorar la vigilancia y monitorear la capacidad de los sistemas de detectar, prever, adaptarse y responder;
- h) intensifique la cooperación técnica y financiera en materia de desastres y otras actividades de reducción de riesgos dentro de los sistemas de salud, de valoración y evaluación de riesgos, y de gestión de riesgos, a fin de contribuir a la resiliencia de los sistemas de salud;
- i) siga fortaleciendo las actividades de la OPS para generar datos científicos sobre los sistemas de salud resilientes, fomentar la investigación sobre los sistemas de salud y elaborar métodos para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en situaciones de riesgo o presión;
- j) promueva el fortalecimiento de estrategias de cooperación regional que incluyan sistemas de información, identificación de necesidades reales y mecanismos de apoyo, a ser consideradas por los Estados Miembros a través de sus estructuras internamente definidas.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R9 *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022*

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15);

Considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proporcionado un marco más completo para afrontar los problemas de la prevención, la eliminación y el control de enfermedades tropicales desatendidas a nivel mundial;

Considerando la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (2007), el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345* [2014]), el informe sobre la 16.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16) (documento CD52/INF/3 [2013]), el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (resolución CD53.R2 [2014]), la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14 [2014]) y el documento conceptual sobre *La salud y los derechos humanos* (resolución CD50.R8 [2010]);

Reconociendo el efecto de las enfermedades infecciosas desatendidas sobre la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y el estigma en la Región de las Américas, especialmente en los grupos de población de alto riesgo y los que se encuentran en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo que las enfermedades infecciosas desatendidas no solo reflejan, sino que acentúan las inequidades en la cobertura de los servicios de salud al afectar a los grupos de población en los márgenes económicos de la sociedad;

Reconociendo que las medidas de prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas desatendidas aplicadas en la niñez y en las mujeres en edad fértil de la Región pueden proteger a estos grupos vulnerables de enfermedades crónicas y agudas y de la muerte prematura, así como reducir el riesgo de padecer discapacidad y sufrir estigma;

Reconociendo que algunas enfermedades infecciosas desatendidas representan también un riesgo para la fuerza laboral periurbana, rural y agropecuaria en la Región, y obstaculizan el desarrollo económico de individuos, familias y comunidades en riesgo;

Reconociendo que en la Región hay evidencia de que se han logrado la eliminación y la interrupción de la transmisión de varias enfermedades infecciosas desatendidas prioritarias y la eliminación de otras enfermedades infecciosas desatendidas como problema de salud pública;

Reconociendo que algunos países que han eliminado las enfermedades infecciosas desatendidas han ejecutado las medidas de monitoreo o vigilancia para la fase posterior a

la eliminación a fin de prevenir la reintroducción o recrudescencia y consolidar la sostenibilidad;

Considerando que la prevención, la eliminación, el control ampliado, y el monitoreo y la vigilancia posteriores a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en la Región son posibles en cada país y territorio en el futuro previsible,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15).
2. Instar a todos los Estados Miembros, teniendo en cuenta su situación epidemiológica, contexto nacional y prioridades, a que:
 - a) otorguen prioridad a las enfermedades infecciosas desatendidas y a su eliminación como una prioridad importante de salud pública, promoviendo una respuesta completa e integrada basada en las recomendaciones de la OPS/OMS, y establezcan metas específicas para afrontar los problemas que entrañan estas enfermedades, con la meta de eliminar cuantas sea posible de aquí al año 2022 o incluso antes;
 - b) fomenten las alianzas, iniciativas, sinergias y actividades interprogramáticas dentro y fuera del sistema de salud, involucrando a todos los asociados e interesados directos pertinentes, en especial la sociedad civil, en la prevención, la eliminación, el control y la vigilancia posterior a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas;
 - c) promuevan mecanismos en cada país que garanticen la profesionalización y estabilidad del personal técnico y la continuidad política de las estrategias programáticas;
 - d) establezcan estrategias específicas para la vigilancia y el manejo integrados de los vectores de las enfermedades infecciosas desatendidas y para fortalecer la prevención de determinadas zoonosis desatendidas mediante un enfoque de salud pública veterinaria y “Una salud”, incluida la colaboración con las áreas de sanidad y producción animal, así como las intervenciones de educación y extensión dirigidas a grupos poblacionales desatendidos clave y grupos en condición de vulnerabilidad, con participación de las comunidades afectadas y los interesados directos principales;
 - e) apoyen la promoción del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo conexos mediante un enfoque centrado en el tratamiento integrado de la morbilidad y la prevención de la discapacidad en las personas y las familias afectadas por las enfermedades infecciosas desatendidas que causan discapacidad y generan estigma;

