



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

## 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017*

---

CE160/FR  
30 de junio del 2017  
Original: inglés

**INFORME FINAL**

---

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión .....</b>	<b>6</b>
<b>Asuntos relativos al reglamento</b>	
Elección de la Mesa Directiva .....	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones .....	7
Representación del Comité Ejecutivo en la 29. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
Proyecto de orden del día provisional de la 29. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	8
<b>Asuntos relativos al Comité</b>	
Informe de la 11. <sup>a</sup> sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración .....	8
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017).....	9
Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales .....	9
Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	11
Informe anual de la Oficina de Ética (2016).....	12
Informe del Comité de Auditoría de la OPS .....	15
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS .....	17
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: Propuesta de modificaciones .....	18
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 .....	21
Nueva escala de contribuciones señaladas.....	25
Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.....	26
Política sobre etnicidad y salud.....	29
Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023 .....	32
Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022.....	34
Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud .....	38
Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022.....	41

**ÍNDICE (cont.)***Página***Asuntos administrativos y financieros**

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	44
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016 .....	44
Programación del excedente de los ingresos .....	48
Seguro de enfermedad tras la separación del servicio .....	49
Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	50
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación .....	51
Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021 .....	52

**Asuntos de personal**

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	53
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	54
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS .....	54

**Asuntos de información general**

Actualización sobre la reforma de la OMS.....	56
Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas .....	58
Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS).....	58
Centros colaboradores de la OPS/OMS.....	59
Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final.....	60
Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final .....	63
Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final.....	65
Informes de progreso sobre asuntos técnicos:	
A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso .....	66
B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso .....	67
C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período.....	67
D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso .....	67

## ÍNDICE (cont.)

*Página*

### **Asuntos de información general (cont.)**

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

E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso.....	68
F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período.....	69
G. Estrategia y plan de acción sobre epilepsia: Examen de mitad de período .....	70
H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período .....	70
I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación:	
Examen de mitad de período.....	71
J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria:	
Examen de mitad de período.....	72
K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas:	
Informe de progreso .....	72
L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso .....	73
M. Situación de los centros panamericanos .....	73
Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:	
A. Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud .....	73
B. Organizaciones subregionales.....	74
<b>Clausura de la sesión .....</b>	<b>74</b>

### **Resoluciones y decisiones**

#### *Resoluciones*

CE160.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas.....	75
CE160.R2 Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023.....	76
CE160.R3 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS .....	78
CE160.R4 Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	79
CE160.R5 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud.....	82
CE160.R6 Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: propuesta de modificaciones .....	83
CE160.R7 Nueva escala de contribuciones señaladas.....	85
CE160.R8 Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019.....	87

## ÍNDICE (cont.)

*Página*

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

#### ***Resoluciones (cont.)***

CE160.R9 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2018 .....	90
CE160.R10 Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022 .....	94
CE160.R11 Política sobre etnicidad y salud.....	96
CE160.R12 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017).....	99
CE160.R13 Orden del día provisional de la 29. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69. <sup>a</sup> Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	100
CE160.R14 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	100
CE160.R15 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.....	111

#### ***Decisiones***

CE160(D1) Adopción del orden del día .....	114
CE160(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 29. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	114
CE160(D3) Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022.....	115

### **Anexos**

- Anexo A. Programa
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. La 160.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 26 al 30 de junio del 2017. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Estados Unidos de América, Panamá y Trinidad y Tabago. Asistieron como observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Canadá, Ecuador, España, México y Perú. Además, estuvieron representadas dos organizaciones intergubernamentales y siete organizaciones no gubernamentales.
2. El doctor Rubén A. Nieto (Argentina, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y les dio la bienvenida a los participantes. Expresó sus sinceras condolencias a las personas afectadas por el hundimiento reciente de un buque de pasajeros en Colombia.
3. La doctora Carissa F. Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]) también les dio la bienvenida a los participantes y señaló que en el transcurso de los últimos meses, el mundo había presenciado cambios extraordinarios. La gente se encontraba cada vez más expuesta a riesgos económicos, ambientales, geopolíticos, sociales y tecnológicos en una aldea global estrechamente interconectada. Las enfermedades infecciosas seguían propagándose y habían aumentado los ataques terroristas y los ciberataques. La inestabilidad social y la migración en gran escala habían repercutido negativamente en la salud en numerosos países, al igual que los fenómenos meteorológicos extremos y los desastres naturales. A pesar de las mejoras logradas en la capacidad general colectiva para combatir las enfermedades, las necesidades mundiales en materia de salud no se estaban satisfaciendo plenamente. Por otro lado, más de la mitad de la población del mundo vivía con ingresos de menos de dos dólares diarios, al tiempo que casi 30.000 niños morían cada día debido a enfermedades relacionadas con la pobreza.
4. Ante esa gama de sucesos mundiales interconectados, la Oficina había colaborado de manera diligente con los Estados Miembros a fin de impulsar las metas comunes de salud para la Región. Siguió apoyando a los Estados Miembros para lograr avances tangibles hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, establecer sistemas de salud resilientes, fortalecer los preparativos para situaciones de emergencia y la capacidad de respuesta de los países, así como para reducir las inequidades en materia de salud, en especial entre las poblaciones que vivían en condiciones de vulnerabilidad.
5. Asimismo, los Estados Miembros habían trabajado con ahínco en el último año a fin de formular una nueva agenda de salud sostenible para las Américas correspondiente al período 2018-2030. La agenda, que el Comité examinaría durante la sesión, aportaría la dirección y la visión política para el desarrollo del sector de la salud en la Región en los

próximos 13 años. La Directora concluyó sus comentarios al agradecer a los Estados Miembros su compromiso infatigable con la OPS y expresar su gratitud al Comité por su orientación fundamental y sus perspectivas valiosas acerca de la labor de la Organización.

### **Asuntos relativos al reglamento**

#### ***Elección de la Mesa Directiva***

6. Los siguientes Miembros de la Mesa, elegidos en la 159.<sup>a</sup> sesión del Comité, siguieron desempeñando sus cargos respectivos durante la 160.<sup>a</sup> sesión:

<i>Presidencia:</i>	Argentina	(Dr. Rubén A. Nieto)
<i>Vicepresidencia:</i>	Trinidad y Tabago	(Dr. Vishwanath Partapsingh)
<i>Relatoría:</i>	Guatemala	(Dra. Lucrecia Hernández Mack)

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

#### ***Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE160/1, Rev. 2 y CE160/WP/1)***

8. La Directora, al presentar el orden del día provisional (documento CE160/1, Rev. 1) dijo que sería necesario agregar al orden del día del Comité un punto relativo al nombramiento del Auditor Externo porque se había recibido una postulación para este cargo después de la aprobación del orden del día preliminar por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2017.

9. El Comité adoptó el orden del día provisional, en su forma modificada, documento CE160/1, Rev. 2 (decisión CE160[D1]); el Comité también adoptó el programa de reuniones (CE160/WP/1).

#### ***Representación del Comité Ejecutivo en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE160/2)***

10. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Argentina y a Trinidad y Tabago titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para que representen al Comité en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Colombia y Panamá fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE160[D2]).

***Proyecto de orden del día provisional de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE160/3, Rev. 1)***

11. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) introdujo el proyecto del orden del día provisional de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE160/3, Rev. 1) y señaló que el punto 8.6, “Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)”, se había agregado de conformidad con la decisión WHA70(11) de la Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud, en la que se pedía que se organizaran consultas regionales sobre el tema.

12. La Directora observó que la Conferencia iba a tener un programa muy recargado, ya que incluiría la elección del Director para el período 2018-2023, la presentación de *Salud en las Américas*, la publicación emblemática de la Organización, así como la adopción de la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas. Por consiguiente, el trabajo preparatorio que había ejecutado el Comité iba a ser muy importante para que las resoluciones acerca de los diversos “Asuntos relativos a la política de los programas” estuviesen listas para su adopción.

13. El Comité adoptó el orden del día provisional (resolución CE160.R13).

**Asuntos relativos al Comité**

***Informe de la 11.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE160/4)***

14. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su undécima sesión del 22 al 24 de marzo del 2017. El Subcomité había tratado varios temas importantes de carácter financiero, administrativo y otros, a saber: un panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al 2016; un anteproyecto del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019; una propuesta de modificaciones al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; una actualización sobre la elaboración de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030; un informe relativo al proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para el próximo quinquenio, además de informes acerca de los agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS y de la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*.

15. La doctora Hernández Mack señaló que, habida cuenta de que todos los asuntos tratados por el Subcomité también figuraban en el orden del día del Comité Ejecutivo, informaría sobre ellos a medida que este los sometiera a consideración.

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



17. La Directora también le expresó su agradecimiento al Subcomité y señaló que los debates detallados que habían tenido lugar en ese organismo facilitarían mucho el trabajo del Comité Ejecutivo.

***Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)***  
**(documentos CE160/5 y Add. I)**

18. La doctora Miguela Pico (Argentina) informó que el Jurado del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017), integrado por representantes de Argentina, Brasil, Estados Unidos, Panamá y Trinidad y Tabago, se había reunido el 27 de junio del 2017 y había examinado la información acerca de los candidatos postulados por los Estados Miembros. Una vez finalizados los debates y, reconociendo los méritos de los cinco candidatos, el Jurado había decidido recomendar que el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) se otorgara a la doctora Stella Bolaños Varela, de Costa Rica, por su destacada carrera profesional y su compromiso de muchos años con la calidad y la gestión de los servicios de salud a nivel nacional, por sus sobresalientes contribuciones en el campo de la educación sobre salud y la administración de los servicios de salud para la población de adultos mayores, así como por su liderazgo en la ejecución de los modelos de atención centrados en las personas.

19. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE160.R12, mediante la que se confiere el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) a la doctora Stella Bolaños Varela, de Costa Rica

***Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales***  
**(documento CE160/6)**

20. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité acerca de las actividades emprendidas por la OPS hasta marzo del 2017 con miras a la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (FENSA), adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016 y por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2016. Esas actividades incluían la publicación de un boletín de información general en el que se explicaba la nueva política a todos los funcionarios de la OPS, además de sesiones informativas llevadas a cabo durante diversas reuniones regionales y subregionales del personal. También se había informado al Subcomité que la Organización Mundial de la Salud (OMS) todavía estaba elaborando algunas de las herramientas necesarias para la aplicación plena del Marco, como el registro de los agentes no estatales, una guía para el personal y un manual para los agentes no estatales.

21. El Subcomité había recibido con beneplácito las medidas adoptadas para llevar a la práctica el FENSA, que se consideraba un medio de velar por la transparencia en las relaciones con los agentes no estatales, evitar conflictos de intereses, además de proteger la integridad y la independencia de la OPS y la OMS. Se había instado a la Secretaría a proseguir las actividades previstas para ejecutar el Marco con prontitud y a cabalidad, en los tres niveles de la Organización.

22. El Comité Ejecutivo también recibió con agrado el progreso logrado en la aplicación del FENSA a nivel regional, ya que varios delegados señalaron que la Región de las Américas había sido la primera de las regiones de la OMS que había aplicado el Marco en la práctica. Los delegados también afirmaron que el Marco ayudaría a evitar que los agentes no estatales tuvieran una influencia indebida en la formulación y la aplicación de las políticas de salud pública, a mantener la integridad y la independencia de la OPS y la OMS, y a mejorar la confianza del público en ambas organizaciones. Se instó a la Oficina a que siguiera colaborando estrechamente con la Secretaría de la OMS para garantizar la aplicación uniforme del FENSA, a nivel regional y mundial. Se solicitaron actualizaciones acerca del progreso de la OMS en la preparación de la guía para el personal y el manual para los agentes no estatales. Los delegados también pidieron información acerca del progreso de la Oficina en la capacitación de su personal para aplicar el Marco, de la contribución de la OPS a la elaboración del registro mundial de agentes no estatales y de la participación de los representantes de la OPS/OMS en los países con respecto a la aplicación del FENSA, así como de toda dificultad concreta que se hubiese encontrado durante la ejecución del Marco a nivel regional.

23. El señor Scott Shauf (Asesor Legal Superior, OSP) informó que la OMS había publicado el registro de los agentes no estatales poco antes de la Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2017. La Oficina estaba colaborando con la Secretaría de la OMS para determinar de qué manera y cuándo se incorporarían al registro los agentes no estatales con los que colaboraba la OPS. Una versión inicial de la guía para el personal se había distribuido en abril del 2017 con el objeto de que fuese revisada por los puntos focales del FENSA, y la Oficina acababa de recibir una segunda versión revisada. La OMS había previsto tener la guía completa y lista para ser usada en agosto. La Oficina tenía la intención de empezar a usar la guía en la capacitación del personal, incluso del personal de las representaciones en los países, en la segunda mitad del año. Se esperaba que una versión preliminar del manual para los agentes no estatales estuviese terminada para su distribución en un futuro cercano.

24. La Directora recordó que había prometido que la Oficina Sanitaria Panamericana sería la primera de las oficinas regionales de la OMS que aplicaría el FENSA y, en verdad, eso era lo que había sucedido. La Oficina había procedido de inmediato a aplicar el FENSA en toda la cooperación con los agentes no estatales, a pesar de que la OMS no había terminado de elaborar todos los instrumentos necesarios para aplicar el Marco plenamente. Sin embargo, la Directora deseaba dejar claro que si bien uno de los supuestos objetivos del Marco era el de facilitar la colaboración de la Organización con los agentes no estatales, en realidad la había dificultado más, no debido a la manera en que se estaba aplicando el FENSA, sino por causa de las limitaciones que imponía, que iban mucho más allá de la política anterior de la OPS acerca del trabajo con el sector privado.

25. El Comité tomó nota del informe.

***Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS  
(documento CE160/7)***

26. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que el Subcomité había considerado un informe y un conjunto de documentos confidenciales suministrados por la Oficina acerca de ocho organizaciones no gubernamentales cuya condición de agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS debía someterse a examen. El examen se había efectuado de conformidad con el *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, mientras que en el pasado el Subcomité había examinado las relaciones de la OPS con las ONG sobre la base de los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*.

27. La Oficina había recomendado que prosiguieran las relaciones oficiales con seis organizaciones. Asimismo, había recomendado que se aplazara una decisión acerca de la continuación de las relaciones con la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), a fin de darle más tiempo a la Federación para elaborar un plan más robusto de colaboración; además, se recomendó interrumpir las relaciones oficiales con la Federación Internacional de la Diabetes, debido a la falta de colaboración durante los dos últimos años. Se había señalado que la interrupción de las relaciones con la Federación no excluiría la cooperación futura con ella o con las asociaciones de nivel nacional que la Federación representaba.

28. Luego de haber considerado la información presentada, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo aprobara la continuación de las relaciones oficiales entre la OPS y la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la Sociedad Estadounidense de Microbiología, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, March of Dimes, la Convención de la Farmacopea de Estados Unidos y la Asociación Mundial de Salud Sexual. Además, había recomendado que el Comité aplazara una decisión sobre la continuación de las relaciones oficiales con FIFARMA hasta el 2018 y descontinuara las relaciones oficiales con la Federación Internacional de la Diabetes.

29. El Comité Ejecutivo ratificó las recomendaciones del Subcomité. Se solicitó más información acerca de los recursos de las diversas organizaciones y sus actividades.

30. Una representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) expresó el agradecimiento de su organización por la renovación de las relaciones oficiales y destacó el compromiso de seguir colaborando con la OPS para mejorar el acceso al agua potable y el saneamiento, como una contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas.

31. El señor Scott Shauf (Asesor Legal Superior, OSP) dijo que los documentos confidenciales distribuidos a los miembros del Subcomité, con información detallada acerca de los recursos y las actividades de las diversas organizaciones, también podía ponerse a disposición de los miembros del Comité Ejecutivo.

32. La Directora dijo que la colaboración con los agentes no estatales, incluido el sector privado, sería crucial para impulsar la labor de la Organización hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La finalidad del FENSA era facilitar la colaboración y, al mismo tiempo, proteger la función que desempeñaba la Organización en cuanto a la fijación de normas y la reglamentación. Era necesario que la Oficina encontrara nuevas maneras de trabajar con el sector privado, que a su vez tenía que ser más consciente de lo que podrían hacer o no las organizaciones internacionales e intergubernamentales. Siempre que todas las partes interesadas comprendieran sus funciones respectivas, habría espacio para colaborar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y lograr que el mundo sea no solo más saludable sino también más próspero, con el desarrollo sostenible al alcance de todos.

33. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE160.R5 según la cual se renuevan las relaciones oficiales entre la OPS y las seis organizaciones mencionadas más arriba, se aplaza hasta el 2018 la decisión acerca del mantenimiento de relaciones oficiales con FIFARMA y se interrumpen las relaciones oficiales con la Federación Internacional de la Diabetes.

***Informe anual de la Oficina de Ética (2016) (documento CE160/8)***

34. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) informó sobre las actividades emprendidas por la Oficina de Ética en el 2016 en cinco áreas clave: asesoramiento y orientación para el personal de la OPS en asuntos éticos; capacitación y actividades de extensión; informes sobre posibles preocupaciones de índole ética; casos de fraude, robo o pérdida de propiedades o de recursos; y ejecución de políticas e iniciativas nuevas para mejorar la cultura ética en la OPS, promover un lugar de trabajo respetuoso y reducir el nivel de los conflictos interpersonales. En total había habido 91 consultas presentadas por el personal, que abarcaban inquietudes generales relacionadas con el lugar de trabajo, empleo externo, participación en juntas y comités, aceptación de regalos y empleo de familiares. Esa cifra representaba una disminución pequeña en el número de consultas en comparación con el año anterior, pero seguía siendo superior a la norma en la mayoría de las organizaciones.

35. En el ámbito de la capacitación y la promoción, la Oficina de Ética había ejecutado un programa de capacitación adaptado específicamente a la gerencia superior acerca de la importancia de que el personal pudiera expresar sus inquietudes de buena fe y sin temor a represalias. El programa había abarcado los principios generales de las represalias y la protección y la manera en que los gerentes podrían evitar equivocaciones que pudieran conducir a denuncias de conducta inapropiada. Por otro lado, la Oficina de Ética había ayudado a la oficina del Ombudsman en la elaboración de un curso en línea para contribuir a promover un lugar de trabajo saludable, en el que todo el personal sea tratado con dignidad y respeto.

36. Se habían recibido 49 informes de conductas que exponían posibles preocupaciones de índole ética, cifra algo inferior a la registrada los tres años anteriores. De ese total, 18 informes habían llegado a través del servicio de ayuda sobre ética, 17 de

ellos en forma anónima. La Oficina de Ética había recibido varios informes que alegaban acoso en el lugar de trabajo; también había ayudado a la Secretaría de la OMS en el manejo de dos de casos de esta naturaleza. Como resultado de una investigación, se había destituido a un funcionario por faltas de conducta. Recordó que en la reunión del Comité Ejecutivo del 2016, se había informado que la Oficina de Ética había recibido denuncias anónimas acerca de funcionarios de alto nivel de la Oficina Sanitaria Panamericana. Eso informes se habían investigado y se determinó que carecían de mérito. Más tarde, una persona, usando un pseudónimo, había enviado comunicaciones anónimas a la OMS, a la Oficina de Ética de las Naciones Unidas y a los miembros del Comité de Auditoría de la OPS, entre otros. En vista de la necesidad de proteger el buen nombre de la Organización y de su personal, la Directora había encargado un examen externo por un bufete de abogados prominente de Washington, D.C. En diciembre del 2016, una vez que se concluyó que las acusaciones no estaban sustentadas por hechos y carecían de mérito, el bufete de abogados había recomendado cerrar el caso.

37. En las áreas de fraude, robo y pérdida de propiedad y recursos de la OPS, en el 2016 hubo 29 informes y las pérdidas totales de la Organización habían sumado \$9.522,<sup>1</sup> que es el nivel más bajo de pérdidas notificadas en los nueve años anteriores. La mayoría de los casos incluían el robo de computadoras portátiles y teléfonos.

38. Entre las nuevas políticas adoptadas y las iniciativas emprendidas se encontraba la implantación de una nueva línea telefónica de ayuda, con un sistema de manejo de casos más complejo, así como mejores herramientas analíticas para el seguimiento de los casos y la generación de estadísticas. Bajo el liderazgo de la Oficina de Ética, se aprobó y publicó un nuevo reglamento interno para la Junta de Apelación de la OPS. La Oficina de Ética también había emitido dos boletines de información general para el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, uno destinado a informar acerca de las preocupaciones de índole ética y el otro sobre la participación en actividades políticas que pudieran considerarse como hostiles hacia un gobierno determinado. Por último, en el 2016 la Oficina de Ética había creado dos funciones separadas: una función de *asesoría* y una función de *investigación*. Por lo tanto, la Oficina había podido fortalecer sus actividades de prevención y extensión y reducir el riesgo de conducta inadecuada.

39. De acuerdo con un amplio informe publicado en el 2016 por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas (DCI), en el 2017 se asignaría particular importancia a las actividades de prevención y detección del fraude, así como a las de respuesta ante él. Como parte de esas actividades, la Oficina de Ética encabezaría la elaboración de una estrategia de concientización acerca del fraude, así como la capacitación dedicada a detectar y combatir el fraude y la corrupción. La Oficina de Ética también impartiría un programa de capacitación en línea a nivel de toda la Organización acerca de la conducta apropiada en el lugar de trabajo y emprendería una campaña para destacar que el personal tiene el derecho de expresarse abiertamente cuando se encuentre ante una situación en el lugar de trabajo que plantee preocupaciones de índole ética.

---

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

40. La campaña sería complementada por un curso de capacitación en línea obligatorio sobre la protección de la persona que denuncia alguna irregularidad y la prevención de represalias. La Oficina también tenía la intención de emprender una campaña más amplia para reducir al mínimo los riesgos de conflictos de intereses que podrían perjudicar la reputación de la Organización. Además, realizaría una encuesta en toda la Organización sobre el clima ético y el entorno de trabajo en las diferentes unidades, las representaciones en los países y los centros. El Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS, vigente desde hace 11 años, sería objeto de una revisión exhaustiva y se harían los ajustes necesarios para reflejar las prácticas y tendencias más recientes.

41. En el debate que siguió, los delegados reconocieron la valiosa función de la Oficina de Ética en el fomento de una cultura ética en la Organización y elogiaron las iniciativas para impartir un programa de capacitación integral en línea destinado al personal. La función de asesoramiento de la Oficina de Ética se consideraba muy valiosa para promover la conducta ética y evitar conflictos de intereses. La intención de llevar a cabo una encuesta para evaluar el ambiente de trabajo y la cultura ética fue bien recibida, al igual que el plan de la Oficina para hacer de la prevención y la respuesta ante los fraudes parte de su trabajo en el 2017. Se pidió más información acerca de la manera en que esas actividades se vincularían con las recomendaciones del informe de la DCI de las Naciones Unidas. También se aplaudieron los planes de ofrecer capacitación acerca de la protección de la persona que denuncia alguna irregularidad y la prevención de represalias. Se recalcó que debían investigarse todas las denuncias y alegatos de violaciones a la ética en todas las oficinas.