-
- f) apoyen la formulación de políticas, reglamentos y normas relacionadas con la salud, así como el desarrollo de capacidad, a nivel de país, con respecto a la vigilancia, el tamizaje, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas desatendidas tanto dentro como fuera de los entornos de atención (de conformidad con las orientaciones normativas basadas en la evidencia emitidas por la OPS y la OMS), y velen por su ejecución, seguimiento y evaluación periódicos;
 - g) promuevan la colaboración y la coordinación entre países en el monitoreo de los progresos realizados hacia el cumplimiento de las metas de eliminación y en el monitoreo y vigilancia en la fase posterior a la eliminación;
 - h) velen por la inclusión de los medicamentos, los medios de diagnóstico y equipos relacionados con la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en las listas de medicamentos esenciales y los formularios nacionales; negocien la importación acelerada de medicamentos con los organismos de reglamentación, los servicios aduaneros y las autoridades impositivas nacionales, y promuevan el acceso a ellos mediante procesos de negociación de precios y mecanismos de compras nacionales y regionales como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS;
 - i) fortalezcan la capacidad de los países de generar y difundir oportunamente información estratégica de calidad (incluidos mapas) sobre las enfermedades infecciosas desatendidas, desglosada por edad, sexo y grupo étnico;
 - j) respalden la formulación de estrategias integradas para el suministro de agua potable, higiene y saneamiento básicos, las condiciones mejoradas de vivienda, la promoción de la salud y la educación sanitaria, el control de vectores y la salud pública veterinaria basadas en enfoques intersectoriales, teniendo en cuenta y abordando los determinantes sociales de la salud, para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, y asuman una función de liderazgo para propugnar esas estrategias al nivel más alto de autoridad;
 - k) eliminen las barreras geográficas, económicas, socioculturales, legales, institucionales y por razones de género que obstaculizan el acceso universal equitativo a servicios de salud integrales por parte de los afectados por las enfermedades infecciosas desatendidas, siguiendo la estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) establezca un grupo consultivo técnico sobre la eliminación e interrupción de la transmisión en los seres humanos de las enfermedades infecciosas desatendidas que asesore a la Oficina Sanitaria Panamericana y, por conducto de esta, a los Estados Miembros;
 - b) apoye la ejecución del plan de acción, especialmente con respecto al fortalecimiento de los servicios para la vigilancia innovadora e intensificada de enfermedades y del manejo de casos (vigilancia, tamizaje, diagnóstico, atención y tratamiento), y para la quimioterapia preventiva de las enfermedades infecciosas
-

- desatendidas como parte de la expansión de la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud en la Región de las Américas;
- c) apoye a los Estados Miembros para que refuercen los sistemas nacionales y regionales de información y vigilancia de las enfermedades infecciosas desatendidas con objeto de monitorear los progresos realizados en el control y la eliminación, así como de brindar apoyo a la toma de decisiones en los países, según su situación epidemiológica;
 - d) preste asistencia técnica a los Estados Miembros para que amplíen a mayor escala las medidas para eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas, fortalezcan el manejo integrado de los vectores de estas enfermedades y refuercen la prevención de determinadas zoonosis desatendidas mediante un enfoque de salud pública veterinaria y “Una salud”, de acuerdo con las prioridades nacionales;
 - e) apoye a los Estados Miembros para que aumenten el acceso a medicamentos y productos básicos asequibles contra las enfermedades infecciosas desatendidas, incluso mediante los procesos de negociación de precios y otros mecanismos de adquisición sostenible;
 - f) promueva las asociaciones estratégicas, las alianzas y la cooperación técnica entre países de la Región al llevar a cabo las actividades incluidas en este plan de acción, teniendo en cuenta la meta previsible de la eliminación y la interrupción de la transmisión en seres humanos de determinadas enfermedades infecciosas desatendidas en la Región de las Américas;
 - g) presente a los Cuerpos Directivos una evaluación de mitad de período en el 2019 y un informe de evaluación final en el 2023.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R10 Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CD55/17, Rev. 1), que incluye el informe final del *Plan de acción de hospitales seguros* para el período 2010-2015;

Tomando en cuenta los avances en la implementación de las resoluciones *Preparación y respuesta frente a los desastres* (resolución CD45.R8) del 2004, *Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres* (resolución CSP27.R14) del 2007, y *Plan de acción de hospitales seguros* (resolución CD50.R15) del 2010;

Observando que la ejecución del *Plan de acción de hospitales seguros* (documento CD50/10) en el período 2010-2015 ha demostrado progresos y retos que han

contribuido a la adopción de programas y políticas nacionales de hospitales seguros, a la ejecución de actividades para que todos los hospitales nuevos se construyan con un mayor nivel de protección y a la implementación de medidas para hacer frente al cambio climático en lo que respecta tanto a la adaptación como a la mitigación de los desastres para reforzar los establecimientos de salud existentes;

Recordando que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, la Agenda para la Humanidad y el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 ratifican que la salud de la población es una prioridad en la reducción del riesgo de desastres y que, por lo tanto, se debería prestar especial atención a la capacidad de respuesta ante fenómenos naturales, eventos derivados de la actividad del ser humano, incluidos aquellos de tipo ambiental, biológico y radiológico, y hacer énfasis en el acceso a los servicios de atención médica posterior a los desastres, la atención de las necesidades de los grupos de atención prioritaria, como las personas con discapacidad y los grupos étnicos, y la atención de la salud mental, aplicando un enfoque de género;

Tomando en cuenta las conclusiones de la Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de Salud en Managua (Nicaragua) de octubre del 2015, en la que 29 países y territorios de la Región identificaron los progresos en la reducción del riesgo de desastres y priorizaron la intervención en relación con las brechas existentes;

Consciente de la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros de la Organización implementar acciones para mejorar la protección de la salud de la población frente a emergencias y desastres,

RESUELVE:

1. Aprobar e implementar el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CD55/17, Rev. 1).
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fortalezcan los programas de respuesta ante emergencias y desastres del sector de la salud;
 - b) incorporen la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud en las políticas, los planes y presupuestos nacionales, y promuevan la integración de la salud en los planes y estrategias nacionales de reducción del riesgo de desastres;
 - c) promuevan iniciativas en alianza con la comunidad científica y tecnológica, el sector académico y otros, para investigar, difundir y compartir las buenas prácticas de la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud, así como incorporar estas en la formación de los recursos humanos;
 - d) continúen ejecutando la iniciativa de Hospitales Seguros e incorporen los criterios de mitigación de las consecuencias de los desastres y la adaptación al cambio

- climático en las políticas, la planificación, el diseño, la edificación, el funcionamiento y la acreditación de los establecimientos de salud;
- e) fortalezcan a nivel nacional el desarrollo y la actualización de conocimientos y procedimientos de los equipos de respuesta frente a emergencias y desastres;
 - f) impulsen el establecimiento de reservas estratégicas y la adecuada gestión de suministros críticos para la preparación, respuesta y recuperación temprana.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) colabore con los Estados Miembros en la coordinación y ejecución del *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* en los ámbitos nacional, subregional y regional;
 - b) apoye el desarrollo de metodologías, guías técnicas y sistemas de información para facilitar la evaluación del riesgo de desastres;
 - c) fomente el fortalecimiento de alianzas con organismos especializados a fin de movilizar los recursos humanos y financieros y la tecnología necesaria para mejorar la gestión del riesgo de desastres;
 - d) informe a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del presente plan de acción al final de cada bienio, y elabore una evaluación final en el último año de vigencia.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R11 Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el *Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CD55/18, Rev. 1) relacionado con la situación de las resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas en los últimos 17 años (1999-2015), así como las recomendaciones sobre el cierre y los requisitos de presentación de informes de dichas resoluciones;

Observando que numerosas resoluciones tienen un plazo abierto en cuanto a los requisitos de presentación de informes a los Cuerpos Directivos,

RESUELVE:

- 1. Refrendar las recomendaciones presentadas en el *Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CD55/18, Rev. 1) sobre el cierre de resoluciones y la presentación de informes, lo que significa adoptar la práctica de

presentar informes en un período de tiempo limitado y cerrar aquellas resoluciones que han sido sustituidas en su totalidad por resoluciones posteriores o aquellas cuyos compromisos se consideran cumplidos.

2. Solicitar a la Directora que:
 - a) continúe con la práctica de definir los requisitos para la presentación de informes sobre la ejecución de las resoluciones, estableciendo una fecha final específica para la presentación de informes al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
 - b) presente análisis similares de las resoluciones al menos cada tres años para cerrar las resoluciones cuando corresponda.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R12 El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política sobre *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo* (documento CD55/10);

Considerando 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”, y observando que los países de la Región mediante la resolución CD53.R14 afirmaron el “derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”;

Recordando la resolución CD53.R14 (2014) sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como la resolución A/RES/70/1 de las Naciones Unidas, mediante la cual se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluido el objetivo 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”;

Recordando la resolución WHA61.21 (2008) en la que se adopta la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*, la resolución CD48.R15 (2008) sobre la *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional* y el *Informe del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo*;

Reconociendo que mejorar el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias contribuye a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Tomando en consideración que adoptar y aplicar políticas, leyes, regulaciones y estrategias integrales contribuye a mejorar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos aquellos considerados estratégicos y de alto costo, así como la calidad de los servicios de salud y los resultados en materia de salud, asegurando al mismo tiempo la sostenibilidad de los sistemas de salud;

Teniendo en cuenta que varios medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo ahora se consideran esenciales y pueden mejorar considerablemente la calidad de vida y los resultados en materia de salud cuando se usan de acuerdo con las guías de práctica clínica basadas en la evidencia;

Reconociendo que la adopción de algunos medicamentos y otras tecnologías sanitarias nuevos y de alto costo incorporados en los sistemas de salud no proporciona un valor agregado sustancial, ya que desplazan tratamientos eficaces de menor costo;

Reconociendo la necesidad de mejorar el acceso mediante enfoques integrales centrados en la mejora de la disponibilidad, la asequibilidad y el uso racional en los sistemas de salud, así como los procesos de selección conforme fueran descritos en la resolución WHA67.22 de la Asamblea Mundial de la Salud;

Reconociendo asimismo los retos que afrontan actualmente los Estados Miembros para asegurar el acceso y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales, a que:
 - a) adopten políticas o estrategias integrales nacionales, junto con marcos jurídicos y regulatorios, para mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias clínicamente efectivos y costo-efectivos, que tomen en consideración las necesidades de los sistemas de salud y todo el ciclo de vida de los productos médicos, desde la investigación y el desarrollo hasta la garantía de la calidad y el uso, incluidas la prescripción y la dispensación, y que desincentiven la demanda inapropiada de medicamentos y tecnologías sanitarias que son costosos e ineficaces, o que no ofrecen beneficios suficientes sobre alternativas menos costosas;
 - b) de manera de mejorar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud, *i)* fortalezcan las instituciones de salud, los mecanismos y las capacidades reguladoras para promover la buena gobernanza y las decisiones basadas en la

- evidencia sobre la calidad, seguridad, eficacia y el uso óptimo de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y *ii*) promuevan la transparencia y la rendición de cuentas en la asignación de recursos para medicamentos y otras tecnologías sanitarias;
- c) evalúen, revisen y actualicen regularmente los formularios y las listas de medicamentos esenciales a través de procesos de selección y mecanismos transparentes y rigurosos basados en la evidencia y sustentados en los métodos de evaluación de las tecnologías sanitarias para satisfacer las necesidades de salud;
 - d) promuevan mecanismos adecuados de financiamiento y de protección financiera para fomentar la sostenibilidad del sistema de salud, para mejorar el acceso y para avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios de salud, a fin de evitar las dificultades financieras, el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos;
 - e) trabajen junto con el sector farmacéutico para mejorar la transparencia y el acceso a la información oportuna e integral, incluso en relación con los costos integrales de la investigación y desarrollo y las tendencias, así como las políticas de precios y las estructuras de precios, la gestión de la cadena de suministro y las prácticas de compras, a fin de que mejoren la toma de decisiones, eviten el derroche y aumenten la asequibilidad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias;
 - f) fortalezcan la capacidad institucional para producir evaluaciones de tecnología de calidad de nuevos medicamentos y otras tecnologías sanitarias antes de incorporarlos en los sistemas de salud, prestando especial atención a los que se considere que tienen un costo elevado;
 - g) fomenten la competencia mediante estrategias integrales, que pueden incluir políticas de propiedad intelectual que tomen en cuenta la perspectiva de la salud pública considerando la maximización de la innovación relacionada con la salud, el establecimiento de incentivos y regulaciones que permitan la incorporación y adopción rápidas de medicamentos multifuente¹ genéricos de calidad o sus equivalentes terapéuticos, la reducción de aranceles y la adopción de mecanismos de compras conjuntas que limiten la fragmentación al mancomunar la demanda;
 - h) adopten estrategias eficaces para mejorar el acceso a los productos de fuente única o de un número limitado de fuentes como, aunque sin limitarse a ello, las negociaciones transparentes nacionales e internacionales sobre precios, el reembolso, políticas y estrategias de precios y, cuando sea apropiado, el uso de las flexibilidades establecidas por la Declaración Ministerial de Doha sobre el acuerdo ADPIC;

¹ La OMS utiliza el término “producto farmacéutico multifuente” y lo define como un equivalente farmacéutico o alternativa farmacéutica que puede o no ser equivalente terapéutico. Los productos farmacéuticos multifuente que son equivalentes terapéuticos son considerados como intercambiables (WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, WHO Technical Report Series 937, 2006, disponible en inglés: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14091e/s14091e.pdf>).

- i) adopten medidas para promover el acceso a información imparcial y libre de conflictos de intereses sobre productos médicos para las autoridades de salud, los profesionales de la salud y la población en general a fin de promover el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias y de mejorar la prescripción y dispensación; y monitoreen el uso seguro y la efectividad de estos productos mediante sistemas sólidos de farmacovigilancia y tecnovigilancia;
 - j) reconozcan el papel de los prescriptores en las decisiones relativas a las opciones de tratamiento, y proporcionen apoyo para mejorar las prácticas de prescripción para que sean adecuadas, éticas y basadas en el uso racional, con herramientas tales como las guías de práctica clínica, las estrategias educativas y regulaciones para abordar los conflictos de intereses entre prescriptores y fabricantes de productos médicos;
 - k) desarrollen marcos, incluso por medio de consultas con todos los actores principales, que definan principios éticos que guíen, bajo la perspectiva de salud pública, el desarrollo de publicidad y mercadeo farmacéuticos y de códigos de conducta que orienten el comportamiento ético de los visitantes médicos farmacéuticos*;
 - l) promuevan la adopción de instrumentos o mecanismos para mejorar la calidad de los exámenes de solicitudes de patentes farmacéuticas y de otras tecnologías sanitarias, y para facilitar que los examinadores tengan acceso a la información necesaria para tomar las decisiones apropiadas;
 - m) promuevan el trabajo de las autoridades nacionales de salud y otras autoridades competentes, de acuerdo con el contexto nacional, con respecto a las patentes farmacéuticas y otras tecnologías sanitarias y a las prácticas de patentamiento para promover la innovación relacionada con la salud y el uso de mecanismos y procedimientos, como el *Orange Book* de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y el registro de patentes de Canadá, que apoyen la transparencia y claridad de la información, incluida la información sobre los principios activos, sus patentes asociadas, las fechas de vencimiento de las patentes y otra información conexas, y para estimular la competencia de mercado.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) proporcione apoyo a los Estados Miembros en la formulación de políticas y marcos jurídicos integrales² para los medicamentos y las tecnologías sanitarias que promuevan el acceso a los medicamentos y a otras tecnologías sanitarias esenciales y estratégicos, incluidos los que se consideren de alto costo;
 - b) proporcione apoyo a los Estados Miembros en la formulación, el establecimiento y la revisión de marcos jurídicos y regulatorios, políticas y otras disposiciones

* Los visitantes médicos farmacéuticos también son conocidos como agentes de promoción y mercadeo farmacéutico o representantes comerciales.

² De acuerdo con la resolución CD54.R9.