42. El señor MacMillan, al responder a una pregunta, confirmó que el programa de capacitación en línea sería obligatorio para todo el personal. Se repetiría cada tres o cuatro meses. La Oficina se proponía ampliar la capacitación para abarcar a los consultores, al personal contratado localmente, los contratistas y otras personas que trabajen para la Organización pero que no sean de plantilla. Todo el que trabaje para la OPS está sujeto al cumplimiento del Código de Principios Éticos y Conducta. Agregó que era necesario incluir disposiciones específicas en los contratos acerca del comportamiento esperado de las personas contratadas por la Organización.

43. En su opinión, había subnotificación del fraude en todo el sistema de las Naciones Unidas. Dado que la manera principal de identificar el fraude y las faltas de conducta era por medio de las denuncias del personal, era necesario asegurar que el personal conociera las diferentes opciones de notificación y dejar en claro que no habría ninguna represalia contra la persona que denunciara el fraude o la corrupción. Esa información se incluiría en la nueva capacitación acerca de la detección y la prevención de fraudes. Señaló que todos los documentos del sitio web de la Oficina de Ética estaban disponibles en los cuatro idiomas oficiales de la OPS para que todo el personal pudiera entender con claridad cuáles eran sus opciones para la notificación de sus inquietudes y cuáles eran sus derechos al debido proceso en caso de que fuesen objeto de una investigación.

44. El doctor Francisco Becerra Posada (Subdirector, OSP) dijo que la Oficina Sanitaria Panamericana tenía un interés evidente en el mantenimiento de la transparencia y

en la prevención del fraude y la corrupción, para los cuales tenía una política de tolerancia cero. Seguiría destacando la responsabilidad de todos de mantener la conducta ética en el lugar de trabajo, comportarse con transparencia y rendir cuentas sobre sus actividades cotidianas.

45. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE160/9, Rev. 1)***

46. El señor John Fox (Presidente del Comité de Auditoría de la OPS) presentó el informe del Comité de Auditoría, en el que se destacaban algunos de los temas tratados en las reuniones del Comité, celebradas en octubre del 2016 y abril del 2017. Informó que los miembros del Comité estaban muy bien impresionados con el progreso logrado en el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), ya que habían observado que los esfuerzos para instalar sistemas similares en otras organizaciones a menudo habían sido infructuosos, mientras que el proyecto del PMIS se había terminado de acuerdo al presupuesto establecido y dentro de los plazos fijados. El Comité de Auditoría había recomendado que se elaborara un informe acerca de la implantación y la utilización del PMIS una vez que hubiese estado en uso por un bienio completo. El Comité estaba interesado, en particular, en la forma en que el desarrollo del PMIS mejoraría las capacidades de la Oficina en cuanto a los controles internos y el funcionamiento de los procesos de programación y presupuestación.

47. Recordó que el Comité de Auditoría había subrayado anteriormente la necesidad de que se aprobara formalmente una carta de auditoría interna y señaló que un examen reciente de las actividades de auditoría de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) por parte de los Servicios de Calidad del Instituto de Auditores Externos (IIA) había encontrado que las normas internacionales solo se cumplían parcialmente. Ese resultado no debía considerarse como una crítica de la IES, sino como un reflejo de que la carta de auditoría interna aprobada por la Gerencia Ejecutiva en el 2002 nunca había sido aprobada por los Estados Miembros, por conducto del Comité Ejecutivo o el Consejo Directivo.

48. En cuanto a la Oficina de Ética, dijo que el Comité de Auditoría estaba cada vez más preocupado acerca de la posibilidad de que surgiera un conflicto de intereses debido a la combinación de las funciones de ética y de investigación dentro de la misma oficina. Esa situación podría entorpecer la imparcialidad necesaria para llevar a cabo investigaciones profesionales, además de reducir el tiempo disponible de la Oficina para abordar preocupaciones importantes de índole ética. El año anterior, por recomendación del Comité de Auditoría, la Directora había solicitado un arbitraje del asunto por un experto externo. El informe de ese arbitraje respaldaba con firmeza la separación completa de la función de investigación de la Oficina de Ética, a fin de permitir que esta última se concentrara en su función de ética y asegurar la objetividad necesaria para el desempeño profesional de la función de investigación.

49. Para el Comité de Auditoría había sido satisfactorio recibir los informes acerca del aumento de la eficacia del proyecto *Mais Médicos*. Sus recomendaciones con respecto a *Mais Médicos* tenían como finalidad conseguir que la Organización no se volviera dependiente de los extremadamente altos gastos de apoyo a programas generados por ese proyecto, que constituían una fuente considerable de ingresos, pero que llegarían a su fin en algún momento.

50. En cuanto a la auditoría externa, el Comité de Auditoría señaló que los estados financieros y el informe del Auditor Externo para el 2016 solo se habían firmado a finales de abril. En consecuencia, el Comité de Auditoría no había podido cumplir con su función clave de examinar y luego presentar un informe sobre esos documentos. Con respecto a los controles internos, el Comité de Auditoría había recibido un proyecto de procedimiento normalizado de trabajo con respecto al cumplimiento, pero este había llegado demasiado tarde para poder ser considerado en su totalidad en el año en curso; por consiguiente, se abordaría en la próxima reunión del Comité, en el otoño del 2017.

51. Las prioridades del Comité de Auditoría en el año siguiente serían en gran parte los asuntos planteados en su informe, a saber: velar por la independencia de las actividades de auditoría interna, fortalecer la cultura de evaluación en la Oficina y seguir avanzando en el mejoramiento de la gestión de riesgos institucionales. El Comité también tenía la intención de examinar la planificación programática y el proceso de presupuestación. Con respecto a los asuntos internos del Comité, uno de los puntos principales fue la no renovación del mandato del señor Nicholas Treen. El Comité reconocía plenamente que la decisión acerca de quiénes integrarán el Comité de Auditoría era una prerrogativa de los Estados Miembros y entendía que la decisión de seleccionar a otro experto, en lugar de renovar el mandato del señor Treen, de ninguna manera reflejaba una falta de apreciación por el servicio excelente que él había prestado. Sin embargo, el Comité también deseaba subrayar la importancia de la continuidad en la composición del Comité de Auditoría como una manera de asegurar que la mayor parte de sus miembros conocieran bien el funcionamiento de la Organización.

52. En el debate que siguió, los delegados expresaron su agradecimiento por la contribución del Comité de Auditoría al fortalecimiento de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas de la Organización y alentaron a la Oficina Sanitaria Panamericana a que pusiera en práctica todas las recomendaciones del Comité. Asimismo, pidieron aclaraciones acerca de la recomendación de separar las funciones de ética y de investigación, y solicitaron más información acerca de los resultados del arbitraje de la Oficina de Ética y de cómo se estructurarían las dos funciones. Con respecto al nombramiento de los miembros del Comité de Auditoría, se reconoció la importancia de mantener la continuidad y el conocimiento institucional de la Organización; se indicó que quizás debería adoptarse un procedimiento diferente o agregar otros criterios cuando se considera la reelección de un miembro que todavía está ejerciendo sus funciones. También se sugirió que el asunto debía remitirse al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración para que este siguiera considerándolo.

53. El señor Fox expresó su agradecimiento por el apoyo del Comité Ejecutivo a las recomendaciones del Comité de Auditoría.



54. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que los gastos de apoyo a programas recaudados sobre todas las contribuciones voluntarias se consideraban financiamiento flexible y confirmó que, en los últimos años, el proyecto *Mais Médicos* se había convertido en una fuente considerable de ese tipo de financiamiento. Se estaban concretando varias actividades para asegurar un perfil diverso y sostenible del financiamiento de la Organización ya que, sin duda, era necesario tener en cuenta la conclusión de *Mais Médicos* y establecer mecanismos para reemplazar esa fuente de financiamiento en los años venideros.

55. El Sr. Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) aclaró que el proyecto de procedimiento normalizado de trabajo mencionado por el señor Fox permitiría mantener y actualizar los procedimientos normales por vía electrónica y de manera constante siempre que hubiera un cambio de sistemas. También permitía recopilar las observaciones de todas las partes interesadas. La Organización esperaba con interés oír la opinión del Comité de Auditoría acerca del documento en octubre.

56. La doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) recordó que en el informe del arbitraje de la Oficina de Ética se habían propuesto tres opciones. Una había sido no cambiar nada, la segunda consistía en separar completamente las funciones de ética y de investigación y la tercera era que la Oficina de Ética siguiera ejerciendo algún tipo de función de salvaguarda con respecto a la función de investigación. Actualmente, la Oficina estaba examinando las posibles formas de las tres opciones, lo que implica analizar incluso detalles como la dotación de personal y costos posibles. Estaba también aprovechando la oportunidad para examinar la totalidad de la función de ética en la Organización e incorporar cualquier idea nueva pertinente al trabajo de la Oficina de Ética. Se esperaba que el examen estaría terminado en agosto o septiembre, con lo cual algunos de los resultados podrían presentarse al Comité Ejecutivo en su próxima sesión, en septiembre.

57. La Directora agradeció al Comité de Auditoría, al Auditor Externo y al Director de IES por su apoyo para que la Organización sea más transparente y responsable. Asimismo, agradeció a los Estados Miembros por su seguimiento para verificar si la Oficina Sanitaria Panamericana estaba poniendo en práctica las recomendaciones y observó que el mecanismo principal para hacerlo eran sus reuniones dos veces al año con la Gerencia Ejecutiva, que analizaba cada recomendación, determinaba lo que debería hacerse y fijaba un plazo para hacerlo.

58. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE160/10)***

59. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que se había informado al Subcomité que el mandato de un miembro del Comité de Auditoría caducaría en junio del 2017, con lo cual era necesario que el Comité Ejecutivo nombrara a un nuevo miembro durante la 160.<sup>a</sup> sesión. El Subcomité había establecido un grupo de trabajo para examinar la lista de

los candidatos propuestos por la Directora. Este grupo había evaluado a los cinco candidatos sobre la base de los criterios para la designación expuestos en la sección 4 de los términos de referencia del Comité de Auditoría y había decidido recomendar que la señora Kumiko Matsuura-Mueller fuese designada para integrar el Comité de Auditoría. El Subcomité había refrendado la recomendación del grupo de trabajo.

60. El Comité Ejecutivo ratificó la recomendación del Subcomité y varios delegados expresaron su agradecimiento al señor Nicholas Treen por sus servicios en el Comité de Auditoría.

61. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE160.R3, agradeció al señor Nicholas Treen por sus años de servicio para el Comité de Auditoría de la OPS y nombró a la señora Kumiko Matsuura-Mueller como miembro del Comité de Auditoría de la OPS por un plazo de tres años, desde junio del 2017 hasta junio del 2020.

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

#### ***Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: Propuesta de modificaciones (documentos CE160/11 y Add. I)***

62. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado las modificaciones propuestas al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que tenían por objeto alinear el Plan Estratégico con los cambios en el programa de la OMS y en la estructura de resultados, además de incorporar las nuevas prioridades para la Región. Se había informado al Subcomité que el número de áreas programáticas aumentaría de 30 a 34 y que la categoría 5 se había reestructurado de acuerdo con el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Además, los programas sobre la inocuidad de los alimentos y la resistencia a los antimicrobianos se habían pasado de la categoría 5 a la categoría 1. La resistencia a los antimicrobianos se había establecido como una nueva área programática, mientras que la hepatitis viral se había incorporado a la categoría 1.

63. El Subcomité había apoyado las modificaciones propuestas y recibió con agrado, en particular, el mayor énfasis en los temas de resistencia a los antimicrobianos e inocuidad de los alimentos. También se había recibido con beneplácito la armonización de la categoría 5 con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, se había subrayado la necesidad de formular y ejecutar los planes nacionales de acción de acuerdo con el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos* de la OMS; se habían propuesto otras modificaciones con miras a destacar la importancia fundamental de la acción a nivel de país. Se informó que se había reducido el alcance de la categoría 5 para centrarla en el fortalecimiento de las capacidades solo en el sector de la salud. Dada la importancia reconocida de las medidas adoptadas por otros sectores en los preparativos para situaciones de emergencia y la respuesta ante ellas, se había instado encarecidamente a la Oficina a que eliminara la mención del sector de la salud.

64. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) resumió las modificaciones propuestas, que figuraban en el cuadro 2 del documento CE160/11. En algunos se trataba de agregados, mientras que otros eran cambios en la ubicación del texto dentro del documento, que reflejaban el desplazamiento de algunas áreas programáticas a diferentes categorías. Las actualizaciones al marco de estratificación de las prioridades programáticas, de acuerdo con el método de Hanlon adaptado por la OPS, aprobadas por el 55.º Consejo Directivo,<sup>2</sup> se habían tenido en cuenta en la redacción de las modificaciones propuestas, de la misma manera que se había hecho para los resultados de los ejercicios de asignación de prioridades efectuados en los Estados Miembros. Agregó que otros 11 países habían efectuado esos ejercicios desde la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, celebrada en marzo de este año.

65. Se había revisado el documento para incorporar las sugerencias formuladas por el Subcomité o las presentadas por los Estados Miembros. En consecuencia, se había actualizado la referencia a la definición del componente de inequidad del método de Hanlon adaptado por la OPS, y se había ampliado el alcance de la categoría 5 para incluir la formación de capacidad más allá del sector de la salud, en vista de la necesidad de un enfoque multisectorial. El área programática para la reducción del riesgo de desastres, una prioridad específica para la Región de las Américas, se había mantenido en esa categoría. Se habían incorporado las líneas de base y las metas de los indicadores de resultados intermedios para las hepatitis virales y la resistencia a los antimicrobianos. Aún no se tenían las líneas de base ni las metas de algunos indicadores de resultados intermedios, en particular de la categoría 5; esas líneas de base y metas se encontraban en proceso de validación por parte de los técnicos y se incorporarían al documento que se presentaría a la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. El Plan Estratégico incorporaba los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en todas las categorías y áreas programáticas.

66. Al referirse al informe final sobre el Plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas (véanse los párrafos 268 a 274 más abajo), observó que, considerando el progreso logrado en la Región y el aumento de la capacidad de los Estados Miembros para abordar las necesidades de salud bucodental, se había decidido que la salud bucodental podría integrarse a la categoría 2 (Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo), a la categoría 3 (Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) y a la categoría 4 (Sistemas de salud; específicamente al área programática 4.2, Servicios de salud integrados, centrados en las personas y de buena calidad).

67. El Comité Ejecutivo aceptó las modificaciones propuestas y el aumento consiguiente de la alineación programática con la OMS. Se encomió, en particular, la armonización de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Las modificaciones se consideraban necesarias para reflejar las prioridades nuevas y emergentes, como la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. El Comité también opinó que el programa modificado reflejaba con exactitud las prioridades regionales específicas determinadas mediante el uso de la metodología de Hanlon adaptada por la OPS. Los delegados apoyaron las propuestas para

---

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

agregar la resistencia a los antimicrobianos como una nueva área programática bajo la categoría 1 y, además, pasar la inocuidad de los alimentos a esa categoría; varios delegados comentaron que esas áreas eran prioridades para sus países. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles también se había identificado como un área de alta prioridad. Se apoyó el fortalecimiento y la simplificación de la función de liderazgo y gobernanza de la OPS a fin de que la cooperación técnica estuviera en consonancia con las actividades contempladas para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

68. Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, se subrayó la necesidad de formular y ejecutar los planes nacionales de acción que estaban alineados con el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos* de la OMS; se sugirió que el indicador en relación con la resistencia a los antimicrobianos podría fortalecerse al señalar que la capacidad de vigilancia de un país debía estar de acuerdo con el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos de la OMS (GLASS, por su acrónimo en inglés). A los delegados les complació que el alcance de la categoría 5 se hubiera ampliado para reflejar la necesidad de un enfoque multisectorial a los preparativos y la respuesta a las situaciones de emergencia; asimismo, recibieron con beneplácito la importancia asignada a la formación de la capacidad de los países en esa esfera. Se sugirió que debería reformularse el indicador 5.5 de esa categoría, ya que parecía tener por objeto medir el financiamiento para los servicios básicos de emergencia, en lugar de la existencia o la eficacia de esos servicios.

69. Se destacó que el Plan Estratégico podría ejecutarse con éxito solo mediante los esfuerzos conjuntos de la Oficina y los Estados Miembros. Se subrayó la necesidad de contar con métodos eficaces de evaluación y de seguimiento; una delegada señaló que esos métodos debían describirse en el documento del Plan Estratégico. Varios delegados solicitaron aclaraciones acerca de la forma en que se redistribuirían los recursos del presupuesto para reflejar los cambios en las prioridades y las áreas programáticas. Una delegada indicó que en el área de la salud bucodental quedaban brechas e inequidades considerables; además, pidió una aclaración con respecto a cuáles recursos se asignarían a esa área.

70. El señor Chambliss dijo que no se habían hecho cambios en las asignaciones presupuestarias para el bienio en curso. Sin embargo, los Estados Miembros verían los cambios en las prioridades reflejadas en el proyecto de programa y presupuesto para el 2018-2019 (véanse los párrafos 74 a 87 más adelante). La Oficina había tomado nota de las observaciones acerca de los indicadores relacionados con la resistencia a los antimicrobianos y los servicios básicos de emergencia y analizaría cuál es la mejor manera de abordar las inquietudes expresadas.

71. La Directora afirmó que el Plan Estratégico y los planes de acción de toda la Organización debían ser documentos vivos y en evolución que podrían modificarse para reflejar nuevas prioridades y nuevos acontecimientos científicos. Expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por su compromiso de asumir la responsabilidad conjunta tanto de la planificación como de los resultados y reconoció la necesidad de que la Oficina ejerza un liderazgo fuerte. El método de abajo arriba para la planificación y la

ejecución había sido valioso para la Región y algunas de las metodologías elaboradas en la Región —particularmente el método de Hanlon adaptado por la OPS— constituirían mejores prácticas que se habían compartido con la OMS.

72. Observó que los Estados Miembros seguían instando a la Oficina a que hiciera muchas cosas, pero a ella también le gustaría oír sus opiniones acerca de lo que no debería hacer o dónde debería reducir sus actividades de cooperación técnica. En la esfera de la salud bucodental, por ejemplo, si los Estados Miembros deseaban que la Oficina hiciera más de lo que ya estaba haciendo por medio del enfoque integrado descrito por el señor Chambliss, entonces tendrían que decidir dónde debería hacer menos.

73. El Comité aprobó la resolución CE160.R6, en la que recomendaba que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara las modificaciones propuestas al Plan Estratégico 2014-2019.

***Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (documentos CE160/12, Add. I y Add. II, Rev. 1)***

74. La doctora Lucrecia Hernández Mack (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una versión preliminar del proyecto de programa y presupuesto de la OPS 2018-2019, que por primera vez se había presentado al Subcomité como un programa y presupuesto preliminar completo y no como un esquema. Se había informado al Subcomité que el programa y presupuesto total aumentaría en cierta medida y el grueso del aumento correspondería a programas específicos y a la respuesta a brotes de enfermedades y crisis. Sin embargo, las contribuciones señaladas no cambiarían y se mantendrían en \$210,6 millones. El incremento sería financiado con un aumento previsto de la asignación de la OMS a la Región.

75. El Subcomité había expresado su agradecimiento por los esfuerzos de la Oficina para asegurar la factibilidad del presupuesto y elogió los pasos que había dado para mejorar la eficiencia y hacer ajustes acordes con la inflación, a fin de evitar cualquier aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Se había expresado inquietud acerca de la gran proporción del presupuesto asignado a la gerencia y la administración bajo la categoría 6; se había sugerido que algunos de esos fondos quizás deberían redistribuirse entre las áreas de alta prioridad, como las enfermedades no transmisibles y las emergencias de salud. Los delegados también habían expresado inquietud por las reducciones en diversas áreas programáticas, entre ellas la salud de la mujer y el niño, los preparativos para situaciones de emergencia y el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

76. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) destacó los aspectos clave del proyecto de programa y presupuesto para el 2018-2019, el último bienio del período abarcado por el Plan Estratégico 2014-2019. Observó que el proyecto incorporaba las enseñanzas extraídas de los dos bienios anteriores e incluía, por primera vez, un capítulo sobre los riesgos y la gestión de riesgos. El proyecto

reflejaba un ejercicio de determinación de los costos usando el método de abajo arriba que se realizó a nivel de país y dentro de unidades individuales en la sede de la OPS. También incorporaba los resultados de la actividad de estratificación de las prioridades realizada por los Estados Miembros; asimismo, abordaba diversos mandatos regionales y mundiales, entre ellos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

77. El proyecto se había modificado desde la sesión del Subcomité celebrada en marzo para tener en cuenta una reducción de \$1,5 millones de la asignación prevista de la OMS; como resultado de esta reducción, el presupuesto para los programas básicos se había reducido de \$621,1 millones a \$619,6 millones. También se había modificado para reflejar las sugerencias formuladas por el Subcomité. En particular, se habían desplazado \$11,7 millones de la categoría 6 a diversas categorías técnicas, gracias en parte al aumento de la eficiencia administrativa y operacional. Además, la Oficina había examinado las partidas calculadas bajo la categoría 6 en la OPS y las calculadas bajo la misma categoría en la OMS y había decidido adoptar la práctica de la OMS de presupuestación de los gastos de las inversiones de capital fuera del programa y presupuesto. También se habían desplazado algunos costos de tecnología de la información.

78. Los presupuestos a nivel de país, que no estaban disponibles en marzo, se habían agregado al proyecto de programa y presupuesto; asimismo, se habían incorporado otros resultados de las actividades nacionales de asignación de prioridades, que se mostraban en el cuadro 4 del documento CE160/12. Los niveles más altos reflejaban las áreas programáticas donde los Estados Miembros en conjunto esperaban ver más énfasis durante el bienio; sin embargo, el hecho de que un área programática estuviera en un nivel bajo no significaba que era menos importante ni que la Oficina Sanitaria Panamericana iba a interrumpir la cooperación técnica en esa área. Se habían revisado algunos de los resultados programáticos para alinearlos con la versión del presupuesto por programas de la OMS aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2017. Entre las áreas de importancia particular en el 2018-2019 se encontrarían el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la salud materno-infantil, las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, las emergencias de salud y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), las enfermedades transmitidas por vectores y la eliminación de las enfermedades tropicales prioritarias desatendidas, la resistencia a los antimicrobianos y los sistemas de información de salud.

79. El presupuesto total general aumentaría en \$27,8 millones y la totalidad del aumento para los programas básicos provendría del aumento de la asignación de la OMS a la Región. Todas las categorías técnicas recibirían aumentos, el mayor de ellos en la categoría 4 (Sistemas de salud) y en la categoría 5 (Emergencias de salud). No aumentarían las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. La asignación presupuestada de la OMS a la Región subiría de \$178,1 millones a \$190,1 millones; sin embargo, la Oficina no esperaba recibir toda la cantidad presupuestada. En bienios recientes, se había recibidos solamente cerca del 80% y, para el período 2018-2019, se calculaba un porcentaje similar.

80. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la armonización del programa y presupuesto con el presupuesto por programas de la OMS, el Plan Estratégico de la OPS y

las prioridades determinadas mediante las actividades de estratificación de prioridades efectuadas a nivel de país. El Comité también elogió los esfuerzos de la Oficina para controlar los costos y mejorar la eficiencia, a fin de evitar todo aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Se instó a la Oficina a que continuara con sus iniciativas para reducir los gastos administrativos, operativos y de viajes. También se le instó a que siguiera esforzándose por ampliar la base de donantes de la Organización y movilizar fondos voluntarios flexibles, que podrían utilizarse para las actividades de las áreas programáticas que se habían designado como prioridades altas. Se pidió información más detallada acerca de la propuesta de la Oficina de crear un fondo con las contribuciones voluntarias flexibles y realizar una conferencia con los asociados que aportan financiamiento.

81. Los delegados expresaron su agradecimiento por los esfuerzos de la Oficina para reducir la asignación a la categoría 6, pero observaron que seguía siendo la mayor categoría en cuanto a la asignación de recursos. Se pidió a la Oficina que aclarara si la reducción de esa categoría era realmente una reducción o solo un desplazamiento de fondos de una categoría a otra. Varios delegados también señalaron que las asignaciones para algunas de las áreas identificadas como prioridades altas por los Estados Miembros seguían siendo relativamente bajas o se habían reducido con respecto al bienio en curso; entre otras, las enfermedades no transmisibles, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la preparación de los países para las emergencias de salud, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Se le pidió a la Oficina que explicara qué actividades no podrían llevarse a cabo en esas áreas como resultado de las reducciones, aunque se reconoció que el recorte en el área de salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva, no era tan grande como en la propuesta presentada al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. Se indicó también que harían falta recursos suficientes para alcanzar las metas fijadas en esa área, de conformidad con los ODS y la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas.

82. El señor Chambliss explicó que las asignaciones presupuestarias eran el resultado de minucioso ejercicio de determinación de costos usando el enfoque de abajo arriba realizado por todas las unidades de la Oficina. También reflejaban la decisión de pasar de un método ambicioso de presupuestación a uno más realista. En el área programática 3.1 (Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva), por ejemplo, había sido históricamente difícil financiar toda la asignación presupuestaria. En los dos últimos bienios, el espacio presupuestario para el área programática 3.1 ni siquiera se había acercado a su pleno financiamiento. En el 2014-2015, la asignación presupuestaria había sido de \$42,7 millones, mientras que el financiamiento recibido en realidad había sumado \$26 millones. Para el 2016-2017, la asignación presupuestaria se había fijado en \$44,8 millones, pero hasta el momento solo se habían movilizado alrededor de \$32,6 millones en financiamiento. Aunque la asignación presupuestaria para esa área en el 2018-2019 se había reducido en \$2,2 millones con respecto al 2016-2017, seguía siendo una de las más grandes del presupuesto. Por otro

lado, el gasto real para esa área podría ser mayor que la cantidad presupuestada si la cantidad de financiamiento recibida fuese superior a lo previsto.

83. El fondo flexible de contribuciones voluntarias propuesto no sería una nueva corriente separada de financiamiento. Sería un mecanismo que permitiría a los Estados Miembros aportar contribuciones voluntarias que no se destinarían a una finalidad específica, de manera análoga a las contribuciones voluntarias básicas de la OMS. El fondo se administraría de la misma manera que el resto del financiamiento flexible recibido.

84. La categoría 6 se había reducido en \$11,7 millones con respecto al proyecto presentado al Subcomité y en \$12,4 millones con respecto a la asignación presupuestaria del 2016-2017. Esas reducciones habían resultado tanto del desplazamiento de algunos gastos fuera del programa y presupuesto como de los ahorros debidos a una mayor eficiencia relacionada, en particular, con la ejecución del PMIS, pero también con reducciones en los gastos de viaje y otros gastos. De los fondos restados de la categoría 6, \$5,5 millones se habían reasignado a la categoría 1, y específicamente a las enfermedades transmitidas por vectores y la resistencia a los antimicrobianos; \$1 millón se había pasado a la categoría 2 para las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo; \$0,5 millones se habían desplazado al área programática 3.1 de la categoría 3 (Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva); \$2 millones se habían pasado a la categoría 4 para los Sistemas y servicios de salud; y \$2,7 millones habían ido a la categoría 5 para las actividades relacionadas con las emergencias de salud y el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

85. La doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) dijo que para finales del 2017 se había planificado un diálogo con los asociados que aportan financiamiento. La Oficina informaría a los Estados Miembros tan pronto se fijara la fecha.

86. La Directora señaló que estaba agradecida a los Estados Miembros por ayudar a la Oficina a determinar las prioridades y a elaborar un proyecto de programa y presupuesto para el próximo bienio. Sin embargo, cabía recordar que las cantidades mostradas en el proyecto representaban “márgenes presupuestarios”, no dinero real, y que el financiamiento podría desplazarse una vez que el dinero estuviese disponible. La doctora Etienne también estaba preocupada por la categoría 3. No obstante, según había observado el señor Chambliss, en el pasado esa categoría se había sobrepresupuestado considerablemente. Las cifras mostradas en la propuesta del 2017-2018 representaban un intento por reducir el presupuesto a un nivel más realista. Con todo, la Oficina se estaba esforzando por conseguir que estuvieran disponibles recursos suficientes para las áreas que se consideraban de alta prioridad. Por ejemplo, había decidido poner un profesional de nivel P4 a disposición de cada uno de los 10 países donde la mortalidad materna era más alta.

87. El Comité aprobó la resolución CE160.R8, en la que se recomendó que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el proyecto de programa y presupuesto, y la resolución CE160.R9, en la que se recomendó que se establezcan las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados



de la OPS, de conformidad con la escala de cuotas de transición aprobada por la Organización de los Estados Americanos para el 2018 (véanse los párrafos 88 a 93 más abajo).

***Nueva escala de contribuciones señaladas (documentos CE160/13, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1)***

88. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) al presentar este tema observó que una decisión reciente adoptada en la Organización de los Estados Americanos (OEA) había dado lugar a algunas revisiones a la nueva escala propuesta de contribuciones señaladas, que se habían incorporado en una versión revisada del documento de trabajo sobre el tema (documento CE160/13, Rev. 1). Señaló que la escala de contribuciones actual de la OEA abarcaba el período 2016-2017. El 29 de marzo del 2017, la Secretaría de la OEA había presentado al Comité sobre Asuntos Administrativos y Presupuestarios una propuesta para la nueva escala correspondiente al período 2018-2020, pero no se había aprobado. En cambio, se había pedido al Comité que redujera la cuota máxima de contribución (59,47%, pagada por los Estados Unidos) y presentara distintas opciones, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los Estados Miembros. Se había establecido un grupo de trabajo para evaluar varias opciones, tanto para la escala de contribuciones como para los escenarios de ejecución. Las recomendaciones del grupo de trabajo se presentarían a la reunión extraordinaria de la Asamblea General de la OEA en octubre del 2017.

89. Entretanto, la OEA había decidido adoptar una escala provisional que se aplicaría solamente en el 2018. Por consiguiente, se propuso que la Conferencia Sanitaria Panamericana también debería adoptar la escala provisional para el 2018. Después de que la nueva escala de la OEA para el 2018-2020 fuese adoptada en octubre del 2017, se presentaría al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, en marzo del 2018.

90. El Delegado de México, en su calidad de presidente del grupo de trabajo del Comité sobre Asuntos Administrativos y Presupuestarios de la OEA encargado de la revisión de la escala de contribuciones, aclaró que la nueva escala para el período 2018-2020 de hecho se había aprobado. Sin embargo, se había aprobado una resolución<sup>3</sup> para solicitar la revisión del sistema actual de cuotas, con el propósito de reducir gradualmente el porcentaje pagado por el mayor contribuyente a lo largo de un período de cinco años; al mismo tiempo, se modificarían las contribuciones de los Miembros cuyas contribuciones son las más bajas para equilibrar la escala. También se modificaría una regla que estipula que la cuota porcentual asignada a cada Estado Miembro no podría variar ni en más ni en menos de 25% de un trienio al siguiente. Por lo tanto, la escala que se aplicaría en el 2018 sería una escala de transición, mientras que la escala definitiva para el resto del período 2018-2020 se adoptaría en octubre del 2017.

91. Otros delegados subrayaron la naturaleza transitoria de la escala de contribuciones señaladas para el 2018 y señalaron que sus gobiernos estaban siguiendo con atención las

---

<sup>3</sup> AG/RES.2911 (XLVII-O/17).

consultas en curso dentro de la OEA acerca de la escala nueva. Se recalcó que la reducción de la cuota del mayor contribuyente no debería compensarse mediante un aumento equivalente en las contribuciones de los Miembros que pagan menos, porque esto podría crear dificultades económicas para estos países y obstaculizaría su capacidad de cumplir con sus obligaciones financieras frente a la Organización y de participar en ella en condiciones de igualdad con otros países. También se señaló que, aunque las negociaciones sobre la escala nueva no involucraban directamente al sector de la salud, el resultado de los debates podría afectar negativamente los presupuestos del sector de la salud.

92. La Directora afirmó que, si bien era cierto que la Oficina no deseaba crear dificultades económicas para ningún Estado Miembro, la OPS estaba obligada a adoptar y aplicar la escala de contribuciones de la OEA.

93. El Comité aprobó la resolución CE160.R7, en la que se recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara la escala de transición propuesta para las contribuciones señaladas correspondientes al 2018.

***Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documentos CE160/14, Rev. 1 y Add. I)***

94. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que se presentó un informe al Subcomité sobre la elaboración de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, que reemplazaría a la actual Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. También indicó que se había comunicado al Subcomité que un grupo de trabajo presidido por Ecuador e integrado por representantes de 16 países estaba preparando la Agenda.

95. El Subcomité había manifestado su apoyo al esquema propuesto para la agenda. Se había considerado importante que en ella se destacaran los determinantes sociales y ambientales de la salud, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud. Al mismo tiempo, se había señalado que el objetivo principal de la agenda debía ser mejorar la salud de las personas, no las estructuras o los sistemas. Se había recibido con satisfacción el enfoque basado en los derechos, aunque se había instado al grupo de trabajo a procurar que la redacción de la agenda coincidiera con los textos previamente acordados en relación con los diversos derechos. También se habían acogido favorablemente los esfuerzos por que la nueva agenda de salud estuviera en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

96. La doctora María Verónica Espinosa Serrano (Ecuador, Presidenta del Grupo de Trabajo de los Países) resumió el contenido de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 propuesta y describió el proceso para elaborarla, señalando que tras la sesión de marzo del Subcomité el Grupo de Trabajo de los Países se había reunido en Ecuador y enviado una versión preliminar de la Agenda a todos los Estados Miembros para que presentaran observaciones al respecto. También se había realizado una presentación sobre la Agenda en un acto paralelo celebrado en el marco de la Septuagésima Asamblea

Mundial de la Salud, en mayo del 2017. El Grupo de Trabajo de los Países comprendía 16 Estados Miembros que representaban a todas las subregiones del continente americano. Hasta el momento se habían celebrado dos sesiones presenciales y seis sesiones virtuales, y en julio tendría lugar una tercera sesión presencial para incorporar las recomendaciones recibidas del Comité Ejecutivo y de las nuevas consultas con los Estados Miembros. Posteriormente la Agenda se presentaría ante la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación.

97. La Agenda era un llamamiento a la adopción de medidas colectivas para alcanzar el grado máximo de salud y bienestar posibles en la Región; reflejaba la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como a la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Al formular las metas para el cumplimiento de los ODS en la Región de las Américas, el Grupo había tenido en cuenta el contexto regional, las aportaciones recibidas de los programas técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana y la información contenida en los documentos de política y las estrategias y planes de acción regionales de la Organización. También había tenido en cuenta la evaluación de mitad de período de la actual Agenda de Salud para las Américas. La Agenda establecía 11 objetivos y más de 150 metas que ayudarían a orientar las estrategias y las intervenciones de salud en los países de la Región durante los próximos 13 años. Se pondría en práctica mediante las estrategias y los planes de la OPS, así como los planes adoptados en los niveles subregional y nacional. Los mecanismos actuales de evaluación y de seguimiento se utilizarían, en la medida de lo posible, para evitar la duplicación de esfuerzos y reducir la carga que supone la presentación de informes para los Estados Miembros.

98. La doctora Espinosa Serrano expresó su agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo de los Países y a todos los países que habían facilitado información para la labor del Grupo en relación con la Agenda, prueba del compromiso de los Gobiernos de la Región para transformar las declaraciones de política en resultados y hechos concretos para la población del continente.

99. El Comité Ejecutivo elogió la labor del Grupo de Trabajo de los Países y expresó su agradecimiento a su Presidente, Ecuador, y a sus dos Vicepresidentes, Barbados y Panamá. Agradeció asimismo a la Oficina su apoyo a la labor del Grupo. El proceso participativo de elaboración de la Agenda se consideraba un excelente ejemplo de cooperación y panamericanismo. Los delegados coincidieron en que la Agenda debía servir como un instrumento estratégico para ofrecer orientación y visión política para el desarrollo de la salud en la Región durante los próximos 13 años, y que además debía orientar la formulación de los planes estratégicos de la OPS y la elaboración de planes en los niveles subregional y nacional.

100. Los delegados acogieron con satisfacción la armonización de la Agenda con el Plan Estratégico de la OPS y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como la incorporación de las enseñanzas extraídas a partir de la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y del trabajo emprendido para cumplir los Objetivos de

Desarrollo del Milenio. Aplaudieron el énfasis de la Agenda en la coordinación intersectorial y su llamamiento a aplicar, en su ejecución, un enfoque que abarque la totalidad del gobierno y de la sociedad. Manifestaron asimismo su apoyo al objetivo 6 de la Agenda (fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia).

101. Se plantearon varias preocupaciones con respecto a las metas y los objetivos propuestos en la Agenda. Un delegado opinó que la inclusión de metas específicas podría disminuir la eficacia de la Agenda como llamamiento político para que se adopten medidas, ya que cabía la posibilidad de que con el tiempo las metas tuvieran que modificarse. Sin embargo, una delegada señaló que había resultado sumamente difícil realizar la evaluación de mitad de período de la actual Agenda de Salud para las Américas precisamente porque carecía de metas específicas para medir los progresos. Otra delegada pidió que el Grupo de Trabajo de los Países suministrara información sobre el método que había utilizado para establecer las metas de la Agenda, algunas de las cuales eran mucho más ambiciosas que las metas correspondientes de los ODS, lo que reflejaba el hecho de que en algunos ámbitos la Región de las Américas estaba más avanzada que otras regiones del mundo.

102. Se señaló que, si bien los instrumentos actuales de la OPS normalmente especificaban un determinado número de países que alcanzarían las metas, la Agenda instaba a todos los países a que las alcanzaran, lo que algunos países podrían considerar problemático. Para facilitar la aceptación de la Agenda se propuso que en su declaración de visión se aclarara que la idea era que fuese un documento de política ambicioso y visionario. También se propuso incluir en la meta 2.1 una referencia concreta al acceso a los anticonceptivos y a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, y se alentó a la Oficina a que velara por que la presentación de informes sobre la Agenda incluyera una evaluación del acceso a tales servicios, que serían decisivos para reducir la razón de mortalidad materna en la Región.

103. Dos delegados opinaron que, habida cuenta de que la Agenda sería adoptada por medio de una resolución en la Conferencia Sanitaria Panamericana, las autoridades de salud no tendrían que firmar una declaración de compromiso en otra ceremonia de firma como la que se celebró en la presentación de la actual Agenda de Salud para las Américas. Recordaron que el prefacio de esta última incluía una declaración de intenciones, no una declaración de compromiso, y propusieron que se aplicara el mismo enfoque a la Agenda de Salud Sostenible.

104. La doctora Espinosa Serrano destacó que gracias a la amplia participación de los Estados Miembros en el proceso de formulación de la Agenda, esta recogía la voz de todos. El Grupo de Trabajo de los Países había puesto buen cuidado en escuchar las perspectivas de todos los países y en redactar la Agenda de modo que se prestara la atención debida tanto a los objetivos compartidos como a las cuestiones de importancia particular para los países individuales. Una de las principales preocupaciones del Grupo había sido lograr que la Agenda fuera una herramienta útil que facilitara el trabajo en los niveles subregional y nacional.

105. La cuestión de si debían incluirse metas cuantificables había sido objeto de numerosos debates dentro del Grupo de Trabajo de los Países, que había concluido que las metas eran indispensables para medir el progreso y determinar si la ejecución de las políticas de salud estaba produciendo los resultados deseados. Por otro lado, se había comprobado que la medición de los resultados era la única forma real de determinar el grado de compromiso de los países con las prioridades que habían establecido. La doctora Espinosa Serrano convino en que era importante que todos los Estados Miembros comprendieran cómo se habían concebido las metas y se comprometió a hacer todo lo posible por que se diera a conocer la información sobre los métodos técnicos utilizados. A este respecto, consideró que era importante que la Agenda estuviera acompañada de una declaración de compromiso y no de una mera declaración de intenciones. Para que las intenciones dieran lugar a resultados concretos debían respaldarse con el compromiso político firme de adoptar medidas colectivas para el bien común.

106. La Directora señaló que la evaluación de mitad de período de la actual Agenda de Salud para las Américas había planteado dificultades porque no incluía metas ni líneas de base. Esa evaluación también había revelado que aun cuando la finalidad había sido que la Agenda sirviera como visión para fundamentar el trabajo en los niveles regional, subregional y nacional, eso no había ocurrido. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas se convertiría en un mandato de la OPS una vez que fuera aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, y la Oficina la consideraría como tal y se comprometería plenamente a ponerla en práctica. Sin embargo, no estaba segura de si ese compromiso regional bastaría para garantizar el compromiso necesario en los niveles nacional y subregional. Los Estados Miembros podrían desear hacerse esa pregunta al contemplar la posibilidad de celebrar otra ceremonia de firma.

107. El proyecto de resolución que figura en el documento CE160/14, Add. I se modificó para incorporar los puntos de vista expresados en el curso del debate y se aprobó como resolución CE160.R15, en la cual se recomienda que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas.

#### ***Política sobre etnicidad y salud (documento CE160/15)***

108. Al presentar este punto del orden del día, el doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) recordó que desde los años noventa la OPS había aprobado líneas de acción y respaldado intervenciones que incluían un enfoque intercultural a la salud de los pueblos indígenas de la Región. La política propuesta en el documento CE160/15 reconocía la necesidad de ampliar las actividades de la Organización para atender las necesidades de otros grupos étnicos. Se habían celebrado consultas nacionales y regionales sobre el documento de política con los representantes de los ministerios de salud nacionales y las organizaciones de pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes. Una de las principales dificultades para alcanzar consenso sobre el documento había sido el gran número de interesados directos consultados.

109. La política propuesta reconocía que los países diferían con respecto a la composición étnica y las normas de identificación de los grupos étnicos. Se había concebido en el marco de importantes consensos e iniciativas mundiales que reconocían la necesidad de garantizar el respeto de los derechos individuales y, cuando procedía, los derechos colectivos, incluido el derecho al goce del máximo grado posible de salud; y de reorientar los sistemas de salud mediante un enfoque intercultural. La Región disponía de diversos modelos interculturales de atención primaria de salud que podrían servir de referencia.

110. La política se inscribía en el marco de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que reconocía que la Región era diversa y que sus diferentes grupos poblacionales tenían necesidades distintas que exigían enfoques socioculturales diferenciados para mejorar la salud. También respondía al compromiso contraído en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás en el esfuerzo de lograr el desarrollo sostenible. Ese compromiso coincidía con los compromisos regionales incluidos en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*.<sup>4</sup> También se tenían en cuenta los instrumentos internacionales pertinentes aprobados por los Estados Miembros.

111. La Oficina propuso prestar cooperación técnica a los Estados Miembros para la ejecución de las cinco líneas de acción prioritarias descritas en el documento CE160/15. Las actividades de cooperación técnica estarían orientadas a ayudar a los países a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para abordar la etnicidad como un determinante social de la salud. Con la finalidad de facilitar la comprensión del complejo problema de la etnicidad y la salud, en el documento se incluía un glosario de términos clave.

112. El Comité Ejecutivo señaló la pertinencia del documento de política, reconociendo la importancia de examinar la relación entre la etnicidad y las desigualdades en salud, habida cuenta especialmente de que en muchos países de la Región había grupos de población sumamente diversos. Los delegados describieron las actividades y los logros realizados en los niveles subnacional y nacional en esta esfera. Tras señalar que los romaníes eran un grupo vulnerable que rara vez se mencionaba en los foros internacionales, un delegado aplaudió que se hubieran incluido en el documento. Había un amplio consenso con respecto a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud y de reorientar los servicios de salud mediante un enfoque intercultural, haciendo hincapié en el respeto de los derechos individuales y colectivos. Numerosos delegados reconocieron la discriminación de que eran objeto los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos, y enmarcaron la cuestión directamente en el enfoque basado en los derechos humanos consagrado en una amplia gama de convenios e iniciativas internacionales. Varios delegados mencionaron también la necesidad de aplicar un enfoque transversal, disponer de más y mejores datos, y fortalecer las instituciones.

---

<sup>4</sup> Véanse los documentos CD53/5, Rev. 2 (2014) y CD53/10, Rev.1 (2014).

113. Aunque había un respaldo general a la política, el Comité opinó que era necesario trabajar más en el documento. Varios delegados opinaron que la medicina tradicional debía considerarse parte del sistema de salud más amplio y que debían establecerse vínculos entre los sistemas de salud institucionales e indígenas. Varios delegados hicieron hincapié en que el respeto de las prácticas de salud y la visión del mundo de los grupos indígenas debía inculcarse durante la capacitación de los trabajadores de salud.

114. Varios delegados pidieron que se incluyeran más experiencias nacionales en el documento de política y que la política se armonizara con la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. A este respecto, una delegada señaló que la estrategia de la OMS no hacía referencia al conocimiento ancestral ni señalaba a la medicina tradicional y complementaria como base para la formulación de las políticas nacionales. La misma delegada propuso suprimir las menciones de grupos étnicos particulares en la política y solo utilizar el término genérico “grupos étnicos”. En su opinión, agrupar juntos a los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes no era adecuado porque sus necesidades y problemas eran distintos. Además, había diferencias importantes dentro de los grupos y, según el contexto nacional o histórico, cabía la posibilidad de que algunos grupos no consideraran que pertenecían a una categoría vulnerable que afrontaba discriminación y exclusión. Otros delegados disintieron de esa opinión al considerar que los grupos concretos debían mencionarse precisamente porque tenían historias diferentes y hacían frente a problemas distintos.

115. Durante el debate del proyecto de resolución sobre esta cuestión (documento CE160/15) varios delegados propusieron que el Comité Ejecutivo debía recomendar que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana “respaldara” la política, en lugar de “adoptarla”. Una delegada señaló las incongruencias en el uso de esos términos en las resoluciones de la OPS y propuso que se aclarara la terminología.

116. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) explicó que, salvo en unos cuantos casos excepcionales, la práctica en la OPS era “adoptar” una política o estrategia pero “aprobar” un plan de acción o una estrategia y un plan de acción combinados. Agregó que la Oficina de Cuerpos Directivos podía elaborar un glosario o guía de términos en una fecha posterior para ayudar a los delegados en los debates futuros.

117. El doctor De Francisco Serpa explicó que las consultas nacionales habían revelado paralelismos en cuanto a las inequidades y la inclusión entre las poblaciones indígenas, los afrodescendientes y los romaníes. Coincidió en que era importante tener presentes las distintas visiones mundiales de los diversos grupos e indicó que la política las tenía en cuenta.

118. La Directora se manifestó complacida porque los Estados Miembros habían reconocido el carácter central de la etnicidad para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, cumplir los ODS y no dejar a nadie atrás. Cuando se aprobó la resolución sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud había quedado claro que lo esencial era llegar a las personas a las que hasta ahora no se había

llegado. Parte del problema residía en el hecho de que muchos grupos étnicos eran prácticamente invisibles en las sociedades y culturas dominantes y, por consiguiente, las normas culturales debían contemplar si se deseaba llegar a esos grupos de población. La incapacidad del personal de salud para comunicarse en el idioma de los pacientes constituía un impedimento, como también lo era la falta de comprensión de las percepciones de los grupos étnicos sobre la salud y de la manera en que se servían de la medicina tradicional y complementaria para resolver los problemas de salud.

119. De conformidad con la atención que la OPS prestaba al enfoque centrado en las personas, resultaba indispensable determinar los problemas que afectaban a los grupos étnicos y concebir soluciones, teniendo en cuenta sus normas culturales. Por otra parte, era necesario saber mucho más sobre el trabajo con las poblaciones indígenas de la Región, y las experiencias de los Estados Miembros en ese sentido aportarían información valiosa.

120. La Directora dijo además que los sistemas de información de salud eran fundamentales. A menudo, los nacimientos en los grupos étnicos no se registraban en los sistemas de estadísticas vitales y las personas cuyo nacimiento no quedaba registrado no tenían ningún acceso a los beneficios de la ciudadanía. Por otro lado, los miembros de los grupos étnicos generalmente no eran incluidos en los censos, a veces porque se mostraban reuentes a dar a conocer su etnicidad por temor a la discriminación. Para entender mejor la situación de los grupos étnicos era imprescindible desglosar la información sobre la etnicidad en los sistemas de información sanitaria. Dado que los grupos étnicos no podían considerarse como un solo grupo grande, era fundamental distinguirlos para entender los problemas particulares de cada grupo y concebir soluciones adecuadas. En los grupos poblacionales pertenecientes a las minorías étnicas, caracterizados por una inequidad muy patente, el desempeño en cuanto a variables sociales y económicas estaba muy por debajo de lo previsto. Si se deseaba cumplir los ODS y lograr la cobertura universal de salud, debía prestarse atención especial a esos grupos.

121. Se formó un grupo de trabajo para revisar la redacción del documento y del proyecto de resolución, e incorporar las diversas modificaciones propuestas en el curso del debate. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución en su forma enmendada por el grupo de trabajo (resolución CE160.R11), en la que se recomienda que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana adopte la política sobre etnicidad y salud.

***Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023 (documento CE160/16)***

122. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) presentó este tema y señaló que el plan de acción contenía una hoja de ruta detallada que incluía líneas estratégicas de acción, objetivos e indicadores que ayudarían a evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola en todos los países de la Región de las Américas. Esta era la única región de la OMS que había sido declarada libre de la rubéola (en el 2015) y el sarampión (en el 2016). No obstante, mantener a la Región libre de esas enfermedades seguiría siendo



un reto en los próximos años, ya que los países afrontaban el riesgo permanente de casos importados.

123. De conformidad con el *Plan de acción mundial sobre vacunas*, las seis regiones de la OMS se habían comprometido a alcanzar la meta de eliminación del sarampión para el 2020 y dos regiones se habían comprometido a eliminar la rubéola para esa misma fecha. Sin embargo, el progreso había sido lento y no se habían alcanzado ninguna de las metas fijadas para el 2015, salvo en la Región de las Américas. En el examen de mitad de período del *Plan estratégico mundial contra el sarampión y la rubéola 2012-2020* de la OMS se había instado a que en el 2020 se determinara si podía fijarse una meta mundial para la erradicación de ambas enfermedades, pero eso no sería posible si las otras cinco regiones no alcanzaban las metas regionales de eliminación.

124. En el plan de acción, que había sido analizado ampliamente en grupos de trabajo con las autoridades nacionales encargadas de la lucha contra el sarampión y la rubéola en los Estados Miembros, se proponían cuatro líneas de acción con sus objetivos e indicadores respectivos, los cuales se exponían en el documento CE160/16. La Oficina apoyaría a los países en sus actividades en esas cuatro esferas.

125. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción y señaló que estaba bien alineado con la política vigente sobre el tema. Había consenso sobre la urgencia de mantener la eliminación de cara a la posible importación de casos. Los delegados felicitaron a la Oficina por su liderazgo mundial en la campaña de eliminación y mencionaron que el Programa Ampliado de Inmunización y el Fondo Rotatorio de la OPS desempeñaban una función fundamental en ese sentido. Subrayaron la importancia de los cuatro pilares del plan, haciendo hincapié en la necesidad de una vigilancia epidemiológica y cobertura de vacunación sostenidas. Varios delegados expresaron inquietud por la influencia del movimiento contrario a la vacunación e instaron a que se realizaran campañas de comunicación y educación para combatir la renuencia a la vacunación; una delegada comentó que las personas habían olvidado el daño que el sarampión y la rubéola podían causar. Otra delegada agradeció la flexibilidad en la redacción del proyecto de resolución (documento CE160/16) sobre esta cuestión porque facilitaría su aplicación en los Estados federados, y pidió que se incluyera una formulación similar en el plan de acción.

126. Los delegados agradecieron el compromiso de la Oficina con la respuesta rápida frente a los brotes y señalaron que gracias a su dedicación había sido posible mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas. En cuanto a la factibilidad de fijar una fecha para la erradicación mundial de esas enfermedades, había opiniones dispares. Un delegado opinó que sería prematuro intentarlo, en vista de la falta de progresos en las otras cinco regiones de la OMS. Se solicitó una actualización sobre los resultados de la reunión del grupo de trabajo de la OMS sobre el sarampión y la rubéola celebrada en junio del 2017.

127. Tras agradecer a los Estados Miembros su apoyo al plan de acción y su reconocimiento de que la eliminación del sarampión y la rubéola constituía un cometido

regional, el doctor De Francisco Serpa indicó que se requeriría un esfuerzo enorme para mantener la eliminación, dada la ausencia de avances en las otras regiones de la OMS. La Región de las Américas había asumido el liderazgo frente a otras regiones y estaba dispuesta a seguir desempeñando ese papel.

128. El doctor Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Jefe, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OSP) informó que las deliberaciones sostenidas en la reciente reunión de la OMS se habían centrado en determinar si era posible fijar una fecha para la erradicación del sarampión. En el informe sobre el *Plan de acción mundial sobre vacunas*, presentado en la Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud, se indicaba que de las seis regiones de la OMS la única que había alcanzado la meta de eliminación era la Región de las Américas. El grupo de trabajo había hecho un llamamiento a todos los países y las regiones para que redoblaran los esfuerzos dirigidos a cumplir con el compromiso de eliminar el sarampión y posteriormente erradicarlo. No se había previsto ninguna fecha para la erradicación. En el 2020 se analizarían los datos científicos para determinar si existía la posibilidad de fijar una fecha.

129. La Directora dijo que los Estados Miembros habían puesto de manifiesto su compromiso con la eliminación del sarampión y la rubéola al aportar los recursos financieros y humanos y el tiempo necesarios para alcanzar ese hito. Ahora el desafío consistía en mantener la eliminación. Aunque sin duda había riesgos procedentes del exterior, también había desafíos dentro de la propia Región. La reticencia a la vacunación era uno de ellos, aunque la reciente disminución de la cobertura de la vacuna contra el sarampión, la rubeola y la parotiditis era aún más importante. La considerable variación de la cobertura en los distintos municipios estaba dando lugar a un número elevado de personas susceptibles que podrían reactivar la transmisión del sarampión. Para mantener la eliminación, los Estados Miembros tendrían que comprometerse para que la cobertura de la vacunación en todo su territorio continúe siendo elevada.

130. El Comité aprobó la resolución CE160.R2, mediante la cual recomendó que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el plan de acción.

***Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 (documento CE160/17, Rev. 2)***

131. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el plan de acción propuesto y señaló que el registro civil era un derecho humano reconocido y el fundamento para establecer la identidad oficial de cada persona. Indicó que en la Región cada año quedaban sin notificarse ni registrarse unas 400.000 defunciones. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) había calculado que cerca de 3,2 millones de niños menores de 5 años no se habían registrado. Era probable que los niños no registrados pertenecieran a los grupos poblacionales más vulnerables de la Región y a los que más necesitaban acceso a los servicios de salud.

132. La Región había avanzado enormemente para alcanzar las metas establecidas en el *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud* para el período 2008-2013. El plan de acción propuesto, que se basaba en los logros anteriores y fijaba metas para que la Región avanzara hacia el registro universal de los nacimientos y las defunciones, incluía cinco líneas estratégicas con metas y compromisos para el período 2017-2023. Las líneas estratégicas complementarían las iniciativas mundiales, como la iniciativa de la OMS y el Banco Mundial titulada “Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling up Investment Plan 2015-2024”. De conformidad con diversos compromisos regionales y mundiales, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus ODS, el plan de acción propuesto establecía metas para promover la creación de sistemas de información y análisis desglosados a nivel nacional y subnacional. El plan también complementaba la iniciativa de indicadores básicos de la OPS, en el marco de la cual se habían estado recopilando datos de los Estados Miembros durante 20 años.

133. El Comité Ejecutivo reconoció la importancia de las estadísticas vitales para la adopción de decisiones, la planificación y la ejecución de los programas de salud pública, así como la mejora de los resultados en materia de salud. Sin embargo, aunque algunos delegados respaldaron el plan de acción propuesto como un medio para reforzar los sistemas de estadísticas vitales y mantenerlos en un lugar prominente de los programas del gobierno, otros consideraron que su objetivo era demasiado estrecho, por lo que también debía apuntar a mejorar otros aspectos de los sistemas de información sanitaria. Un delegado señaló que el plan propuesto no se basaba en un consenso entre los países, mientras que otros señalaron que difería de una versión preliminar que se había distribuido ese mismo año y que abordaba integralmente el tema de las estadísticas vitales y de salud. Otro delegado observó que aun cuando la intención era que el plan de acción se basara en el plan anterior y le diera continuidad, la repercusión de este último no había sido evaluada. Otros delegados destacaron que también era necesario reforzar otros subsistemas de información sanitaria y que el enfoque reduccionista del plan de acción propuesto no era compatible con el proyecto de resolución (incluido en el documento CE160/17, Rev. 2), cuyo alcance era más amplio. Algunos también opinaron que aprobar el plan según lo propuesto en el documento CE160/17, Rev.2 representaría un paso hacia atrás y podría poner en peligro algunos de los beneficios obtenidos en relación con el fortalecimiento de los sistemas de información de salud.

134. Sin embargo, un delegado discrepó al afirmar que si las estadísticas vitales se abordaban como parte del tema más amplio de los sistemas de información de salud, había mayor posibilidad de obtener resultados a corto plazo. Subrayó que se precisaban estadísticas vitales exactas para fundamentar la formulación de las decisiones y políticas sobre una serie de problemas de salud. Una delegada se hizo eco de esa opinión y recalcó que no debía postergarse la adopción de medidas para resolver las deficiencias persistentes de los sistemas de estadísticas vitales.

135. Había consenso en cuanto a la necesidad de una mayor interoperabilidad entre las estadísticas vitales y los sistemas de información de salud, la normalización de los datos, los sistemas electrónicos de información y el uso de tecnologías como los números de

identificación personal únicos, mayor intercambio de experiencias y mejores prácticas, y mejor capacitación para los recursos humanos en materia de codificación de las defunciones. Se señaló que era necesario aclarar algunos indicadores del plan, por ejemplo, en el recuadro del indicador 1.4.2 (número de Estados Miembros que implementan un sistema de análisis de muertes neonatales) no estaba claro lo que se mediría; y en el recuadro del indicador 4.1.1 (número de Estados Miembros que identifican prácticas exitosas para ser difundidas en la Región) no quedaba claro quién se encargaría de identificar y difundir las prácticas eficaces.

136. El doctor Espinal, tras señalar que la OPS tenía una larga historia en el ámbito del seguimiento y fortalecimiento de la información de salud en la Región, dijo que el vínculo entre el plan de acción y otras iniciativas de la OPS debía haberse precisado más claramente en el documento y que velaría por que esa deficiencia se subsanara en la versión modificada del documento que se presentaría ante la Conferencia Sanitaria Panamericana. Explicó que el plan se centraba en las estadísticas vitales porque en muchos Estados Miembros no estaban comprendidas en el ámbito de competencia del ministerio de salud sino en el de otros organismos. La idea era presentar las estadísticas vitales a los ministerios de salud sin que el esfuerzo por fortalecerlas restara valor a otras iniciativas paralelas. Por ejemplo, el objetivo de la iniciativa de sistemas de información para la salud presentada a los Estados Miembros del Caribe de habla inglesa consistía en colaborar con los países para hacer interoperables todos sus sistemas de información e interconectarlos, ya que en muchos países el problema principal era la existencia de muchas bases de datos en distintos sistemas que no estaban vinculadas entre sí. Esa iniciativa también se presentaría a los Estados Miembros de la subregión de Mesoamérica en una reunión que se celebraría a finales de agosto.

137. El fortalecimiento de los sistemas de información de salud era un mandato de la OPS. La Oficina estaba colaborando con los Estados Miembros en esa esfera mediante la iniciativa de indicadores básicos; el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que tenía un indicador específico sobre el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria; y el Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud de la Organización. La Oficina Sanitaria Panamericana trabajaría bajo la dirección del Comité Ejecutivo, pero si el plan de acción se ampliaba para abordar de forma integral los sistemas de información sanitaria, los esfuerzos para fortalecer las estadísticas vitales podrían diluirse.

138. La Directora observó que la necesidad de fortalecer los sistemas de información sanitaria se había planteado todos los años desde que había empezado a asistir a las sesiones de los Cuerpos Directivos, en el 2003. En su opinión, los Estados Miembros seguían presentando el tema porque había problemas fundamentales por resolver, entre ellos, los problemas en el registro de nacimientos y defunciones. Estos eran particularmente importantes porque si no se registraba el nacimiento de una persona, no se reconocía oficialmente su existencia, por lo que la persona no tendría acceso a la atención de salud, la educación y otros determinantes de la salud.

139. La Oficina, si los Estados Miembros así lo deseaban, prepararía un documento más completo sobre los sistemas de información sanitaria, aunque no estaría listo para

presentarse en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, ya que las consultas con los Estados Miembros requerían un tiempo considerable. Por consiguiente, la presentación del documento tendría que aplazarse hasta el 2018. La Directora propuso que la Oficina revisara el contenido del documento CE160/17, Rev. 2 para aclarar el vínculo entre el plan de acción propuesto y la cuestión más amplia de los sistemas de información sanitaria. Al mismo tiempo, podría comenzar la preparación de un plan general completo sobre los sistemas de información sanitaria, que sería examinado por los Cuerpos Directivos en el 2018.

140. El Comité decidió convocar un grupo de trabajo para analizar las próximas medidas propuestas. El grupo de trabajo examinó y respaldó la propuesta de la Oficina de emprender las consultas con los Estados Miembros sobre el plan de acción propuesto para fortalecer las estadísticas vitales, con miras a presentarlo a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. Paralelamente, la Oficina iniciaría la elaboración de una estrategia y un plan de acción sobre los sistemas de información sanitaria, así como consultas al respecto. La Oficina propuso la siguiente hoja de ruta para las consultas con los Estados Miembros:

- Julio del 2017: Consultas subregionales virtuales acerca del plan de acción sobre estadísticas vitales propuesto, a fin de que los Estados Miembros presenten observaciones nuevas sobre un documento actualizado.
- Agosto del 2017: Consulta con los Estados Miembros de las subregiones mesoamericana y andina sobre el marco para los sistemas de información de salud, que se presentaría a los Cuerpos Directivos en el 2018.
- Septiembre del 2017: Presentación del proyecto de plan de acción sobre estadísticas vitales para su aprobación por la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.
- Febrero del 2018: Consulta con los Estados Miembros del bloque de MERCOSUR sobre el marco para los sistemas de información sanitaria.
- Junio del 2018: Presentación del proyecto de estrategia y plan de acción sobre los sistemas de información de salud para su aprobación por el Comité Ejecutivo.
- Septiembre del 2018: Presentación del proyecto de estrategia y plan de acción al 56.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

141. El Comité Ejecutivo adoptó la decisión CE160(D3), por la que acordó que debían convocarse consultas regionales en conformidad con la hoja de ruta propuesta por la Oficina y respaldada por el grupo de trabajo, con miras a presentar una versión revisada del plan de acción sobre estadísticas vitales a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. El Comité también decidió que debía prepararse otra estrategia y plan de acción sobre los sistemas de información de salud, a fin de someterlos a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018.

***Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CE160/18)***

142. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) presentó la estrategia propuesta y señaló que aun cuando los cálculos diferían según el método aplicado, había consenso en cuanto a que la Región se seguía viendo afectada por una escasez grave de recursos humanos para la salud. La escasa retención en las zonas rurales y subatendidas, las elevadas tasas de movilidad y migración del personal de salud, la sobrespecialización en los servicios de atención terciaria, las condiciones de trabajo precarias y la baja productividad impedían realizar avances en la ampliación de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención.

143. En la estrategia propuesta se establecía un conjunto de líneas de acción estratégicas interdependientes para afrontar esos desafíos en el contexto concreto de la Región de las Américas. La estrategia, que estaba en consonancia con la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* de la OMS y las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, convocada por las Naciones Unidas, era producto de numerosas consultas celebradas desde el 2015 en los niveles de país, subregional y regional. En ella se reconocía que la transición a la cobertura universal de salud requería un conjunto de políticas, reglamentaciones e intervenciones relacionadas con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo; la movilidad de los profesionales de la salud; la educación y la práctica profesional; y la distribución del personal de salud.

144. En la estrategia se instaba a los países a que aplicaran políticas intersectoriales que atendieran las necesidades futuras de los sistemas y servicios de salud, con aportaciones de los sectores del trabajo, la educación, la sociedad y las finanzas; y a que fortalecieran la reglamentación, la planificación y la gestión de los recursos humanos para la salud a fin de mejorar la disponibilidad, la retención y la distribución de los equipos interprofesionales, sobre todo en el primer nivel de atención. Además, se hacía hincapié en la importancia de abordar las condiciones de trabajo y otros factores que afectaban la disponibilidad del personal de salud, y se exhortaba a los sectores de la salud y la educación a colaborar estrechamente para abordar la capacitación, la acreditación y el desempeño de los profesionales de la salud y garantizar una combinación adecuada de aptitudes.

145. El Comité Ejecutivo expresó su firme apoyo a la estrategia propuesta y numerosos delegados observaron que sus países ya estaban emprendiendo las actividades previstas en el marco de las tres líneas estratégicas. Los delegados se mostraron satisfechos con el proceso de consulta sobre la estrategia y les complació comprobar que muchos de los resultados de esas deliberaciones hubiesen sido incorporados a la propuesta que figura en el documento CE160/18. Se consideraba que la estrategia apoyaría la formulación de las políticas y los planes a nivel nacional y contribuiría a subsanar las inequidades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y la calidad de los recursos humanos. Los delegados reconocieron que para ello se requeriría un nivel de inversión suficiente e indicaron que los recursos podrían mobilizarse a partir de diversas fuentes. Se acogió con satisfacción el hecho de que en la estrategia se hiciera hincapié en la colaboración intersectorial, en

particular entre los sectores de la salud y la educación, y se subrayó la necesidad de incorporar la enseñanza de las nuevas tecnologías sanitarias en la capacitación de los profesionales de la salud. Los delegados también elogiaron que en la estrategia se reconociera la repercusión de la migración del personal de salud. En relación con la segunda línea estratégica de acción, pidieron que se aclarara lo que se entendía por regular el impacto de los flujos de movilidad profesional.

146. Los delegados reconocieron la necesidad de incentivos, tanto económicos como en forma de oportunidades de desarrollo profesional, para atraer y retener al personal de salud en las zonas rurales y las subatendidas. Destacaron la importancia de proporcionar a los profesionales de la salud que trabajan en esas zonas capacitación adaptada a la cultura. También respaldaron el énfasis de la estrategia en establecer equipos interprofesionales en el primer nivel de atención y crear sistemas de información para detectar las deficiencias de recursos humanos. Se propuso que esos sistemas incluyeran información sobre una amplia gama de trabajadores de salud, por ejemplo, parteras y trabajadores comunitarios de salud. Se subrayó la importancia de disponer de información exacta para que la planificación de la fuerza laboral y el desarrollo del personal de salud esté sustentada en datos científicos.

147. Se aplaudió el hecho de que la estrategia estuviera vinculada con la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud y la labor de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. Se señaló que la Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud había adoptado el *Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo*<sup>5</sup> y que coordinar la aplicación de la estrategia con ese plan podría ayudar a acelerar el progreso en materia de recursos humanos para la salud en la Región. También se propuso que en la estrategia se mencionara la iniciativa de la OMS para establecer cuentas nacionales del personal de salud, que podrían ayudar a los Estados Miembros en la planificación, el seguimiento y la presentación de informes en relación con la fuerza de trabajo. Se alentó a la Oficina a que apoyara los esfuerzos de los Estados Miembros en ese sentido.

148. El doctor Fitzgerald dijo que la Oficina había encontrado dos factores fundamentales que impedían el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, a saber, los factores económicos relacionados con la asignación de los recursos públicos para la salud y la falta de recursos humanos para la salud capacitados y distribuidos de forma adecuada. Recordó que al adoptar la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* los Estados Miembros habían reconocido la necesidad de aumentar progresivamente el gasto público en salud y establecido como punto de referencia el 6% del producto interno bruto (PIB). Mientras que algunos países habían alcanzado o excedido ese punto de referencia y logrado subsanar las inequidades en el acceso a los servicios de salud, otros seguían luchando por llegar a los grupos de población subatendidos. Los datos probatorios disponibles indicaban que el aumento de la inversión privada no sería suficiente para satisfacer las necesidades de salud de esos grupos; también se requería inversión pública. Por consiguiente, el hincapié en la inversión pública era uno de los vínculos importantes entre la estrategia de recursos

---

<sup>5</sup> Véase la resolución WHA70.6 (2017).

humanos propuesta y la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud*.

149. En las consultas acerca de la estrategia se había destacado reiteradamente la importancia fundamental de disponer de información fidedigna sobre el personal de salud. Muchos países estaban trabajando para establecer los sistemas de información necesarios para orientar el desarrollo estratégico de los recursos humanos y responder así a las necesidades de los sistemas de salud, lo que también exigía una coordinación eficaz entre los sectores de la salud y la educación. El doctor Fitzgerald convino en que las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS podrían ser una herramienta útil para la planificación de la fuerza de trabajo futura; también indicó que recientemente la Oficina había celebrado una reunión para adaptar los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud, con miras a ayudar a los países de la Región a avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

150. La reglamentación de la movilidad profesional comprendía tres aspectos: reconocer que la migración era inevitable y elaborar planes estratégicos para hacerle frente, creando al mismo tiempo incentivos para fomentar la retención del personal; reglamentar la acreditación de los profesionales de la salud para favorecer una migración más estructurada y organizada dentro y entre los países; y aplicar las normas internacionales de la práctica profesional.

151. La Directora señaló que las metas de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud* no podían alcanzarse si no se hacían cambios estratégicos radicales en relación con los recursos humanos para la salud. Se precisaba examinar con detenimiento la capacitación de los trabajadores de salud y el número y combinación de aptitudes requeridas. Para ello, como se había señalado, la coordinación entre los sectores de la salud y la educación era fundamental.

152. La distribución de los trabajadores de salud era otro aspecto importante. Debía prestarse atención a las condiciones de trabajo, sobre todo en el primer nivel de atención, y hacerse un esfuerzo por incrementar el atractivo de los trabajos de atención de salud en las comunidades rurales y remotas. Resultaba asimismo indispensable aumentar la capacidad de los profesionales de la salud en el primer nivel de atención para resolver la mayoría de las cuestiones de salud que afrontaban. De cara a los cambios epidemiológicos y demográficos se precisarían diversas competencias y aptitudes; por ejemplo, los psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas tendrían que trabajar junto con los médicos y las enfermeras del equipo de salud para ayudar a los grupos poblacionales a adoptar modos de vida saludables. Desde luego, se precisarían buenos sistemas de información para la planificación estratégica del personal de salud.

153. La migración del personal de salud constituía un problema importante para los países del Caribe en particular. La mayoría de las enfermeras capacitadas de esos países acababan trabajando en América del Norte y Europa. En el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* se abordaba este problema hasta cierto punto, pero el cumplimiento del mismo tenía un carácter totalmente voluntario.



La migración era difícil de controlar tanto en los países de origen como en los países de destino, sobre todo en el caso de los Estados federados. La Organización seguiría colaborando con los Estados Miembros para concebir maneras innovadoras de abordar la migración y la escasez concomitante de personal de salud.

154. Se propusieron varias enmiendas al proyecto de resolución sobre este tema (documento CE160/18), con objeto de facilitar su ejecución en los diversos contextos nacionales. El Comité aprobó posteriormente la resolución enmendada como resolución CE160.R4, en la cual recomendó que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara la estrategia.

***Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022 (documento CE160/19)***

155. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP), quien presentó la estrategia y el plan de acción propuestos, señaló que el efecto negativo del consumo de tabaco a nivel de salud pública era bien conocido. A escala mundial, el tabaco causaba la muerte de más de 7 millones de personas cada año, incluidas 900.000 muertes en la Región de las Américas por exposición al humo en el ambiente. Las defunciones debidas al consumo de tabaco en la Región representaban el 14% de la cifra total de muertes por enfermedades no transmisibles. El consumo de tabaco no solo afectaba la salud; también tenía importantes repercusiones negativas en el crecimiento económico, el rendimiento escolar y el desarrollo social. En América Latina se calculaba que los costos directos atribuidos a fumar ascendían a \$34.000 millones, o casi el 1% del PIB regional anual. Actualmente se disponía de una amplia base de datos científicos que demostraban que había una relación directa entre la pobreza y el consumo de tabaco, en la que los grupos más desfavorecidos eran los más afectados.

156. Tras la entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en el 2005, en la actualidad había mayor conciencia sobre las amenazas que la epidemia de tabaquismo planteaba tanto para la salud como para el desarrollo sostenible. Las metas de reducción del tabaco habían sido incluidas en numerosas declaraciones e iniciativas de alto nivel, entre ellas, la *Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* y la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Aunque en los últimos 12 años la Región de las Américas había logrado avances en la reducción del consumo de tabaco, era preciso redoblar los esfuerzos para alcanzar las metas en torno a la reducción de las muertes prematuras. A pesar de que en la Región había 30 Estados Partes en el CMCT, varios de ellos líderes mundiales bien reconocidos en el ámbito del control del tabaco, 15 países aún no habían cumplido ninguno de los cuatro mandatos del CMCT; 11 de esos países eran Partes en el Convenio.

157. Por consiguiente, la propuesta de una estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas era tan oportuna como necesaria, ya que se requería un plan claro para concretar los compromisos contraídos por los Estados

Miembros. El plan de acción estaba encaminado a reforzar las líneas de acción basadas en datos probatorios que habían sido ejecutadas con éxito por varios países, lo que demostraba que la aplicación de tales medidas era factible y se traduciría en un menor consumo de tabaco y, a la larga, daría lugar a mejores resultados en materia de salud.

158. La Oficina seguiría prestando cooperación a los Estados Miembros para hacer de la Región un líder mundial no solo en el control del tabaco sino también en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, así como cumplir su misión de proteger la salud y promover el grado máximo de salud posible para las comunidades.

159. El Comité Ejecutivo manifestó su apoyo general a la estrategia y el plan de acción y convino en que el consumo de tabaco representaba una pesada carga para la salud pública y la economía. Los delegados reconocieron el fuerte vínculo entre el consumo de tabaco y la muerte y discapacidad por enfermedades no transmisibles, así como las consecuencias económicas derivadas del mayor gasto en salud pública, gastos directos y pérdida de productividad del personal. También se señaló que el uso de plaguicidas y fertilizantes para cultivar el tabaco ponía en peligro el desarrollo sostenible.

160. El Comité respaldó las cuatro líneas estratégicas de acción, tras destacar la necesidad de controlar la oferta y la demanda de los productos de tabaco y señalar la compatibilidad del plan con el CMCT. Una delegada observó que los esfuerzos integrales para controlar el consumo de tabaco, incluidas la educación del público, las actividades de concientización y las intervenciones para dejar de fumar, habían resultado eficaces y sumamente rentables. Se manifestó una preocupación general por las continuas dificultades para ejecutar el CMCT y reducir el consumo de tabaco, en especial debido a la interferencia de la industria tabacalera. Los delegados pidieron un compromiso más firme para suprimir los obstáculos a la ejecución del CMCT.

161. Varios delegados hicieron hincapié en que era preciso priorizar la salud sobre los intereses comerciales, en particular los de la industria tabacalera, y pidieron a la Oficina Sanitaria Panamericana que ayudara a los Estados Miembros a fortalecer su capacidad en ese sentido, lo que incluiría cooperación técnica para preparar instrumentos jurídicos y comprender mejor los acuerdos comerciales internacionales. Asimismo, subrayaron que las intervenciones para el control del tabaco debían tener en cuenta los contextos nacionales y locales y estar en consonancia con las obligaciones internacionales de los Estados en materia de comercio. Tras observar que las enfermedades no transmisibles causadas por el consumo de tabaco afectaban sobre todo a los grupos vulnerables, varios delegados opinaron que el control del tabaco era una cuestión de derechos humanos. Sin embargo, una delegada objetó la idea expresada en el párrafo 23 del documento CE160/19, a saber, que proteger a las personas de la exposición al tabaco estaba implícito en el derecho a la vida. Su delegación no consideraba que la obligación de los Estados de proteger el derecho a la vida, de conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se extendiera a las amenazas a la vida provenientes del ambiente o de actividades realizadas por los agentes no estatales.

162. Los delegados tenían varias preguntas con respecto a la estrategia y el plan de acción, así como sugerencias para mejorarlos. Una delegada pidió más información sobre lo que se necesitaría para lograr el indicador 4.1.1, que se refería a los mecanismos de identificación y manejo de conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos con competencia en las políticas de control del tabaco. Además, pidió que se hiciera más hincapié en las disparidades relacionadas con el consumo de tabaco y en las intervenciones basadas en datos probatorios dirigidas a subsanarlas. Se señaló la necesidad de disponer de datos desglosados para determinar las disparidades y evaluar la eficacia de las intervenciones. Un delegado pidió más información acerca de la manera en que la Oficina colaboraría con los países para cumplir lo establecido en el indicador 1.2.2 sobre el empaquetado neutro o normalizado, y agregó que la estrategia y el plan de acción habrían sido mejores si se hubiese consultado a los Estados Miembros al respecto. Otros delegados manifestaron la misma opinión y pidieron que se celebraran nuevas consultas. Se observó con agrado que ya se hubiese emprendido la recopilación de gran parte de la información necesaria para medir los progresos en relación con los diversos indicadores del plan de acción, por lo que el plan no haría más pesada la carga que la presentación de informes supone para los países.

163. El doctor Hennis explicó que el indicador relativo a los conflictos de intereses se relacionaba con el párrafo 3 del Artículo 5 del CMCT y reconoció que convendría desarrollarlo aún más. Con respecto al indicador sobre el empaquetado neutro o normalizado, informó que un país ya había puesto en práctica las medidas exigidas en el indicador. La Oficina estaba colaborando con varios Estados Miembros en ese sentido y consideraba que la meta fijada para el 2022 era alcanzable; seguiría colaborando con los Estados Miembros para perfeccionar la estrategia y el plan de acción antes de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

164. La Directora destacó que la exposición al tabaco era uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. A su juicio, era importante examinar detenidamente por qué después de 12 años de haber adoptado el CMCT los países de la Región seguían teniendo dificultades para ejecutar las líneas estratégicas de acción que establecía. Asimismo, era imprescindible preguntarse por qué la industria tabacalera seguía ejerciendo tanta influencia. Se precisaba una respuesta por parte de todo el gobierno para luchar contra el consumo de tabaco y preparar la reacción ante la presión de la industria tabacalera. Por ejemplo, resultaba contraproducente que el ministerio de salud de un país exigiera la reducción de la exposición al humo del tabaco, mientras que el ministerio de comercio pedía que se construyera una fábrica de tabaco y el jefe de Estado insistía en que era necesaria para generar empleos. Esto constituía un problema fundamental que debía resolverse en el nivel más alto de gobernanza.

165. El proyecto de resolución incluido en el documento CE160/19 se revisó a fin de incorporar en él las numerosas modificaciones propuestas durante el debate del Comité sobre este tema y posteriormente se aprobó como resolución CE160.R10, mediante la cual se recomendó que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara la estrategia y el plan de acción.

**Asuntos administrativos y financieros*****Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE160/20 y Add. I)***

166. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) informó que la Organización había recibido \$26,8 millones en concepto de contribuciones señaladas de años anteriores, que representaban el 66% del total pendiente y arrojaba un saldo pendiente de \$13,7 millones de años anteriores. Ningún Estado Miembro estaba sujeto a la aplicación de las disposiciones del artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Con respecto al año en curso, hasta finales de junio se habían recibido \$30,9 millones, que equivalían al 30,2% de las contribuciones señaladas totales correspondientes al 2017. Aunque esta cifra era baja, en vista de que ya había transcurrido la mitad del año, representaba el nivel más elevado de contribuciones señaladas para el año en curso recaudadas en el último decenio. Doce Estados Miembros habían pagado las contribuciones señaladas del 2017 en su totalidad y uno también había pagado una parte de su contribución señalada correspondiente al 2018.

167. El señor Puente Chaudé agradeció a los Estados Miembros que ya habían cumplido sus obligaciones con la Organización para el año en curso y exhortó a los demás a que pagaran sus contribuciones señaladas a fin de posibilitar la ejecución eficiente y eficaz del programa y el presupuesto de la OPS.

168. La Directora también expresó su agradecimiento a los Estados Miembros que ya habían pagado sus contribuciones señaladas correspondientes al 2017, y exhortó a los demás a que siguieran el ejemplo.

169. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE160.R1, mediante la cual agradeció a los Estados Miembros que habían efectuado pagos correspondientes al 2017 y años anteriores e instó a los demás Estados Miembros a que pagaran cuanto antes todas las contribuciones señaladas pendientes.

***Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016 (Documento Oficial 353)***

170. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen del Subcomité de una versión preliminar no auditada del Informe Financiero, y señaló que se había comunicado al Subcomité que las contribuciones señaladas de la OPS correspondientes al 2016 habían sumado \$66,4 millones. Durante el año, 29 Estados Miembros, Miembros Asociados y Estados Participantes habían pagado la totalidad de sus contribuciones señaladas, 5 habían efectuado los pagos parciales y 8 no habían efectuado ningún pago. Al cierre del 2016, los atrasos en el pago de las contribuciones señaladas habían ascendido a \$40,5 millones. El Subcomité había felicitado a la Oficina por su transparencia al presentar los resultados financieros del año y su eficiencia en la gestión de los recursos. Se habían reconocido las dificultades derivadas del incumplimiento en el pago de las contribuciones señaladas y se

había exhortado a todos los Estados Miembros a que cumplieran sus obligaciones financieras con la Organización oportunamente.

171. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó un panorama del Informe Financiero del Director, incluidas las cifras sobre los ingresos y gastos totales, la recaudación de las contribuciones señaladas, las contribuciones voluntarias y las adquisiciones en nombre de los Estados Miembros. Señaló que por primera vez se había utilizado el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP para saldar las cuentas financieras del bienio que concluía en el 2016. Los ingresos totales consolidados del año habían ascendido a \$1.400 millones, cifra ligeramente inferior a la del 2015. La reducción se debió principalmente a una disminución de los ingresos por contribuciones voluntarias, en particular las contribuciones voluntarias nacionales, que a su vez era resultado de la depreciación de las monedas de algunos países con respecto al dólar de los Estados Unidos.

172. Los ingresos por contribuciones voluntarias nacionales habían disminuido de \$554,7 millones en el 2015 a \$511,9 millones en el 2016, mientras que los ingresos por otras contribuciones voluntarias habían sumado \$53,9 millones en el 2016, frente a \$61,0 millones en el 2015. Al mismo tiempo, los cobros anticipados de las contribuciones voluntarias habían aumentado a más del doble, al pasar de \$65,6 millones (2015) a \$145,6 millones (2016), en gran parte debido a que la Oficina había firmado dos acuerdos importantes, uno con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el otro con el Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido. Los ingresos derivados de compras efectuadas en nombre de los Estados Miembros habían aumentado un 6%, al pasar de \$638,6 millones en el 2015 a \$678,5 millones en el 2016. Los ingresos varios se habían incrementado en \$30 millones con respecto del 2015.

173. El gasto total en el 2016 había ascendido a \$1.426 millones, en comparación con \$1.468 millones en el 2015. El año había concluido con un excedente de \$21,8 millones, cifra similar al excedente registrado al finalizar el 2014, que también era el primer año de un bienio, cuando los gastos suelen ser inferiores que en el segundo año. Las contribuciones señaladas pagadas en el 2016 habían totalizado \$106,1 millones, cifra que incluía \$39,7 millones en contribuciones señaladas del año anterior. La recaudación de las contribuciones del año en curso había aumentado levemente, de \$64,8 millones en el 2015 a \$66,4 millones en el 2016. Los atrasos en el pago de las contribuciones señaladas habían disminuido de \$44,2 millones en el 2015 a \$40,5 millones en el 2016.

174. El Auditor Externo había emitido una opinión de auditoría sin modificaciones sobre los estados financieros de la Organización correspondientes al 2016, lo cual significaba que había concluido que los estados financieros reflejaban exactamente la situación financiera y los resultados de las operaciones y los flujos de efectivo correspondientes el ejercicio financiero terminado el 31 de diciembre del 2016.

*Informe del Auditor Externo correspondiente al 2016*

175. Al presentar el Informe del Auditor Externo, la señora Karen Ortiz Finnemore (Tribunal de Cuentas de España) dijo que el Tribunal de Cuentas de España, en el curso de su trabajo como Auditor Externo de la Organización, estaba conociendo mejor a la OPS y había tratado de adaptar sus recomendaciones a fin de que la Organización pudiera alcanzar sus objetivos con respecto a los principios de transparencia y gestión financiera sólida. Un equipo de nueve auditores había hecho dos visitas a la sede de la OPS en el 2016 y también había visitado las representaciones de la OPS/OMS en Argentina, Brasil y Uruguay. Además, algunos integrantes del equipo habían participado en las 13.<sup>a</sup> y 14.<sup>a</sup> sesiones del Comité de Auditoría de la OPS. Como resultado de ese trabajo, el Auditor Externo había preparado los documentos que integraban el informe del Auditor Externo que figura en el *Documento Oficial 353*. Las conclusiones más importantes se encontraban en la opinión del Auditor Externo y en el informe largo de auditoría de los estados financieros del 2016.

176. El señor Alfredo Campos Lacoba (Tribunal de Cuentas de España), al referirse a las cifras del examen financiero contenido en el informe largo de auditoría, señaló que la Organización había concluido el 2016 con un excedente presupuestario de \$21,8 millones, mientras que en el 2015 había tenido un déficit de \$8,8 millones. Los ingresos totales habían disminuido 0,8% con respecto al 2015 y los gastos totales 2,9%. Ambas reducciones se debían a una disminución de las contribuciones voluntarias, que representaban una fuente importante de financiamiento de la Organización. Los ingresos varios habían aumentado de forma considerable, principalmente gracias a un aumento del valor de las inversiones no denominadas en dólares y de los intereses devengados. El rubro de personal y otros costos de personal había disminuido 6,3%, y los pasivos por prestaciones a los empleados habían disminuido 1,1%. En términos generales, la OPS tenía recursos suficientes para cumplir sus obligaciones financieras actuales y los pasivos por prestaciones a los empleados a corto plazo; sin embargo, el financiamiento futuro de esos pasivos seguiría siendo un reto.

177. A continuación, el señor Campos Lacoba resumió las recomendaciones propuestas en el informe, que incluían varias medidas encaminadas a mejorar la base de datos de los médicos cubanos que participaban en el programa *Mais Médicos* y a atenuar las posibles repercusiones negativas derivadas de las demandas interpuestas por algunos médicos; ello permitiría subsanar las deficiencias del Sistema de Información Gerencial de la OSP y mejorar su fiabilidad, así como garantizar el financiamiento total del pasivo correspondiente al seguro de enfermedad tras la separación del servicio. La Oficina había adoptado medidas para la aplicación de todas las recomendaciones anteriores del Auditor Externo, incluidas las relacionadas con el programa *Mais Médicos* y el PMIS, lo que demostraba su empeño en mejorar sus sistemas y procedimientos.

178. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la opinión de auditoría sin modificaciones y felicitó a la Oficina por su gestión eficaz y transparente de los recursos y por su enfoque integrado de la presupuestación, que había facilitado la disponibilidad de recursos y confería mayor flexibilidad a su utilización. También acogió favorablemente el

excedente, observando que no era frecuente en una organización internacional y que se había logrado a pesar de la disminución de ingresos registrada en el 2016. Se señaló, sin embargo, que la ejecución del presupuesto también parecía haber disminuido y que algunas contribuciones voluntarias se habían devuelto a los donantes, lo que suscitaba preocupación debido a que la Organización dependía cada vez más de esas contribuciones. Se instó a la Oficina a que adoptara medidas para ejecutar plenamente los fondos de los donantes. Los delegados pidieron que se aclarara cómo se utilizaría el excedente y por qué las contribuciones voluntarias nacionales no se contaban como parte de los ingresos de la Organización.

179. Se indicó que la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas había aumentado pero aún era baja, lo que podría afectar las operaciones de la Organización. Los delegados exhortaron a la Oficina a que continuara sus esfuerzos por aumentar la tasa de recaudación e instaron a los Estados Miembros a pagar oportunamente sus contribuciones señaladas. Se instó a la Oficina a que pusiera en práctica todas las recomendaciones del Auditor Externo, en particular aquellas relacionadas con el desempeño del PMIS y la mejora de los controles internos. También se le exhortó a que estableciera planes de sucesión y mecanismos eficaces de transición para reducir el riesgo de pérdida del conocimiento institucional debido a la jubilación de los gerentes de nivel superior.

180. El Delegado de Brasil, tras señalar que el programa *Mais Médicos* había sido bien recibido por la población brasileña y tenido una importante repercusión favorable sobre la salud pública del país, agradeció a la Oficina y al Gobierno de Cuba su participación en el programa y agregó que en septiembre del 2016 se había prorrogado otros tres años. Dijo que el Gobierno de Brasil estaba completamente de acuerdo con las recomendaciones del Auditor Externo relativas al programa y que haría lo posible por que se pusieran en práctica. Con respecto a los litigios mencionados en el Informe del Auditor Externo, pidió a la Oficina que apoyara al Gobierno de Brasil en hacer cumplir las condiciones del acuerdo de cooperación del programa, que estipulaban que los médicos cubanos participantes podrían permanecer en Brasil por un máximo de tres años. Por último, preguntó por qué el Informe Financiero no se había publicado en portugués.

181. El señor Puente Chaudé explicó que no era inhabitual disponer de un excedente al cabo del primer año de un bienio y su existencia no era indicativa de una incapacidad de ejecutar los fondos del programa, ni significaba que el bienio concluiría con un excedente. La Oficina siempre procuraba ejecutar todo el programa y presupuesto. Sin embargo, cuando había un excedente presupuestario a fines del bienio, los Estados Miembros decidían cómo debían utilizarse los fondos. Si había un excedente de los ingresos, lo que ocurría cuando los ingresos varios superaban a los presupuestados, el uso que se daría a los fondos se decidía en el bienio siguiente. La Organización tenía una política de inversiones bien definida y seguía un enfoque prudente para proteger el capital invertido y aumentar al máximo los intereses devengados.

182. El señor Campos Lacoba dijo que los resultados financieros del primer año de un bienio no necesariamente eran indicativos del verdadero grado de ejecución, ya que muchas actividades solían concluirse durante el segundo año.

183. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) explicó que las contribuciones voluntarias nacionales no estaban incluidas en el programa y presupuesto de la Organización debido en parte a su volumen, que en el bienio 2016-2017 se esperaba ascendieran a cerca de \$1.200 millones. Por otro lado, las contribuciones voluntarias nacionales se negociaban de forma bilateral, eran propias del país y la toma de decisiones con respecto a la utilización de los fondos se hacía a nivel de país.

184. La Directora agregó que las contribuciones voluntarias nacionales procedían de unos cuantos países y se destinaban a proyectos concretos a nivel de país. En los últimos años, la gran mayoría habían provenido de Brasil para el programa *Mais Médicos*. En cuanto al motivo por el cual el Informe Financiero no se había distribuido en portugués, dijo que habitualmente solo se publicaba en inglés y en español. Sin embargo, la Oficina estaba dispuesta a colaborar con Brasil para producir una versión en portugués.