- nacionales que permitan la pronta entrada y la incorporación de medicamentos multifuente genéricos de calidad o de equivalentes terapéuticos mediante estrategias integrales desde una perspectiva de salud pública;
- c) proporcione apoyo a los Estados Miembros en el aumento de la capacidad y la adopción de estrategias para mejorar la selección y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias sobre la base de evaluaciones de tecnologías sanitarias y otros enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud y la eficiencia;
 - d) promueva la cooperación y el intercambio de información, experiencias exitosas y capacidad técnica sobre la costo-efectividad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, las cuestiones de la cadena de suministro y las buenas prácticas de determinación de precios, entre otros, por medio de los canales y las redes de la OPS, y sintetice el progreso realizado por los Estados Miembros en áreas clave e informe al respecto;
 - e) siga fortaleciendo el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, que son iniciativas importantes para proporcionar apoyo permanente a los Estados Miembros en todos los aspectos relacionados con la disponibilidad y mayor asequibilidad de medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad, incluso proporcionando una plataforma para apoyar a los Estados Miembros participantes en la consolidación de la demanda, la negociación y la compra de medicamentos de alto costo de fuente única o de fuentes limitadas;
 - f) apoye a los Estados Miembros a fin de que elaboren y adopten marcos que definan principios éticos para orientar, desde la perspectiva de la salud pública, la elaboración de publicidad y mercadeo farmacéuticos, orientar la relación de la industria con las agrupaciones de pacientes, y apoyar la elaboración de códigos de conducta que guíen el comportamiento ético de los visitantes médicos farmacéuticos;
 - g) promueva la identificación y coordinación de iniciativas que aborden el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo en la Región a efectos de contribuir a su eficiencia y evitar duplicaciones.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2016)

CD55.R13 *La salud de los migrantes*

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento de política *La salud de los migrantes* (documento CD55/11);

Reconociendo que la migración humana es una de las prioridades más difíciles de abordar en el ámbito de la salud pública mundial;

Considerando que la Declaración Universal de Derechos Humanos y el derecho internacional reconocen el derecho de las personas a salir de cualquier país, incluido el propio, y que los derechos y las libertades establecidos en la Declaración, incluidos los derechos relacionados con la salud, pertenecen a todas las personas, incluidos los migrantes, refugiados y otros extranjeros;

Considerando el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer 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, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Teniendo en cuenta que la difícil situación de los migrantes se ha reconocido cada vez más y su prominencia se refleja en la agenda internacional, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y, más recientemente, en la Declaración de Nueva York aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2016;¹

Observando que por varios decenios los Estados Miembros de la OPS han asignado prioridad a la salud de las poblaciones de migrantes y desplazados, lo que ha dado lugar a arreglos para dar respuestas colaborativas; y reconociendo que la OPS ha aprobado varias resoluciones que promueven la incorporación del respeto de los derechos humanos y de la seguridad humana en las políticas, planes, programas y leyes nacionales relacionados con la salud para fortalecer la resiliencia de los miembros de las poblaciones de migrantes que se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad;

Reconociendo que las zonas fronterizas constituyen pasos migratorios con características específicas que requieren iniciativas bilaterales o multilaterales para debatir y coordinar las acciones de salud;

Observando que los Estados Miembros de la OPS han demostrado un interés cada vez mayor por la formulación de políticas y programas relacionados con la salud que aborden las inequidades en la salud y mejoren el acceso a los servicios;

Reconociendo que la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud*, aprobada mediante la resolución CD53.R14 (2014), constituye un marco para las acciones de los sistemas de salud encaminadas a proteger la salud y el bienestar de los migrantes, y reconociendo los aportes de estrategias y mandatos anteriores de la OPS que han abordado este tema y están en consonancia con otras estrategias y compromisos afines, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030,

¹ Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (A/71/L.1)

RESUELVE:

1. Apoyar el documento de política *La salud de los migrantes* (documento CD55/11).
2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con su contexto, prioridades y marcos institucionales y jurídicos, a que:
 - a) utilicen este documento de política en sus iniciativas para generar políticas y programas de salud destinados a abordar las inequidades en la salud que afectan a los migrantes, al igual que para desarrollar intervenciones dirigidas a reducir los riesgos para la salud de los migrantes, mediante el fortalecimiento de los programas y servicios que sean sensibles a sus condiciones y necesidades;
 - b) lideren las iniciativas para modificar o mejorar los marcos normativos y jurídicos destinados a abordar las necesidades específicas de salud de las personas, las familias y los grupos migrantes;
 - c) avancen hacia proveer a los migrantes acceso al mismo nivel de protección financiera² y de servicios de salud integrales, de calidad y ampliados progresivamente del que gozan otras personas que viven en el mismo territorio, independientemente de su condición migratoria, de acuerdo con el contexto, las prioridades y los marcos institucionales y jurídicos nacionales;
 - d) promuevan acciones a nivel bilateral, multilateral, nacional y local para generar propuestas de coordinación y articulación de programas y políticas en temas de salud considerados de interés común en las zonas fronterizas vinculadas.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) utilice el documento de política *La salud de los migrantes* a fin de aumentar la promoción de la causa y promover la movilización de recursos nacionales para formular políticas y programas que sean sensibles a las necesidades de salud de las poblaciones de migrantes;
 - b) establezca medidas, recursos técnicos y herramientas para brindar apoyo a la inclusión de los elementos de política propuestos en el programa de trabajo de la OPS;
 - c) fortalezca la coordinación interinstitucional y los mecanismos de colaboración para lograr sinergias y eficiencias en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas y, en particular, con la Organización Internacional para las Migraciones, el sistema interamericano y otros interesados directos que

² La protección financiera, tal como se establece en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]), es un medio para “avanzar hacia la eliminación del pago directo [...] que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos. Aumentar la protección financiera disminuirá la inequidad en el acceso a los servicios de salud”.

- trabajan para mejorar la salud y la protección de los migrantes en los países de origen, tránsito y destino;
- d) facilite el intercambio de experiencias exitosas entre los Estados Miembros y genere un repositorio de información sobre las experiencias relevantes en los países de la Región de las Américas.

(Novena reunión, 30 de septiembre del 2016)

Decisiones

Decisión CD55(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Argentina, Belice y Canadá para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2016)

Decisión CD55(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a Honduras para ocupar la Presidencia, a Granada y Paraguay para ocupar las Vicepresidencias, y a Jamaica para la Relatoría del 55.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2016)

Decisión CD55(D3) Establecimiento de la Comisión General

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

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2016)

Decisión CD55(D4) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora (documento CD55/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2016)

Decisión CD55(D5) Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

El 55.º Consejo Directivo, habiendo examinado el documento titulado *Consulta regional sobre el Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de Ébola y la respuesta que se le ha dado* (documento CD55/12, Rev. 1, anexo B), en el cual se presenta el informe de la Consulta Regional formal realizada en Miami (Estados Unidos), del 1 al 3 de agosto del 2016;

Recordando la resolución WHA61.2 (2008), la decisión CD52(D5) (2013), la resolución WHA68.5 (2015), el documento CD54/FR (2015), el documento EB138/4 (2016), el documento A69/20 (2016), el documento A69/21 (2016), la decisión WHA69(14) y el documento CE158/INF/5 (2016),

Decide:

1. Acoger con satisfacción el informe de la Consulta Regional formal sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y las observaciones de los Estados Miembros sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de Ébola y la respuesta que se le ha dado*, solicitando a la Secretaría de la OMS que incluya el informe en el punto correspondiente del orden del día a ser presentado ante el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.ª reunión, que tendrá lugar en enero del 2017, y ante la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, que tendrá lugar en mayo del 2017.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que transmita a la Secretaría de la OMS el informe de la Consulta Regional formal en su totalidad;
 - b) que facilite los preparativos de los Estados Miembros de la Región de las Américas para el participar en la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que tendrá lugar en enero del 2017, con la distribución de una nota de información sobre este tema a los Estados Miembros y sus misiones en Ginebra.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2016)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Delegada de Honduras, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en idioma español.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los treinta días del mes de septiembre en el año dos mil dieciséis. 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 la Presidenta.

Edna Yolani Batres
Presidenta del 55.º Consejo Directivo,
68.ª sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas
Delegada de Honduras

Carissa Etienne
Secretaria *ex officio* del 55.º Consejo
Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional
de la OMS para las Américas
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
 - 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
 - 2.2 Elección de la Mesa Directiva
 - 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
 - 2.4 Establecimiento de la Comisión General
 - 2.5 Adopción del orden del día
 - 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN**
 - 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
 - 3.2 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - 3.3 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Costa Rica y Ecuador
 - 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
 - 4.2 Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS
 - 4.3 Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS
 - 4.4 Marco para la colaboración con agentes no estatales
 - 4.5 Los sistemas de salud resilientes
-

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

- 4.6 El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo
- 4.7 La salud de los migrantes
- 4.8 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- 4.9 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020
- 4.10 Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021
- 4.11 Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022
- 4.12 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales
- 4.13 Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
- 4.14 Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señalada
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015
- 5.3 Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021

6. PREMIOS

- 6.1 Premio OPS en Administración (2016)
- 6.2 Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros
- 7.2 Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019
- 7.3 Actualización sobre la reforma de la OMS
 - Labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias: Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
- 7.4 Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas
- 7.5 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud: Informe final
- 7.6 Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas
 - Informe sobre la elaboración de la hoja de ruta sobre: *La Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores*
- 7.7 Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final
- 7.8 Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final
- 7.9 Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final
- 7.10 Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final
- 7.11 Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL (cont.)

7.12 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:

- A. Estrategia y plan de acción sobre *eSalud*: Examen de mitad de período
- B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
- C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período
- D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período
- E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: Examen de mitad de período
- F. Situación de los Centros Panamericanos

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

- A. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. 46.^o 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

OD351 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015

Documentos de trabajo

CD55/1, Rev. 2 Agenda

CD55/WP/1 Programa de reuniones

CD55/2 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo

CD55/3 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

CD55/4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Costa Rica y Ecuador

CD55/5 Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014 2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

CD55/6 Evaluación provisional de la aplicación de la Política del presupuesto de la OPS

CD55/7 Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS

CD55/8, Rev. 1 Marco para la colaboración con agentes no estatales

CD55/9 Los sistemas de salud resilientes

CD55/10, Rev. 1 El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo

CD55/11, Rev. 1 La salud de los migrantes

CD55/12, Rev. 1 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

CD55/13 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016 2020

Documentos de trabajo *(cont.)*

CD55/14	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021
CD55/15	Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022
CD55/16	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales
CD55/17, Rev. 1	Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
CD55/18, Rev. 1	Análisis de los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud
CD55/19 y Add I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CD55/20	Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021
CD55/21	Premio OPS en Administración (2016)
CD55/22	Premio OPS en Administración: Modificaciones de los procedimientos

Documentos de información

CD55/INF/1	Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: Mecanismos para la presentación de informes interinos a los Estados Miembros
CD55/INF/2, Rev. 1	Proceso de elaboración del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2018-2019
CD55/INF/3 y Add. I	Actualización sobre la reforma de la OMS <ul style="list-style-type: none">• Labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias: Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
CD55/INF/4	Actualización sobre el virus del Zika en la Región de las Américas

Documentos de información (cont.)