185. Consideraba que la ejecución del presupuesto del 2016 se había reducido debido, en parte, al tiempo de personal que se había tenido que invertir para poner en funcionamiento el PMIS y aprender a utilizarlo. Al mismo tiempo, se había pedido al personal que respondiera a la epidemia de enfermedad por el virus del Zika y a muchas otras situaciones de urgencia. La Oficina estaba trabajando para aumentar la ejecución en el 2017.

186. La Directora aseguró al Comité que la Oficina tomaba muy en serio las recomendaciones del Auditor Externo y examinaba su aplicación cada seis meses.

187. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP), hablando a solicitud de la Directora, explicó las medidas que se estaban adoptando para poner en práctica las recomendaciones relativas al PMIS, que incluían el establecimiento de una unidad de observancia encargada de preparar una lista de informes que sería utilizada por los centros de costos en la Sede y las representaciones para vigilar su cumplimiento y validar los datos incorporados al sistema. La comprobación de la exactitud de los datos que el personal introducía en el sistema era de suma importancia. Una manera de comprobarla consistía en utilizar informes que compararan diversas perspectivas sobre los datos; el personal estaba cada vez más capacitado para utilizar estos informes. También había trabajos en curso para aplicar la recomendación sobre la manipulación manual de los datos fuera del sistema, que había sido una práctica frecuente con el sistema anterior. La Oficina había realizado avances considerables en la automatización de las tareas; también había adquirido amplia experiencia en el uso de las etiquetas de trabajo (“worktags”) y aprovecharía las enseñanzas extraídas para la planificación del bienio 2018-2019.

188. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Programación del excedente de los ingresos (documento CE160/21)***

189. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una propuesta



planteada por la Oficina de usar un excedente de los ingresos de aproximadamente \$7,8 millones, que se registró porque en el bienio 2014-2015 los ingresos varios alcanzaron un monto mayor al presupuestado. Se había recordado que en mayo del 2015 la Oficina había presentado un informe sobre los proyectos de bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital,<sup>6</sup> en el cual se mencionaban las obras de reparación que se deberían llevar a cabo tanto en el edificio de la Sede como en las representaciones de la OPS en los países, así como las estimaciones de costos, que sumaban cerca de \$50 millones. Se le había informado al Subcomité que, como próximo paso a fin de acumular los fondos necesarios para esos proyectos de bienes inmuebles, la Directora propuso asignar la totalidad del excedente de los ingresos al Fondo Subsidiario de Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

190. En el debate subsiguiente, se reconoció la necesidad de realizar reparaciones y mejoras y se respaldó la propuesta de usar el excedente como se había planteado. Se señaló que este excedente distaba mucho de los \$50 millones requeridos y que por consiguiente sería necesario priorizar las reparaciones. Se consideró que debía darse máxima prioridad a las obras que mejoraran la protección y seguridad del personal, así como a las reparaciones que, de aplazarse, probablemente se traducirían en costos de mantenimiento aún mayores.

191. La Directora señaló que la Oficina tenía un plan para realizar las reparaciones y mejoras con un orden de prioridades y afirmó que si se quería evitar un mayor deterioro de los edificios propiedad de la OPS, en particular el edificio de la Sede, no era prudente seguir aplazando las obras que debían hacerse. Se comprometió a presentar en el próximo ciclo de reuniones de los Cuerpos Directivos propuestas para recaudar el resto de los fondos necesarios.

192. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Seguro de enfermedad tras la separación del servicio (documento CE160/22)***

193. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) expuso que el Subcomité había sido informado de que en el 2016 la Secretaría de la OMS y la Oficina habían elaborado un plan a largo plazo con el objetivo de financiar las obligaciones correspondientes al seguro de enfermedad tras la separación del servicio (ASHI, por su sigla en inglés) para los funcionarios de la OPS jubilados y sus familiares. Por medio de este plan, las dos organizaciones combinarían sus activos en la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal. Según los cálculos actuariales, la OMS habría financiado plenamente su obligación con respecto al ASHI para el año 2038 y la OPS lo haría para el año 2052. Como otra parte del plan, se realizarían esfuerzos para contener los costos de la atención de salud para el personal en Estados Unidos de América. El Subcomité había recibido con beneplácito el progreso logrado para financiar las obligaciones del ASHI y los planes para el futuro. Se había considerado que la cooperación con la OMS era un paso positivo. El Subcomité había respaldado la propuesta de que los informes futuros sobre el estado de la obligación con respecto al ASHI no debían

---

<sup>6</sup> Véase el documento CE156/24, Rev. 1.

presentarse como otro punto del orden del día, sino que en su lugar debían incluirse en el Informe Financiero del Director.

194. En el debate del Comité Ejecutivo sobre este tema, los delegados expresaron su apoyo a combinar los activos de la OPS con los de la OMS como una forma de fomentar una mayor eficiencia e incrementar al máximo el rendimiento. Además, recibieron con beneplácito el cuidadoso seguimiento de la OPS a esta situación y señalaron que esperaban con interés las actualizaciones en las reuniones futuras de los Cuerpos Directivos respecto del estado de la parte de los activos combinados correspondiente a la OPS. También recibieron con beneplácito la propuesta de, en lo sucesivo, incorporar este tema al Informe Financiero del Director.

195. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) indicó que la Oficina se sentía satisfecha con el progreso logrado hasta ese momento para reducir la obligación por las prestaciones del ASHI.

196. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CE160/23)***

197. La doctora Lucrecia Hernández Mack (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sus diversos fondos subsidiarios y había aprobado la propuesta de transferir el excedente de ingresos de \$7,8 millones al Fondo Subsidiario de Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles del Fondo Maestro de Inversiones de Capital. En respuesta a las preguntas acerca de la estrategia de recursos humanos, la Oficina había explicado que el Fondo Subsidiario de la Estrategia de Recursos Humanos se había creado en el 2015. De los dos proyectos principales que se financiarían a partir de ese fondo, la plataforma de selección había comenzado a funcionar en febrero del 2017 y el trabajo en la plataforma de aprendizaje electrónico estaba próximo a finalizarse, con cursos de capacitación dirigidos a los nuevos empleados planificados para un futuro cercano.

198. En el debate subsiguiente, un delegado preguntó cómo y cuándo podrían hacerse todas las mejoras que necesitan los bienes inmuebles y si había un plan para abordar esas necesidades en el cual se estableciesen las prioridades.

199. La señora María Teresa Angulo (Directora, Operaciones de Servicios Generales, OSP) señaló que la Oficina seguía guiándose por lo establecido en el documento CE156/24, Rev. 1, presentado al Comité Ejecutivo en el 2015. En este documento, bastante detallado, se establecieron las diversas prioridades que debían abordarse.

200. La Directora observó que las mejoras en el edificio de la Sede podrían acelerarse si aumentaba la disponibilidad de fondos. Agregó que había surgido una posibilidad para recaudar recursos adicionales, pero lamentablemente no se había materializado.

Las mejoras que se requerían en el segundo y el décimo piso eran prioritarias, pero mejorar la protección y la seguridad en la entrada principal del edificio era aún más importante.

201. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE160/24)***

202. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) presentó el informe sobre la labor de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES, por su sigla en inglés). Destacó las diversas secciones del informe (documento CE160/24), y señaló en particular que en los párrafos 41 a 45 del informe se indicaba que, en opinión de IES, el entorno de control interno de la Oficina continuaba proporcionando un aseguramiento razonable sobre la exactitud y el registro oportuno de las transacciones financieras, los activos y los pasivos; la protección de los activos; y la mitigación de los riesgos para el logro de los objetivos de la Organización. En el informe también se ratifica la independencia de la función interna de supervisión por parte de la administración, y se señala que IES no había encontrado ningún obstáculo en el cumplimiento de sus funciones.

203. Explicó que la modernización de los sistemas de información gerencial mediante el PMIS debilitaron temporalmente los controles internos en el primer semestre del 2016, pero que ello no era poco común cuando se ejecutaban proyectos de tal magnitud en el ámbito de los sistemas de información. Para el segundo semestre del 2016, el PMIS ya había comenzado a estabilizarse; las pruebas recopiladas hasta la fecha indicaban que, en consecuencia, se había logrado cierta mejora del ambiente de control interno.

204. En el debate subsiguiente, los delegados subrayaron la importancia de las funciones de supervisión interna, como parte de los esfuerzos emprendidos para velar por la transparencia y la rendición de cuentas, y recibieron con beneplácito la información suministrada sobre las auditorías de temas específicos y las auditorías de las representaciones en los países. A los delegados les complació observar que la Oficina tomó en serio las recomendaciones de IES. Sin embargo, se señaló que todavía estaban pendientes dos recomendaciones prioritarias del 2011 y se alentó a la Oficina a procurar aplicar todas las recomendaciones de manera oportuna. Se consideró preocupante que en la auditoría interna de los procesos presupuestarios de la Oficina se hubiese determinado que los controles internos eran insatisfactorios, y se buscó información acerca del progreso en la ejecución de las recomendaciones dadas en esa auditoría.

205. El señor O'Regan respondió que tres veces en el curso del año se había hecho un seguimiento a las recomendaciones que formuló IES, y se habían enviado comunicaciones escritas a los gerentes a los que se les había asignado el seguimiento, los cuales debían presentar por escrito información acerca del estado de las recomendaciones. Además, en las reuniones con la Directora, realizadas dos veces al año, se examinaron todas las recomendaciones pendientes; en esas reuniones se establecieron las fechas de ejecución previstas y se determinó qué otras medidas eran necesarias.

206. Con respecto a las dos recomendaciones pendientes desde el 2011, se refirió al párrafo 40 del informe de IES. Una recomendación había sido que la gerencia debía realizar un análisis de los gastos de viaje en toda la Organización. Eso se había resuelto mediante el PMIS, por lo que se había completado. La segunda recomendación guardaba relación con la gestión de proyectos, especialmente en el caso de las contribuciones voluntarias; la ejecución de esta recomendación se había completado en cerca de 90%. Los resultados insatisfactorios de la auditoría interna sobre los procesos presupuestarios habían estado relacionados con la ejecución del PMIS en la primera mitad del 2016. Ese había sido un período transitorio, por lo que había habido mejoras desde entonces. A medida que el sistema continuaba mejorando, también podría preverse una mejora en la calidad de los controles internos.

207. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021 (documento CE160/28)***

208. El señor Xavier Puente Chaudé (Director, Departamento de Gestión de Recursos Financieros, OSP) informó que en agosto del 2016 se había enviado una nota verbal a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados, en la cual se describía en detalle el proceso que debían seguir para proponer la candidatura de un auditor para los bienios 2018-2019 y 2020-2021. Se había establecido el 31 de enero del 2017 como fecha límite para la recepción de las candidaturas. Sin embargo, como hasta esa fecha no se había recibido ninguna candidatura, la Directora había prorrogado la fecha límite hasta el 19 de junio del 2017, a fin de proporcionar más tiempo a los Estados Miembros para que pudieran participar en el proceso.

209. A mediados de junio, la Oficina Sanitaria Panamericana recibió una comunicación del Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en la cual proponía la candidatura de la Oficina Nacional de Auditoría de ese país. Toda la documentación sobre la candidatura se había remitido al Comité de Auditoría de la OPS para que la examinara y proporcionara orientación. La propuesta, junto con todas las observaciones planteadas por el Comité de Auditoría, se presentaría a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. En la Conferencia, se invitaría a un representante de la Oficina Nacional de Auditoría a hacer una presentación breve. La selección del Auditor Externo sería por voto secreto.

210. El señor John Fox (Presidente, Comité de Auditoría de la OPS) indicó que, basándose en el análisis de la solicitud hecha por la Oficina Nacional de Auditoría y la experiencia de esta con la Oficina Sanitaria Panamericana y otras organizaciones que han cumplido el papel de Auditor Externo, el Comité de Auditoría recomendó enfáticamente seleccionar la Oficina Nacional de Auditoría como Auditor Externo de la OPS.

211. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

**Asuntos de personal*****Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE160/25)***

212. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas para el Reglamento y Estatuto del Personal, las cuales tenían por objeto mantener la congruencia en las condiciones de empleo del personal de la Organización y el de las otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, en conformidad con la resolución 70/244 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se establecían modificaciones del conjunto de remuneración del personal profesional, en vigor a partir del 1 de enero del 2017.

213. Se preveía que con las modificaciones propuestas los ahorros financieros ascenderían a cerca de \$113,2 millones por año para todo el sistema de las Naciones Unidas, con lo cual se reducirían levemente los costos de personal a largo plazo. Los cambios incluían la eliminación de la escala doble de sueldos para el personal con y sin familiares a cargo y su reemplazo por una única escala. Otra fuente significativa de ahorros sería la eliminación o la reducción de los derechos relacionados con la educación de los hijos. Una modificación importante propuesta en la resolución 70/244 era aumentar a los 65 años la edad de jubilación en el sistema de las Naciones Unidas. Ese cambio afectaría al personal contratado antes del 1 de enero del 2014, aunque este personal también tendría la opción de jubilarse a la edad que estaba en vigor cuando fueron contratados.

214. En el debate subsiguiente, se expresó preocupación por la repercusión que podría tener el aumento de la edad de jubilación en la brecha entre el personal más joven y el de mayor edad, especialmente en las mujeres, en su mayor parte P2 o P3. Sus probabilidades de ascender a P4 se reducirían si el personal de mayor edad permanecía en esos puestos.

215. La doctora Luz Marina Barillas (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) explicó que la Oficina había dado inicio a un plan de sucesión para mitigar cualquier repercusión negativa que pudiera tener el aumento de la edad de jubilación y había tomado medidas para garantizar el progreso profesional de las mujeres. Por ejemplo, en el nuevo sistema de contratación se preveía que en la lista final de candidatos para un puesto debía haber al menos una mujer. Además, la Organización había instituido cursos de capacitación para que las mujeres adquirieran las aptitudes de gestión y de liderazgo que necesitaban para ascender a los niveles más altos.

216. El Subdirector indicó que el plan de sucesión se pondría a disposición del Comité Ejecutivo en su próxima sesión. Aclaró que, aunque la Oficina estaba tomando medidas para permitir el avance profesional de las mujeres, estas no podían ascender automáticamente de P2 a P3 y P4 porque la selección del personal de todos los puestos debía hacerse por concurso. Planificar la sucesión permitiría a la Oficina retener al personal con experiencia y además brindaría la oportunidad de reflexionar para determinar si los puestos y las competencias disponibles actualmente son los más apropiados para

satisfacer las necesidades nuevas y emergentes. Una opción podría ser suscribir contratos a plazos más cortos para satisfacer necesidades específicas. La estrategia de recursos humanos de la Oficina la ayudaba a planificar para el futuro sin dejar de satisfacer las exigencias del presente.

217. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE160.R14 por medio de la cual confirmó las modificaciones planteadas en el documento CE160/25.

***Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE160/26)***

218. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que se había informado al Subcomité que la dotación general de personal en el 2016 había quedado prácticamente igual que en 2015. Las mujeres ocuparon un poco más de la mitad de los puestos en la categoría de puestos profesionales y la de puestos sin clasificar, pero la mayor parte está concentrada en los puestos profesionales de nivel inferior. Al Subcomité también se le informó que las personas de 50 a 59 años de edad constituían el mayor segmento en todas las categorías del personal con contratos fijos y que la Oficina había comenzado a aplicar una serie de medidas para tratar con la inminente oleada de jubilaciones, entre las cuales se encuentra un procedimiento que tiene como objetivo garantizar la transferencia de conocimientos y salvaguardar la memoria institucional. Se explicó que se estaba poniendo en marcha el plan de sucesión aprobado por la Gerencia Ejecutiva en el 2016.

219. El Subcomité había felicitado a la Oficina por progresar de manera constante hacia la paridad de género en las categorías profesional y superior y había solicitado información sobre cualquier iniciativa nueva que estuviera aplicándose para aumentar la movilidad a puestos superiores de las mujeres que ocupaban los puestos profesionales de nivel inferior. Se alentó a la Oficina a seguir promoviendo la movilidad geográfica como una manera de permitir que el personal adquiriera experiencia y aptitudes diversas fortaleciendo, por lo tanto, la excelencia técnica de la Organización en su conjunto.

220. En el debate del Comité Ejecutivo sobre este tema, se señaló que, considerando los retos que se enfrentarán en el futuro, la Oficina podría verse obligada a contratar personal con experiencia en áreas nuevas, como el financiamiento de la atención de salud, la personalización de la medicina y temas relativos al mercado de productos farmacéuticos.

221. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE160/27)***

222. La señora Pilar Vidal (Presidenta, Asociación de Personal de la OPS/OMS) destacó los temas que la Asociación de Personal de la OPS/OMS deseaba hacer del conocimiento del Comité Ejecutivo. Comenzó reiterando el compromiso de los funcionarios de la OPS con los mandatos y la misión de la Organización y señalando que las relaciones entre el

personal y la gerencia seguían siendo constructivas. El personal tuvo la oportunidad de presentar su perspectiva acerca de decisiones que afectaron el entorno de trabajo, la productividad y el bienestar del personal. La Asociación de Personal tomó nota con satisfacción sobre la decisión de elevar a 65 años la edad de jubilación para el personal contratado antes del 1 de enero del 2014, de acuerdo con la resolución 70/244 de la Asamblea General de las Naciones Unidas; al mismo tiempo, trabajaría para que se adopten las medidas necesarias para mitigar cualquier repercusión negativa que el aumento de la edad de jubilación pueda tener en el personal más joven.

223. La aprobación del Reglamento Interno de la Junta de Apelación y la formalización de la Junta, con la elección de los miembros por parte del personal, fueron acogidas con beneplácito, pues representaron un hito en la administración de justicia en la Oficina. La Asociación de Personal seguiría abogando por un sistema de justicia más estructurado, en particular en el área de investigación, y participaría activamente en la revisión del protocolo de investigación.

224. La Asociación de Personal también recibió con beneplácito los esfuerzos por hacer corresponder los procesos de selección y contratación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana con los de la OMS. Esa alineación simplificaría el proceso de selección y garantizaría la participación de los representantes del personal en ese proceso. La Asociación de Personal observaría de cerca la repercusión de los cambios al conjunto de remuneración del personal profesional aprobados recientemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que podrían mermar la capacidad de la Oficina de contratar a los mejores profesionales de la salud pública.

225. La señora Vidal señaló que la Asociación de Personal apreciaba los esfuerzos de la gerencia por mejorar la paridad de género en la selección del personal, reconociendo al mismo tiempo la necesidad de garantizar la contratación del personal mejor capacitado en cuanto a eficiencia, competencia técnica e integridad. Sin embargo, era necesario intensificar los esfuerzos por aumentar la representación de las mujeres en los puestos profesionales y mejorar las oportunidades de progreso profesional para el personal femenino. La Asociación instó al Departamento de Gestión de Recursos Humanos a implantar un programa eficaz con el fin de ayudar a las mujeres a adquirir los conocimientos y las aptitudes requeridas para competir por los puestos de nivel más elevado. Es importante que la Organización invierta en el desarrollo del personal, ya que el personal es su recurso más importante.

226. Por último, la señora Vidal felicitó a la Directora y elogió su liderazgo, los logros que había obtenido en los últimos cinco años, así como su claro compromiso con el objetivo de mantener excelencia dentro de la Organización protegiendo al mismo tiempo la integridad y la reputación institucionales.

227. La Directora expresó su agradecimiento a la Asociación de Personal por colaborar con la gerencia y estar dispuesta a compartir su vasta memoria institucional. Señaló que estaba muy consciente de la importancia de mejorar la paridad de género, especialmente a los niveles más altos. La Oficina estaba examinando los procesos de selección para ver

cómo podría darse preferencia a las candidatas y al mismo tiempo mantener la excelencia. Coincidió en que el personal era el principal recurso de la Organización, e indicó que estaba comprometida a lograr que sea tratado con respeto y goce de las mejores condiciones de trabajo posibles.

228. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

### **Asuntos de información general**

#### ***Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CE160/INF/1)***

229. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que en marzo del 2017 el Subcomité había recibido una actualización sobre las acciones y los logros clave con respecto a la reforma de la OMS desde el informe previo sobre el tema en el 2016. Se había informado, entre otras cosas, que tanto la OPS como la OMS habían seguido aplicando un enfoque de planificación de abajo arriba para la elaboración de sus respectivos presupuestos por programas y que la OPS estaba creando un portal en la web similar al portal del presupuesto por programas de la OMS. La Oficina había propuesto dejar de presentar informes anuales sobre la reforma de la OMS a los Cuerpos Directivos de la OPS y, en lugar de ello, proporcionar cualquier actualización necesaria por medio de informes sobre los distintos puntos del orden del día.

230. En el debate sobre el informe que tuvo lugar en el Subcomité, se recomendó que, en lugar de suspender por completo la presentación de informes anuales, la Oficina debía presentar actualizaciones sobre la coordinación entre la OPS y la OMS con respecto a los programas, la gobernanza, la respuesta a situaciones de emergencias, la gestión y los recursos humanos, entre otros temas. Se solicitó que se garantizara que el portal de la OPS en la web estuviese vinculado electrónicamente con el portal de la OMS y tuviera el mismo nivel de transparencia y accesibilidad con respecto a los datos. La Oficina había explicado que el portal de la OPS no podía vincularse directamente al de la OMS debido a la condición de la OPS como entidad con su propia personería jurídica, pero que la plataforma de la OPS sería prácticamente idéntica a la plataforma de la OMS y presentaría el mismo nivel de información, con la misma estructura y formato, así como el mismo nivel de transparencia y accesibilidad.

231. El señor Dean Chambliss (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) destacó algunas de las medidas clave que se habían adoptado en el último año con respecto a la reforma de la OMS. Señaló que la mayoría de los resultados inmediatos de la reforma se habían alcanzado y que la OMS no había incluido en el presupuesto por programas que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado en mayo del 2017 ningún resultado inmediato específicamente relacionado con la reforma. Informó que la OPS había seguido aplicando un enfoque de abajo arriba en la formulación de su programa y presupuesto y también había aplicado el método perfeccionado de estratificación de prioridades programáticas aprobado por el Consejo Directivo en el 2016.<sup>7</sup> Se había

---

<sup>7</sup> Véase el documento CD55/7 y la resolución CD55.R2 (2016).



continuado trabajando en el portal de la OPS en la web y se esperaba que el portal entrara en funcionamiento en septiembre y los Estados Miembros tuvieran acceso a la información. La OMS había empezado a participar en la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda (IATI), en la cual también estaba participando la OPS como Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO).

232. La Oficina siguió trabajando para limitar el número de puntos del orden del día de las reuniones de los Cuerpos Directivos y para mejorar la calidad de los informes sometidos a su consideración. El *Marco para la colaboración con los agentes no estatales*, adoptado en el 2016, había reemplazado las directrices de la OPS para la colaboración con las empresas privadas y las organizaciones no gubernamentales. El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se había establecido en una manera coordinada a nivel mundial y regional. Tanto la Secretaría de la OMS como la Oficina habían puesto en marcha una nueva herramienta de selección de personal y estaban garantizado la convergencia de los perfiles del personal con los requisitos funcionales. Además, dentro de la OPS, se había completado la transición al PMIS.