CD55/INF/5	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud: Informe final
CD55/INF/6 y Add. I	Aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas <ul style="list-style-type: none">Informe sobre la elaboración de la hoja de ruta sobre: <i>La Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores</i>
CD55/INF/7	Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud: Informe final
CD55/INF/8, Rev. 1	Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: Informe final
CD55/INF/9	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica: Informe final
CD55/INF/10, Rev. 1	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas: Informe final
CD55/INF/11	Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final
CD55/INF/12	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none">A. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Examen de mitad de períodoB. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenesC. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de períodoD. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de períodoE. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: Examen de mitad de períodoF. Situación de los Centros Panamericanos

Documentos de información (*cont.*)

- CD55/INF/13 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones
intergubernamentales de interés para la OPS
- A. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. 46.^o 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**

President / Presidente:	Dra. Edna Yolany Batres (Honduras)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Antonio C. Barrios Fernández (Paraguay)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. Nickolas Steele (Grenada)
Rapporteur / Relator:	Hon. Christopher Tufton (Jamaica)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Exmo. Sr. Juan José Acuri
Embajador, Representante Permanente de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

Sr. Julio Mercado
Ministro
Misión Argentina ante los Organismos Internacionales
Ginebra, Suiza

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Dr. Glen Beneby
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Merciana Moxey
Senior Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

BARBADOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

BELIZE/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Emil Joseph Waight
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)**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Germán Mamani Huallpa
Viceministro de Medicina Tradicional
e Interculturalidad
Ministerio de Salud
La Paz

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. Teresa Rosso
Responsable del Área de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
La Paz

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de Vigilância das
Doenças Transmissíveis
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Francisco Viegas Neves Da Silva
Técnico da Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Erwin Epiphanyo
Primeiro Secretário, Representante Alternata
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Mr. Réjean Hallée
Senior Development Officer
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Heidy Sanchez
Alternate Representative of Canada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. André 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

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

Ms. Ramya Kancherla
International Federation of Medical Student
Associations
Ottawa

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Carmen Castillo
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Luis Fernando Correa
Viceministro Encargado
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Excmo. Sr. Rogelio Sotela Muñoz
Embajador, Representante Permanente de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Viceministro Primero y a cargo de
Higiene, Epidemiología y Microbiología
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Alex Carreras Pons
Asistente del Departamento de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. José R. Cabañas Rodríguez
Embajador
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

Sr. Joel Lago Oliva
Primer Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

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

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Laura Esprit
Director, Primary Health Care Services
Ministry of Health and Environment
Roseau

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Vince Henderson
Ambassador, Permanent Representative of Dominica to the Organization of American States

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Anulfo López
Encargado, Departamento de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Sr. Edward Pérez Reyes
Encargado de Negocios, a.i., Embajador Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates and Advisers
– Suplentes y Asesores

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

Sra. Irina Moreno
Consejera, Representante Alternante ante la Organización de Naciones Unidas
Washington, D.C.

Sr. Santiago Chiriboga
Primer Secretario, Representante Alternante del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

Sr. Sebastián Jaramillo
Tercer Secretario, Representante Alternante del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternante de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Lucrecia Hernández Mack
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Olga María Pérez Tuna
Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Vilma Eugenia Ávila de Gentry
Ministra Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

GUYANA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

HAITI/HAÏTÍ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr Daphnée Benoît Delsoin
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Dr Linda Muse Sèvère
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Abogada Laura Mejía Aguilar
Directora de Cooperación Externa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Lizeth M. Alfaro Alemán
Coordinadora de la Red Descentralizada
de Salud
Mancomunidad Mocalempa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Dr. Rolando E. Pinel Godoy
Asesor del Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Licda. Ana Paola Acosta Gallardo
Técnico de la Unidad de Comunicación
Institucional
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Christopher Tufton
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Elaine Foster-Allen
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Mrs. Julia E. Hyatt
Interim Representative of Jamaica to the
Organization of American States
Washington, D.C.

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

JAMAICA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Mrs. Marva Lawson-Byfield
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Luis Alfonso de Alba
Embajador, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

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

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

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

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

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Alejandro Solís Martínez
Director General de Planificación y
Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Reina Gisela Roa
Viceministra de Funciones Especiales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

PARAGUAY (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Ester Pessah Eljay
Viceministra de Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Luis Chuquihuara Chil
Embajador, Representante Permanente de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegado

Sr. Samuel Ashcallay Samaniego
Primer Secretario, Representante Alterno de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS Y NEVIS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Senator Wendy Phipps
Minister of State within the Ministry of Health,
Community Development, Gender Affairs
and Social Services
Ministry of State with responsibility for
Health, Community Development,
Gender Affairs and Social Services
Basseterre

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS** (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mr. Omari Seitu Williams
Interim Representative of St. Vincent and the
Grenadines to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Gareth H. D. Bynoe
Counselor, Alternate Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Maureen Wijngaarde-van Dijk
Acting Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Ms. Jhanjan Roshnie
CARICOM Focal Point
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Richard Madray
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Clive Tilluckdharry
Chief Medical Officer (ag.)
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

Mr. David Constant
Director of International Cooperation
Ministry of Health
Port-of-Spain

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Zauditú Isis Lessey-Perreira
Second Secretary, Alternate Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

Mr. Neil J. Beck
Director
WTO and Multilateral Affairs
Office of the United States Trade
Representative
Washington, D.C.

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

Ms. Ann Danelski
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 and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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.

Mr. Thomas Daley
Deputy Director
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Karin Ferriter
Legal Advisor
Office of Policy and International Affairs
Department of Commerce
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

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

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

Mr. Conor Harrington
Director for Intellectual Property and Innovation
Office of Intellectual Property and Innovation
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

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

Ms. Hannah Lobel
Attorney Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Rebecca Minneman
Malaria Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

Mr. Jacob Olivo
International Health Analyst
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
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.

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

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

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

Ms. Anne Snyder
Policy Analyst, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

Anne Yu
Deputy Director, Pandemics and Emerging Threats Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Bernarndo Álvarez Herrera
Embajador, Representante Permanente de la República Bolivariana de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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.

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Lorena Giménez
Primera Secretaria, Representante Alternativa de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Cristian Romo
Primera Secretaria, Representante Alternativa de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

URUGUAY (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Álvaro Gallardo
Ministro, Representante Alternativo del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Nathalie Nikitenko
Director of International Relations and European affairs
French Ministry of Health

Mrs. Elise Anger
Representative of the Director of International Relations and European Affairs
French Ministry of Health

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Mr. Stéphane Dovert
Regional Counselor of cooperation
Embassy of France in Saint Lucia

Ms. Morgan Buffet
International volunteer to the French Mission
to the Organization of American States
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Dr. Katja Meijgaard
Policy Advisor, Counselor
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Ms. Asha Batchelor
Head of E.U. & Multilateral Team
E.U., International & Prevention Programmes
Department of Health
United Kingdom

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Petrona N. Davies
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Government of the Virgin Islands
Tortola, British Virgin Islands

Hon. Rufus Ewing
Premier
Turks and Caicos Islands Government

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Mrs. Althea Been
Director
Premier's Office
Turks and Caicos Islands Government

Mr. Bentley Johnson
Aide De Camp
Turks and Caicos Islands Government

Ms. Renessa Williams
Head of Secretariat
Turks and Caicos Islands Government

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Jerry E. Staring
Director
Department of Public Health Aruba
Oranjestad

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

CURAÇAO

PUERTO RICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

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.

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sra. Dña. Ana Nuñez
Becaria
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ms. D. Álvaro Sardiza
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**

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2016/
Premio OPS en Administración 2016**

Dr. Pastor Castell-Florit Serrate
Cuba

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

**Food and Agriculture Organization of the
United Nations/Organización de las
Naciones Unidas para la Agricultura y la
Alimentación**

Ms. Barbara Ekwall

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

Dr. Edward Greene
Dr. César Antonio Núñez

**United Nations Foundation/Fundación de las
Naciones Unidas**

Ambassador John E. Lange
Ms. Elesha Kingshott

**United Nations Population Fund/Fondo de
Población de las Naciones Unidas**

Mr. Esteban Caballero
Dr. Alma Virginia Camacho

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings
Dr. James Hospedales

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Nila Heredia Miranda
Dr. Gloria Lagos

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

Mr. Ferdinando Regalia

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

Ms. Ideli Salvatti

**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**

Ms. Pilar Tello Espinoza

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

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

Dr. Beatriz Champagne

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

Dr. Alfredo Antía
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Graciela Queiruga

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

Dr. Alberto Paganelli
Mr. Luis Villalba
Mr. Rodney Lopez

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry (cont.)/
Federación Latinoamericana de la Industria
Farmacéutica (cont.)**

Ms. Nacia Pupo Taylor
Mr. Jose Noguera
Ms. Alejandra Martinez
Ms. Julie Hamra

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

Dr. Walter Douthat
Dr. Alberto Alles
Dr. Alfonso Cueto-Manzano

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

Ms. Marcela Gaitán

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti
Ms. Annie Toro
Ms. Katherine Bond

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. Michael Splaine

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

Ms. Diana Vaca McGhie

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

Mr. Laurent Huber

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza Internacional
de Organizaciones de Pacientes**

Licda. Migdalia Denis

**International Council of Nurses/Consejo
internacional de enfermeras**

Mr. Howard Catton

**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**

Ms. Shira Kilcoyne
Mr. James Laubner
Ms. Kathleen Laya
Mr. Andrew Womack

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists/
Sociedad Internacional de Radiógrafos y
Tecnólogos Radiológicos**

Mr. Jonathan Mazal

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

Mr. Víctor García
Ms. María Ignacia Alvarez Argaluz
Ms. Pamela Delgado Barroso
Mr. Alan Patlán Hernández
Ms. María José Cisneros Cáceres

**World Self-Medication Industry/Industria
Mundial de la Automedicación Responsable**

Mr. Héctor Bolaños

**World Medical Association/Asociación
Médica Mundial**

Dr. Elizabeth Wiley

**World Organization of Family Doctors/
Organización Mundial de Médicos de
Familia**

Dr. Julie Wood

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
WHO Director-General candidate
Government of Ethiopia

Professor Philippe Douste-Blazy
WHO Director-General candidate
Government of France

Dr. Sania Nishtar
WHO Director-General candidate
Government of Pakistan

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Anarfi Asamoah-Baah
Deputy Director-General

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Mrs. Ivana Milovanovich
Coordinator
Country Cooperation and Collaboration
with UN System

Dr. Gottfried Hirsenschall
Director
HIV/AIDS

Dr. Peter Graaff
Director
Ebola Virus Outbreak Response

Mr. Irme Hollo
Director
Planning, Resource Coordination and
Performance Monitoring

**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

- - -