233. El señor Chambliss presentó un prototipo del portal del Programa y Presupuesto de la OPS en la web y dio una demostración sobre sus diferentes funciones. Explicó que en el portal los Estados Miembros podrían darle seguimiento a la cantidad de fondos disponibles en las seis categorías del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 por fuente de financiamiento, incluida la cantidad recibida de la OMS. También se mostrarían los resultados inmediatos por país y por tipo de gasto.

234. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los esfuerzos emprendidos a nivel mundial y regional para poner en práctica la reforma de la OMS y reconoció que en algunas áreas las reformas de la OPS habían precedido las emprendidas por la OMS. Los delegados consideraron que debe continuarse con las medidas en pro de la reforma, pues son un medio para mejorar el desempeño, la transparencia y la rendición de cuentas. Además, recibieron con beneplácito los planes de la Oficina de seguir fortaleciendo las actividades de seguimiento y análisis del Plan Estratégico de la OPS y el Programa y Presupuesto de la Organización emprendidas conjuntamente con los Estados Miembros. Se destacó que, en aras de una mayor transparencia, todo el personal superior de la OPS, incluidos los representantes de la OPS/OMS, deben firmar declaraciones sobre conflictos de intereses. También se recibió con beneplácito la convergencia de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, y se alentó a la Oficina a seguir brindando ayuda a los Estados Miembros en el fortalecimiento de su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia y en la construcción de sistemas de salud resilientes.

235. Se sugirió que los informes sobre la reforma de la OMS que se presenten en un futuro podrían adoptar la forma de informes sobre asuntos de la OPS y la OMS de importancia estratégica para los Estados Miembros e incluir información sobre nuevas áreas de interés y sobre el progreso alcanzado con respecto a actividades en curso como el nuevo portal de la OPS en la web, el Programa de Emergencias Sanitarias y los debates de las sesiones de los órganos deliberantes de la OMS que guarden relación con la OPS.

236. El señor Chambliss agregó que en la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que se realizará en marzo del 2018 la Oficina podría presentar una propuesta sobre los informes que a este respecto se presenten en un futuro.

237. El Comité tomó nota del informe.

***Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (documento CE160/INF/2)***

238. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que el Subcomité había sido informado acerca del procedimiento para la elección del Director, que tendría lugar en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. En marzo del 2017, se había invitado a todos los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados a presentar candidaturas. El plazo para la presentación de candidaturas se había cerrado el 1 de mayo, después de lo cual todas las candidaturas habían sido compiladas, traducidas a los cuatro idiomas oficiales de la Organización y remitidas por el Presidente del Comité Ejecutivo a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados. También se le informó al Subcomité que se invitaría a los candidatos propuestos a hacer una presentación en un foro de los candidatos, que se realizaría en la semana de la 160.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

239. El señor Scott Shauf (Asesor Legal Principal, Oficina del Asesor Jurídico, OSP) informó que para la fecha en que se cumplió el plazo (1 de mayo del 2017) solo se había recibido una propuesta: la candidatura de la doctora Carissa Etienne, presentada por Dominica, para un segundo mandato como Directora de la Oficina. La doctora Etienne tendría la oportunidad de hacer una presentación en el foro de los candidatos, que se celebraría el 30 de junio; se invitaría a los Estados Miembros a formular preguntas después de la presentación. La transcripción literal del foro se enviaría a todos los Estados Miembros.

240. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) (documento CE160/INF/3)***

241. La doctora Lucrecia Hernández Mack (representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que en marzo del 2017 el Subcomité había recibido una actualización sobre el progreso del proyecto de Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS). La fase uno de este proyecto, que abarcaba las áreas de recursos humanos y nómina de sueldos, había entrado en funcionamiento en febrero del 2015. La fase dos, que incluyó finanzas, compras y presupuesto, había entrado en funcionamiento en enero del 2016. El año 2016 había estado dedicado a la estabilización del sistema, la resolución de problemas de gobernanza, mejoras del sistema, la creación de informes adaptados a los usuarios, el cierre financiero del proyecto y la transición del

equipo del proyecto al Departamento de Servicios de Tecnología de la Información de la OPS. El sistema se había usado para el cierre financiero del año 2016, y el próximo reto sería el cierre financiero del bienio 2016-2017, un proceso más complejo que un cierre de mitad de bienio.

242. En el debate del Subcomité sobre este tema, se había solicitado que, considerando que se preveía que el cierre bienal fuese un proceso complicado, se siguieran dando actualizaciones sobre el desempeño del PMIS al Subcomité y el Comité Ejecutivo.

243. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

#### ***Centros colaboradores de la OPS/OMS (documento CE160/INF/4)***

244. El Subdirector presentó este punto y señaló que los centros colaboradores de la OPS/OMS han contribuido con la cooperación técnica que presta la Organización y han facilitado el acceso a un cúmulo de experiencia en una amplia variedad de áreas en las cuales la OPS carece de suficiente capacidad técnica o recursos humanos para satisfacer las necesidades de los Estados Miembros. Los centros colaboradores habían prestado una ayuda valiosa en las áreas de la salud mental y la bioética, por ejemplo. La experiencia disponible en estos centros contribuyó en la toma de decisiones basadas en la evidencia que luego se tradujo en políticas y programas. Las actividades de los centros guardan consonancia con el Programa General de Trabajo de la OMS, el Plan Estratégico de la OPS y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

245. Había actualmente 182 centros colaboradores en la Región, distribuidos en 15 países. Los centros se seleccionaron mediante un proceso riguroso en el cual participaron varias áreas técnicas de la OPS y la OMS. Dentro de cada organización había un funcionario encargado de la coordinación y el seguimiento de las actividades de los centros que entraban dentro de su esfera de responsabilidad. Los centros debían llevar a cabo los planes de trabajo que hubiesen acordado; su trabajo se evaluaba con regularidad para determinar si seguían siendo centros colaboradores de la OPS/OMS.

246. En el Comité Ejecutivo se reafirmó la importancia de los centros colaboradores al fortalecer la cooperación técnica que prestan la OPS y la OMS a los Estados Miembros y facilitar el intercambio de experiencias y enseñanzas extraídas. Se señaló que los centros colaboradores ofrecían experiencia y conocimientos especializados que contribuían al fortalecimiento de la capacidad y al desarrollo tanto en los países sede como en los países vecinos, particularmente mediante la cooperación Sur-Sur, Norte-Sur y triangular. No obstante, varios delegados señalaron la necesidad de que hubiera una mayor transparencia y una mejor coordinación y comunicación entre los centros colaboradores y los gobiernos de los países donde estaban ubicados, y requirieron una mayor firmeza en el apoyo y la supervisión que presta la Oficina para que el trabajo de los centros colaboradores tenga una mayor repercusión en el país sede. Además, se solicitó información sobre cómo se manejaba la remuneración de los centros colaboradores.

247. Se expresó apoyo a las actividades propuestas en el documento CE160/INF/4 para fortalecer los centros colaboradores en la Región, en particular la creación de redes nacionales de centros y el establecimiento de una plataforma web para difundir los resultados e intercambiar experiencias y enseñanzas extraídas. Con respecto a la posibilidad de organizar una reunión de todos los centros colaboradores, se recomendó realizar una planificación estratégica cuidadosa, dado el elevado número de centros y la diversidad de sus campos de especialización.

248. De acuerdo con el Subdirector, diversos centros colaboradores que trabajaban en áreas específicas ya habían celebrado varias reuniones sumamente productivas. En cuanto a la remuneración de los centros colaboradores, aclaró que los centros financiaban sus actividades con sus propios presupuestos; no recibían ninguna compensación directa de parte de la Organización, aunque la OPS podía ayudarlos cubriendo gastos de viaje y otros gastos relacionados en aquellos proyectos o estudios específicos que les solicitaba.

249. El doctor Becerra Posada explicó que para que una institución sea designada centro colaborador, tenía que haber colaborado con la OPS o la OMS al menos por dos años, y luego de su designación se esperaba que cumpliera el plan de trabajo acordado para renovar la designación. Agregó que antes de que una institución fuese designada centro colaborador de la OPS/OMS, se hacían consultas entre los gobiernos y se solicitaba su aprobación. En consecuencia, los gobiernos sabían qué instituciones habían sido designadas centros colaboradores y podían trabajar directamente con ellas para fortalecer la coordinación a nivel nacional. Las redes nacionales de centros colaboradores también podían ayudar a mejorar la coordinación.

250. La Directora expresó su agradecimiento por la contribución de los centros colaboradores de la OPS/OMS al intercambio de conocimientos y experiencia en la Región y por su apoyo al trabajo de la OPS, en particular en situaciones de emergencias de salud y brotes de enfermedades.

251. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final (documento CE160/INF/5)***

252. La doctora Kira Fortune (Jefa Interina, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) presentó este tema y afirmó que la violencia, en todas sus manifestaciones, era un grave problema de salud pública en la Región de las Américas y un impedimento para el desarrollo. Explicó que el homicidio era la forma más visible de violencia; a menudo, la única sobre la cual se recopilaban datos sistemáticamente para las estadísticas nacionales. América Latina y el Caribe tenían la tasa de homicidios en niños y adolescentes más alta del mundo, consecuencia de los niveles alarmantes de violencia armada, la actividad de las pandillas y la delincuencia organizada. Sin embargo, a menudo la violencia también ocurría en los hogares y las familias, y muchas veces era invisible en las estadísticas nacionales. Cada año, 58% de los niños y las niñas de América Latina y el Caribe experimentaba alguna forma de maltrato físico, sexual o emocional. Además, una

de cada tres mujeres de la Región era objeto de abuso por parte de su pareja o de violencia sexual infligida por personas distintas de la pareja.

253. La repercusión de este tipo de violencia era incalculable. Sus efectos podrían ser inmediatos, pero también podrían durar toda la vida, al manifestarse en problemas de salud mental, embarazos no deseados y consumo nocivo de tabaco, drogas y alcohol. Además, diversos estudios han mostrado que la violencia genera altos costos económicos en forma de costos legales y médicos y productividad perdida, por lo que realmente podría desacelerar el desarrollo económico y social de un país. Por consiguiente, prevenir la violencia era una prioridad para la Región, y al sector de la salud le correspondía desempeñar un papel clave.

254. La experiencia regional en esta área le había permitido a la OPS brindar apoyo en la elaboración y aprobación del plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, que la Asamblea Mundial de la Salud hizo suyo en el 2016. En el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014* se habían recopilado por primera vez de manera sistemática datos autorizados por los gobiernos. De acuerdo con este informe, la mayoría de los países y territorios de la Región había adoptado medidas para elaborar planes y programas de intervención nacionales o subnacionales para abordar las diferentes formas de violencia. Además, cuatro países de la Región habían creado observatorios integrales. Asimismo, la mayoría había invertido en programas de prevención primaria que incluían las siete estrategias de prevención de la violencia recomendadas por la OMS en el año 2010, las cuales eran consideradas “mejores inversiones”. En los últimos 10 años, la Oficina había intensificado la cooperación con los Estados Miembros para apoyar los esfuerzos emprendidos con el fin de prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, así como contra los niños y los jóvenes en general, haciendo análisis, directrices y paquetes técnicos en colaboración con la OMS y otros organismos nacionales e internacionales.

255. A pesar de que la prevención de la violencia había ganado visibilidad en las agendas de las políticas públicas, pocos reconocían que la violencia y los traumatismos eran un problema grave en el ámbito de la salud pública. Además, menos de la mitad de los países y los territorios que presentaban datos habían abordado los factores de riesgo clave de la violencia mediante medidas que estuvieran relacionadas con las políticas sociales y educativas. El informe mundial del 2014 también mostró una diferencia importante en la disponibilidad de servicios para identificar, referir, proteger y brindar apoyo a las víctimas de la violencia. Por lo tanto, la prevención de la violencia requeriría una mayor colaboración multisectorial e inversión a largo plazo. Se alentó a los Estados Miembros a seguir abogando para que se reconozca que la violencia es una prioridad de salud pública, se aumente la inversión en medidas de prevención y se siga ejecutando la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* y el plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general.

256. El Comité Ejecutivo celebró el progreso logrado por los países al abordar la violencia como problema de salud pública. Sin embargo, hubo consenso en que aún faltaba mucho por hacer: la violencia seguía intensificándose en la Región de las Américas, por lo que esta era la más violenta de las seis regiones de la OMS. Por lo tanto, había una necesidad urgente de incrementar las medidas de prevención y respuesta mediante iniciativas y programas nacionales. Se alentó a la Oficina a buscar maneras de potenciar al máximo la repercusión de las inversiones en prevención, programas, prácticas y políticas esforzándose más para abordar la interconexión entre las diversas formas de violencia. También hubo consenso en que la violencia era un problema de la sociedad que requería medidas en cuanto a educación, incluida educación sexual, así como la coordinación de los diversos sectores. Los delegados expresaron que sus países estaban comprometidos con la ejecución los planes de acción regionales y mundiales.

257. Muchos delegados mencionaron la alta prevalencia de violencia doméstica y violencia de género, indicaron que estos problemas eran una prioridad nacional y describieron los esfuerzos de sus países para combatir la violencia contra las mujeres y las niñas, y los niños en general. Una delegada subrayó que la violencia contra la mujer era un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos con consecuencias de amplio alcance no solo para las mujeres y sus familias, sino también para la economía nacional. Se indicó que el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas era un factor que contribuía con la violencia interpersonal, y varios delegados lo vincularon a la disponibilidad de armas de fuego. También causaban preocupación la violencia de las pandillas, la violencia juvenil y el maltrato de las personas mayores.

258. La doctora Fortune señaló que se había observado un cambio, pues había un mayor reconocimiento de que la violencia era un problema de salud pública. Sin embargo, era necesario intensificar los esfuerzos para prevenir la violencia. La falta de datos seguía impidiendo la formulación de planes e iniciativas nacionales, pero se estaba abordando el problema, y se estaban tomando medidas para desglosar los datos a fin de comprender la realidad en los países. Se necesitaba un enfoque multisectorial, y la Oficina estaba trabajando de la mano con otros sectores y con organismos afines para abordar el problema. También era importante aprender de la experiencia de los países que había arrojado resultados positivos y qué había sido un reto para así poder mostrar los modelos con los cuales se alcanzaban los resultados previstos, en particular para abordar la violencia de las pandillas, los homicidios, la violencia juvenil y el maltrato de las personas mayores.

259. La Directora observó que, a pesar de las mejoras que se habían mencionado, la violencia en todas sus formas seguía siendo para la Región un grave problema social que iba mucho más allá de la esfera de la salud pública. La violencia no solo contribuía con el aumento de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad, sino que además tenía implicaciones sociales y económicas. La violencia era la principal causa de muerte en la población joven, por lo cual la Región perdía muchos años de esperanza de vida. Incluso afectaba al turismo, un factor de peso importante en las economías de Centroamérica y el Caribe. No obstante, la respuesta al problema había sido limitada. El sector de la salud debe

involucrar a los jefes de Estado y otros sectores en los esfuerzos por poner fin a la violencia. La Oficina prestaría toda su colaboración en ese cometido. La OEA también podría contribuir al destacar el hecho de que la Región no podría progresar económicamente y alcanzar un desarrollo sostenible si no se aborda el problema —cada vez más grave— de la violencia en la sociedad.

260. El Comité tomó nota del informe.

***Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final (documento CE160/INF/6)***

261. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP), al presentar el informe, señaló que la meta de la estrategia y plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino había sido elaborar o fortalecer los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en la Región. El plan se había diseñado con el objetivo de abordar la carga del cáncer cervicouterino, que aún era elevada y afectaba de manera desproporcionada a los grupos vulnerables de la población. Aunque en el plan no se había incluido ninguna meta ni indicadores, en la resolución en que se adoptó (resolución CD48.R10) se instaba a los Estados Miembros y a la Oficina a tomar medidas específicas.

262. Todos los países de la Región habían logrado un progreso significativo al mejorar sus estrategias de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. A diciembre del 2016, 23 países y territorios habían introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas de 9 a 13 años de edad, con el apoyo brindado por el Fondo Rotatorio de la OPS. Nueve países habían incorporado la prueba del VPH como estrategia primaria de tamizaje, aunque la prueba tradicional de Papanicolaou seguía siendo la principal estrategia de tamizaje. No se disponía de información de los programas nacionales sobre la proporción de mujeres que recibían tratamiento, aunque la tasa de tratamiento era un indicador importante del éxito de un programa. Por lo tanto, era necesario incorporar indicadores sobre los programas contra el cáncer cervicouterino en los sistemas de información de salud. Casi todos los países informaron que tenían servicios de radioterapia para el tratamiento del cáncer, a excepción de varios países del Caribe, donde no hay una amplia disponibilidad de tales servicios. El alto costo del tratamiento contra el cáncer y las limitaciones en la capacidad de los sistemas de salud para abordar la radioterapia, la quimioterapia y las intervenciones quirúrgicas del cáncer seguían siendo obstáculos en los esfuerzos por mejorar la atención. El acceso a los cuidados paliativos también era un reto; solo nueve países informaron que tenían este tipo de servicios.

263. Las iniciativas para reducir la carga del cáncer cervicouterino en el continente aún debían hacer frente a retos importantes. El control del cáncer cervicouterino a menudo no se consideraba prioritario en países con ajustados presupuestos de salud, y abordar los altos costos de las tecnologías nuevas, como las vacunas contra el VPH y el tratamiento del cáncer, seguía siendo una prioridad clave para mejorar el acceso a esas tecnologías que salvan vidas. La Oficina seguiría apoyando a los Estados Miembros en sus esfuerzos por fortalecer la capacidad para la ejecución de programas de vacunación contra el VPH y el

tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino, y mejorar el seguimiento y la evaluación de los programas.

264. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito los avances en la prevención y el control del cáncer cervicouterino, al tiempo que reconoció que faltaba mucho por hacer. Un delegado observó que el cáncer cervicouterino afectaba de manera desproporcionada a las mujeres de las comunidades vulnerables, y señaló los numerosos retos que enfrentaban los países, como las limitaciones en el acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento, en la capacidad de recursos humanos y en la infraestructura. Había consenso sobre la importancia de intercambiar información, enseñanzas extraídas y mejores prácticas. También se destacó la necesidad de establecer alianzas y de la cooperación Sur-Sur, y se alentó a la Oficina a facilitar tal cooperación. Una delegada señaló que avances recientes en cuanto a la vacunación contra el VPH en la población joven de ambos sexos, el diagnóstico del VPH y el tratamiento contra el cáncer cervicouterino brindaban la oportunidad real de fortalecer el progreso en la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Varios delegados mencionaron que era importante educar al público y contar con la participación de los trabajadores de atención de la salud y la sociedad civil, incluidos los grupos religiosos, en los esfuerzos para promover la introducción de la vacuna contra el VPH. Otros hablaron sobre la necesidad de mejorar los sistemas de información de salud y los registros de casos de cáncer cervicouterino, así como de aprovechar el Fondo Rotatorio para adquirir la vacuna contra el VPH a precios asequibles.

265. El doctor Hennis dijo que los avances en la prevención y el control del cáncer cervicouterino no habrían sido posibles sin el alto nivel de participación de los Estados Miembros. En particular, se refirió al extraordinario progreso logrado en el Caribe, y subrayó la importancia de la detección temprana, el tamizaje, la prevención y el control, así como la importancia del acceso a la vacuna contra el VPH, que seguía siendo un problema a pesar de que la vacuna estaba disponible por medio del Fondo Rotatorio. La Oficina estaba trabajando para determinar los factores que limitaban el acceso a los grupos poblacionales más vulnerables. Era esencial compartir las enseñanzas acerca de lo que funcionaba y lo que no era esencial. Alentó a los países a crear registros de casos de cáncer para hacer un seguimiento de los resultados y evaluar la eficacia de las intervenciones de salud pública. Afirmó además que la Oficina esperaba seguir colaborando con los Estados Miembros para avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino.

266. La Directora reconoció los esfuerzos y el compromiso de los Estados Miembros con la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Agregó que, pese a ello, la Región tenía un largo camino por recorrer, ya que se preveía que en América Latina y el Caribe habría un aumento en la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa. Por consiguiente, los Estados Miembros debían intensificar sus esfuerzos para aumentar el acceso a las vacunas contra el VPH, a objeto de llegar incluso a la población de las zonas más remotas y las condiciones más vulnerables. También era indispensable que hubiera un mayor acceso al tamizaje. Al mismo tiempo, era importante comprender por qué algunas mujeres no aprovechaban la oportunidad de participar en las actividades de tamizaje y abordar estos problemas. Coincidió en que era necesario trabajar en la educación y la



difusión de información acerca del cáncer cervicouterino. Agregó que deben adoptarse medidas para garantizar que todas las personas, incluidas de los grupos de bajos ingresos, tengan acceso al tratamiento. La Oficina investigaría diversas maneras de facilitar el acceso a la quimioterapia y la radioterapia mediante el Fondo Estratégico.

267. El Comité tomó nota del informe.

***Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final (documento CE160/INF/7)***

268. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) presentó este tema e informó que la salud bucodental había mejorado sustancialmente en la Región debido a tres avances importantes. El primero era la ejecución de programas costoeficaces de fluoruración del agua y la sal en todos los países de la Región. Gracias a ello, los países, basándose en las encuestas sobre salud bucodental en las cuales se usaba la puntuación del índice DCPO (dientes cariados, perdidos y obturados), habían notificado una disminución significativa en la prevalencia de la caries dental. Los programas de fluoruración habían aportado datos científicos que sustentaban que la prevención era la clave que permitía seguir obteniendo beneficios en el ámbito de la salud bucodental y entender mejor cómo integrar la salud bucodental en los programas de atención primaria de salud.

269. En segundo lugar, habían mejorado los servicios de salud bucodental. Se había adoptado un tratamiento costoeficaz para la caries dental usando la técnica de restauración atraumática, reconocida en todos los países como un modelo de mejores prácticas cuyo alcance se había ampliado para abarcar toda la Región. En tercer lugar, se había puesto de manifiesto la vinculación directa entre la salud bucodental y los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, entre otras cosas, al incluir la salud bucodental en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (2011). El proyecto multinacional SOFAR (salud oral y factores de riesgo) se había puesto en marcha en nueve países con el objetivo de mejorar la salud bucodental en la niñez y reducir los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles mediante enfoques multidisciplinarios.

270. Para seguir mejorando la salud bucodental y la salud general en la Región, es necesario reconocer no solo que la salud bucodental es importante para la salud general, sino también que es un factor que repercute directamente en la calidad de vida de la población que está envejeciendo. Además, los países deben seguir fortaleciendo la capacidad de los trabajadores de atención primaria de salud de mejorar la salud bucodental e integrar de manera sostenible la salud bucodental en la atención primaria de salud. Además, debe abordarse el estado de la ciencia con respecto a la vinculación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de la cavidad bucal y sus implicaciones para los proyectos de investigación y las políticas de salud pública que se aborden en un futuro en la Región.

271. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y celebró el progreso logrado. Hubo consenso sobre la importancia de la salud bucodental para la salud general y la prevención de las enfermedades sistémicas a lo largo de todo el curso de la vida. Los delegados describieron los programas de salud bucodental de sus países así como los logros alcanzados en este campo, y destacaron la necesidad de realizar actividades integradas e intersectoriales que incluyeran programas educativos, alianzas con universidades, programas de salud bucodental en establecimientos de atención primaria de salud, fluoruración del agua y la sal, y programas nutricionales, entre otras medidas. Una delegada subrayó la importancia de la intervención temprana mediante la realización de programas escolares. Otra señaló que la Oficina estaba trabajando en un nuevo plan titulado “Advancing Public Oral Health Policies through the Life Course and Strengthening the Workforce” [impulsar las políticas públicas de salud bucodental a lo largo de todo el curso de la vida y fortalecer de la fuerza laboral], que se finalizará en diciembre del 2017, y preguntó si se había previsto que fuese un nuevo plan regional sobre salud bucodental.

272. El doctor de Francisco Serpa afirmó que la salud empezaba en la boca y que debería abordarse en los programas de salud familiar para que pudieran emprenderse medidas educativas y correctivas en las primeras etapas de la vida. Además de mejorar la salud bucodental, este tipo de educación ayuda a tener la alimentación más saludable, lo cual incluye la reducción del consumo de azúcar y a la prevención de la desnutrición y las enfermedades no transmisibles. El plan nuevo tenía como finalidad integrar la salud bucodental a lo largo de todo el curso de la vida y encontrar maneras de fomentar la salud nutricional y los programas de salud familiar mediante los servicios de salud. No era un plan de acción como tal.

273. La Directora felicitó a los Estados Miembros por el progreso logrado en la salud bucodental. Señaló que el ejercicio de estratificación de prioridades programáticas realizado en los Estados Miembros había revelado que salud bucodental no estaba en una de las primeras posiciones en la lista de las prioridades para la cooperación técnica de la OPS. Una conclusión que podría sacarse de ese resultado era que los Estados Miembros reconocían su propia capacidad para abordar la salud bucodental. Teniendo en cuenta lo anterior, sería necesario seguir reevaluando la asignación de recursos a los programas de salud bucodental, que ya eran mínimos.

274. El Comité tomó nota del informe.

### ***Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE160/INF/8, A-M)***

#### ***A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso***

275. Se reconoció que los determinantes sociales de la salud y las decisiones tomadas por sectores diferentes del sector de la salud podrían afectar, positiva o negativamente, la salud de la población y se subrayó la necesidad de adoptar enfoques intersectoriales para abordar los problemas de salud pública. El Delegado de México, al señalar que su país recientemente había puesto en funcionamiento un observatorio de inequidades en materia

de salud, preguntó si México estaba incluido entre los países que formaban la línea de base de los indicadores 1.1.1, 1.1.2 y 2.1.1 del plan de acción.

276. La doctora Kira Fortune (Jefa Interina, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) reconoció la ejemplar labor de México con respecto al enfoque de la salud en todas las políticas y confirmó que el país se había incluido en la línea de base del indicador 2.1.1 y se preveía que alcanzara los otros dos indicadores.

277. El Comité tomó nota del informe.

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

278. Se reconoció el progreso logrado, pero se señaló que aún había brechas y desafíos en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, ocupacional y ambiental. Se destacó la necesidad de adoptar medidas educativas y preventivas dirigidas a la población joven en edad de trabajar, las familias y las comunidades, así como la necesidad de vigilancia de los entornos ocupacionales. Se sugirió que la legislación adoptada en Panamá sobre la reglamentación del uso de plaguicidas podría proporcionar una orientación útil para el trabajo adicional que debe realizarse en esta área.

279. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) indicó que el trabajo relacionado con la enfermedad renal crónica en las comunidades agrícolas seguía siendo una prioridad, especialmente para los países centroamericanos. Convino en que era esencial abordar los factores ambientales y ocupacionales que ponen a las personas en riesgo de padecer esta enfermedad.

280. El Comité tomó nota del informe.

*C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período*

281. El Comité tomó nota del informe.

*D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso*

282. Los delegados recibieron con beneplácito el informe. Coincidieron en que los obstáculos y la discriminación en el acceso a los servicios de salud podrían tener consecuencias negativas para la salud de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT, por su sigla en inglés) y afirmaron que todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, tenían derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. Una delegada instó a los gobiernos a despenalizar las conductas homosexuales, apoyar el trabajo de las organizaciones LGBT de base y combatir los actos de violencia y discriminación contra las

personas basados en su orientación sexual o identidad de género. Otra delegada destacó la necesidad de impartir capacitación para que los proveedores de atención de salud comprendan la manera en que los estereotipos y la discriminación relacionados con el género podrían afectar la salud. Ambos delegados subrayaron la necesidad de disponer de datos y análisis interseccionales que tuvieran en cuenta el hecho de que las personas LGBT pueden ser objeto de discriminación no solo por su identidad de género u orientación sexual, sino también por razones de raza o etnicidad, religión, edad, estado socioeconómico o situación inmigratoria.

283. La doctora Nancy Machado (Asesora Legal, Oficina del Asesor Jurídico, OSP) dijo que las observaciones de los delegados estaban muy relacionadas con el trabajo interprogramático en marcha en este ámbito.

284. La doctora Amalia del Riego (Jefa, Unidad de Servicios de Salud y Acceso, OSP) señaló que existe una estrecha vinculación entre el trabajo realizado con el fin de eliminar las disparidades en el acceso de las personas LGBT a los servicios de salud y el trabajo realizado con el fin de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Agregó que en el informe que se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana se incluiría más de la información obtenida de la evaluación y la revisión bibliográfica mencionadas en el informe de progreso (documento CE160/INF/8).

285. El Comité tomó nota del informe.

*E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso*

286. Se recibió con beneplácito el progreso logrado en la integración de un enfoque de derechos humanos en las políticas e iniciativas de salud. Se señaló que el marco conceptual de la salud y los derechos humanos tenía en cuenta muchos determinantes importantes que repercutían en la salud y el bienestar, pero no reconocía expresamente la igualdad de género como un determinante de la salud. Se alentó a la Oficina a integrar la igualdad de género como un aspecto clave en toda la cooperación técnica que preste en el campo de la salud y los derechos humanos. También se promovió la idea de poner en práctica las recomendaciones del grupo de trabajo de alto nivel que se estableciera recientemente en el ámbito de la salud y los derechos humanos de mujeres, niños y adolescentes.<sup>8</sup>

287. Una delegada, al recordar que las negociaciones sobre el marco conceptual de la salud y los derechos humanos habían sido muy reñidas, señaló que su Gobierno seguía viendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como un derecho que no era justiciable y que podía ejercerse progresivamente. Sugirió que en la versión revisada del informe de progreso que se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana debía reforzarse la idea de que la decisión de acoger los instrumentos internacionales era soberana y que no todos los instrumentos eran aplicables a todos los

---

<sup>8</sup> Mayor información disponible (en inglés) en el siguiente sitio:  
<http://www.who.int/life-course/news/human-rights-working-group-for-women-children-adolescents/en/>

Estados Miembros. También debían identificarse las seis áreas específicas de cooperación técnica sobre el tema y aclarar cuántos Estados Miembros estaban participando en la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas.

288. La doctora Nancy Machado (Asesora Legal, Oficina del Asesor Jurídico, OSP) indicó que la Oficina había tomado nota de las recomendaciones planteadas y procuraría ajustar el texto del documento para transmitir la idea de que cualquier medida adoptada por los Estados Miembros con respecto a la salud y los derechos humanos tenía que ajustarse al contexto predominante y el marco jurídico aplicable en esos Estados.

289. El Comité tomó nota del informe.

*F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período*

290. Se señaló el escaso progreso alcanzado en el avance hacia el logro de las metas establecidas en el plan de acción y se subrayó la necesidad de que los Estados Miembros confirmaran su compromiso con el mantenimiento de una alta cobertura de vacunación. También se hizo hincapié en que, a pesar del éxito logrado con respecto a la eliminación del sarampión y la rubéola, era necesario mantener las metas alcanzadas con respecto a esas dos enfermedades, particular si se consideraba que la migración y otros factores traían como consecuencia el riesgo de que se introdujeran casos. Se recomendó considerar la posibilidad de agregar un indicador sobre la inversión en los sistemas de salud, las cadenas de frío y los sistemas de información. Un delegado afirmó que el fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación y la vigilancia no solo ayudarían a prevenir brotes de enfermedades, sino que además facilitaría la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), contribuiría con el control de la resistencia a los antimicrobianos y ayudaría a impulsar un desarrollo sostenible.

291. El doctor Luis Andrés de Francisco Serpa (Director, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OSP) explicó que era importante comprender la relación entre los sistemas de salud, las inversiones y la vacunación, y afirmó que las inversiones eran esenciales para mantener una alta cobertura de vacunación entre todos los grupos de población.

292. El doctor Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Jefe, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OSP) señaló que, aunque el plan de acción no incluía un indicador específico sobre la inversión en las cadenas de frío, sí tenía un indicador sobre el porcentaje de inversión pública en los programas de vacunación. En este indicador se establecía como meta que más de 90% del financiamiento de esos programas proviniera de recursos nacionales.

293. El Comité tomó nota del informe.

*G. Estrategia y plan de acción sobre epilepsia: Examen de mitad de período*

294. Los delegados acogieron con satisfacción el progreso logrado al aplicar la estrategia y el plan de acción, y expresaron su apoyo a los ajustes propuestos en los indicadores 1.1.1, 1.2.1 y 1.2.3. Se sugirió que los Estados Miembros debían considerar la posibilidad de establecer uno o más indicadores para el objetivo 3.2, los cuales podrían usarse para hacerle un seguimiento a la ejecución de los programas estandarizados de educación sobre la epilepsia dirigidos al público en general. Se consideró que, a objeto de que se asignaran suficientes recursos para abordar la carga de la epilepsia, era fundamental luchar contra el estigma asociado a la enfermedad y proseguir con los esfuerzos realizados desde el sector público y el privado para ejecutar y evaluar programas eficaces de prevención y tratamiento en instituciones de salud, comunidades y hogares. Se señaló que la creación de servicios específicos para la atención de las personas con epilepsia podría traducirse en discriminación contra estas personas, y se subrayó la importancia de adoptar para la atención un enfoque integral que abarque la totalidad del curso de vida.

295. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) observó que el problema de la epilepsia probablemente no tenía tanta visibilidad como la que debería tener, dado que la enfermedad era una causa significativa de mala salud. Señaló que en la estrategia y plan de acción originalmente se habían establecido indicadores muy ambiciosos, y acogió con satisfacción el apoyo que los Estados Miembros brindaron a la propuesta de la Oficina de bajarlos a niveles más realistas. También señaló que agradecía la recomendación formulada con respecto al objetivo 3.2. La educación acerca de la epilepsia era realmente importante, en particular para combatir la discriminación y el estigma.

296. El Comité tomó nota del informe.

*H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período*

297. Los delegados recibieron con agrado los esfuerzos para prevenir las enfermedades mentales y promover el bienestar mental, y señalaron los costos económicos y sociales que causan los problemas de salud mental. Se expresó un fuerte apoyo a los modelos comunitarios de atención a las personas con problemas de salud mental, y se hizo hincapié en la importancia de incorporar los servicios de salud mental a la atención primaria de salud. Se destacó además el nexo entre los problemas de salud mental y otros problemas de salud, y se subrayó la importancia de adoptar un método integrado para abordar la salud mental. Asimismo, se consideró esencial crear conciencia sobre los problemas de salud mental, aumentar el acceso a los servicios de salud mental y combatir el estigma asociado con las enfermedades mentales. Un delegado puso el acento en la necesidad de que los servicios de salud abordaran la carga cada vez mayor que representan los problemas de salud mental asociados con el envejecimiento de la población, en particular la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.

298. Se expresó apoyo a las medidas que se recomendaban en el informe de progreso, en particular a las relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de información y

vigilancia y la mejora de la exactitud de la información sobre el suicidio en la Región. Con respecto a esto último, la Delegada de Panamá señaló que en la subregión de Centroamérica y República Dominicana se estaba estableciendo un observatorio sobre el comportamiento suicida y elaborando un conjunto de indicadores básicos estandarizados sobre salud mental.

299. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) indicó que era gratificante ver que, con su incorporación en el ODS 3, se había reconocido la importancia de la salud mental y su repercusión en la salud general. Aunque no se podía poner en duda que aún se enfrentaban retos en cuanto a la lucha contra el estigma y la discriminación, así como con respecto a la mejora de la accesibilidad de los servicios de salud mental, era necesario reconocer que se habían logrado avances significativos en la atención de salud mental. Se elogiaron en particular las medidas que estaban adoptando los Estados Miembros para incorporar los servicios de salud mental a la atención primaria de salud.

300. El Comité tomó nota del informe.

*I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período*

301. Una delegada señaló que, en términos generales, su delegación estaba de acuerdo con los métodos de medición usados en el examen de mitad de período para evaluar el progreso, pero que le habría gustado que se incluyera información sobre la inversión a nivel de país para capacitar y contratar a profesionales de la salud capacitados para atender a personas con discapacidades. Expresó que se tenía la esperanza de que en los informes futuros se prestaría más atención al mejoramiento profesional, pues este era un asunto importante. También sería útil incluir ejemplos de mejores prácticas sobre intervenciones relacionadas con los sistemas de salud que tengan como objetivo mejorar la vida y el bienestar de las personas discapacitadas.

302. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OSP) dijo que la Oficina había tomado nota de las observaciones relacionadas con la inversión necesaria para capacitar y contratar a los profesionales de la salud pertinentes. Señaló que el tema de las discapacidades y la rehabilitación no había alcanzado una posición particularmente prominente en los recientes ejercicios de asignación de prioridades realizados a nivel de país, lo cual era motivo de preocupación, en especial a la luz de la significativa carga que generaba la discapacidad vinculada a las enfermedades no transmisibles en la Región.

303. La Directora observó que los informes de progreso sobre epilepsia, salud mental, discapacidad e inmunización destacaban la importancia de fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y capacitar adecuadamente al personal. También ilustraban la necesidad de contar con medidas comunitarias y disposiciones legales en las que se abordaran la discriminación y el estigma asociados con los problemas de salud mental, las discapacidades y la epilepsia. Con respecto a la inmunización, hizo un

llamamiento a los Estados Miembros en pro de la equidad en la cobertura de la vacunación. Los datos disponibles mostraban que había muchos municipios donde la cobertura era inferior a los promedios nacionales generales. Una cobertura baja podría generar focos de personas susceptibles, que podrían restablecer la transmisión de enfermedades ya eliminadas o casi eliminadas.

304. El Comité tomó nota del informe.

*J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período*

305. La Delegada de Ecuador describió el trabajo que había emprendido su país, a partir de las enseñanzas extraídas del terremoto reciente en Ecuador, para fortalecer la colaboración con otros países de la Región en relación con la ayuda humanitaria. Entre esas actividades se encontraban la organización de una red regional para la ayuda humanitaria, la participación en la iniciativa de la OMS sobre equipos médicos de emergencia, y la elaboración de procedimientos para la gestión de suministros y medicamentos. El Delegado de México indicó que su delegación presentaría por escrito detalles de sus observaciones sobre el examen de mitad de período.

306. El Comité tomó nota del informe.

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

307. Los delegados señalaron que apoyaban firmemente los esfuerzos que realizaba la Organización por fomentar la cooperación para el desarrollo sanitario en la Región y describieron las iniciativas de cooperación de sus países. Se subrayó el valor de compartir experiencias exitosas y enseñanzas extraídas, así como el papel importante que podría desempeñar la Oficina al facilitar estos intercambios. La Delegada de Antigua y Barbuda informó que su país había logrado mejorar su capacidad en los ámbitos de la diplomacia y las relaciones internacionales en materia de salud gracias a su participación en el Programa de Fortalecimiento de la Cooperación para el Desarrollo Sanitario en las Américas, ofrecido por la OPS y el Centro de Relaciones Internacionales en Salud de FIOCRUZ, en Brasil.

308. Se recomendó en los informes futuros incluir ejemplos concretos de cooperación para el desarrollo sanitario así como información sobre los resultados logrados. También se indicó que era necesario concentrarse en la repercusión que pudiera tener la cooperación en los grupos más vulnerables de la población. Una delegada expresó particular interés en la repercusión de la cooperación para el desarrollo sanitario en las mujeres y las niñas y sus derechos sexuales y reproductivos.

309. La señora Ana Solís-Ortega Treasure (Jefa, Oficina de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) indicó que había sido difícil catalogar la cantidad enorme de iniciativas de cooperación que estaban llevándose a cabo entre los países de la Región. La Oficina estaba realizando encuestas para identificar las numerosas iniciativas en marcha y se



esforzaría para presentar información más completa en los informes futuros. Otra dificultad encontrada para medir la repercusión era la naturaleza de la cooperación Sur-Sur y triangular. Agregó, sin embargo, que a medida que se avanzara en el trabajo, se elaborarían indicadores y mecanismos de seguimiento, lo que debería facilitar la tarea de evaluar la repercusión de esta cooperación. La Oficina tenía la intención de poner en funcionamiento una plataforma para compartir las mejores prácticas.

310. El Comité tomó nota del informe.

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

311. El Comité tomó nota del informe.

*M. Situación de los centros panamericanos*

312. El Comité tomó nota del informe.

***Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE160/INF/9, A-B)***

*A. Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud*

313. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) resumió los resultados de la Septuagésima Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y recalcó el destacado papel que diversos representantes de la Región de las Américas desempeñaron en los debates. La Región se había distinguido por el alto grado de preparación con que había llegado a las sesiones y había presentado al menos 11 posiciones regionales unificadas en asuntos prioritarios, lo que había tenido una repercusión importante en el contenido de las políticas mundiales de salud pública aprobadas por la Asamblea de la Salud. La Asamblea de la Salud había aprobado 16 resoluciones y 24 decisiones. Como la Asamblea había concluido apenas unas pocas semanas antes del inicio de la sesión del Comité Ejecutivo, la Oficina solo había tenido tiempo de elaborar un análisis preliminar de las implicaciones de las resoluciones para la Región. Se suministraría información más detallada a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

314. Luego de subrayar varias de las resoluciones y decisiones aprobadas, la señora Huerta observó que la resolución WHA70.6, Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, sin duda repercutiría en un documento de la OPS acerca de la estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. A raíz de la decisión WHA70(11), Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), este tema se había incluido en el orden del día de la Conferencia Sanitaria Panamericana. La decisión WHA70(20), Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, evidentemente tenía implicaciones

para el análisis de la estrategia y plan de acción sobre el control del tabaco que haría la OPS.

315. La Directora felicitó los Estados Miembros de la Región por participar activamente en la Asamblea Mundial de la Salud y por el destacado papel que estaba desempeñando la Región a nivel mundial.

*B. Organizaciones subregionales*

316. La señora Ana Solís-Ortega Treasure (Jefa, Oficina de Coordinación de Países y Subregiones, OSP) describió diversas resoluciones y acuerdos sobre asuntos relacionados con la salud aprobados por organizaciones de integración subregional con sede en Centroamérica, el Caribe y América del Sur. La señora Solís-Ortega Treasure hizo hincapié en el documento CE160/INF/9(B), en el cual se mencionaban estas organizaciones subregionales y algunos de los eventos en los que habían participado en el último año. Al recalcar que este tipo de cooperación era fundamental para mejorar la situación de la salud en la Región, indicó que la Oficina seguía estando comprometida en brindar apoyo a los procesos subregionales en los casos en que fuese posible. Agregó que la Oficina tenía un papel que desempeñar en ciertas áreas en particular, como las negociaciones conjuntas sobre el precio de los medicamentos de alto costo, la coordinación de políticas sobre la capacitación de los recursos humanos para la salud y la respuesta a las enfermedades transmitidas por vectores.

317. La Delegada de Panamá señaló que su país acababa de sustituir a Costa Rica en la presidencia del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). En la reunión más reciente de COMISCA, los países habían acordado poner en marcha un mecanismo para negociar de manera conjunta los precios de los medicamentos de alto costo; cada país contribuía sobre la base de los ahorros que lograba gracias al mecanismo. Agregó que la misma Panamá estaba adoptando una estrategia de diversificación de las compras usando los distintos mecanismos disponibles, incluido el Fondo Estratégico de la OPS. También señaló que la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) se había convertido recientemente en el Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y la República Dominicana, cuya primera sesión se realizaría en Panamá. El apoyo de la OPS a ese evento sería clave.

318. La señora Solís-Ortega Treasure agradeció a Panamá la información, y reiteró el compromiso de la Oficina con los diversos mecanismos subregionales.

319. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes.

**Clausura de la sesión**

320. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 160.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

## **Resoluciones y decisiones**

321. A continuación figuran las resoluciones y decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 160.<sup>a</sup> sesión.

### ***Resoluciones***

#### ***CE160.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas***

#### ***LA 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CE160/20 y Add. I);

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

Observando que 18 Estados Miembros no han efectuado pago alguno de las contribuciones señaladas correspondientes al 2017,

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

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documentos CE160/20 y Add. I).
2. Felicitar a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2017 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

*(Primera reunión, 26 de junio del 2017)*

**CE160.R2:** *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*

**LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* (documento CE160/16),

**RESUELVE:**

Recomendar a la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS 2018-2023**

**LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* (documento CSP29/\_\_\_);

Habiendo considerado la declaración de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas en el informe presentado por la presidenta del Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas ante la Directora y los Estados Miembros durante el 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de septiembre del 2016;

Habiendo examinado las recomendaciones del CIE para mantener a la Región de las Américas libre de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita;

Reconociendo el enorme trabajo que han realizado los Estados Miembros para finalizar la documentación y la verificación de la interrupción de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas de acuerdo con lo solicitado en la resolución CSP28.R14 de septiembre del 2012;

Observando con preocupación que la iniciativa de eliminación mundial del sarampión y la rubéola en otras regiones del mundo no ha avanzado significativamente, y que en la medida en que no se logre interrumpir la transmisión de ambos virus a escala

mundial es posible la importación de los virus y que se pongan en riesgo los logros en la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que la etapa de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola requiere del compromiso al más alto nivel político de los Estados Miembros de la OPS para hacer frente a los desafíos en sus programas de vacunación y en sus sistemas de vigilancia, para no poner en riesgo la eliminación de estas enfermedades;

Reconociendo la necesidad de elaborar un plan de acción para proteger los logros de nuestra Región, manteniendo de forma permanente la eliminación y evitando el riesgo del restablecimiento endémico de estos virus por importación de casos desde otras regiones del mundo,

**RESUELVE:**

1. Felicitar a todos los Estados Miembros y a su personal de salud por el logro histórico de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.
2. Aprobar y ejecutar el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* (documento CSP29/\_\_) en el contexto de las condiciones particulares de cada país.
3. Instar a todos los Estados Miembros a que:
  - a) promuevan la implementación de los objetivos e indicadores del *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/7, Rev. 2 [2015]) de la OPS para el período 2015-2019, para lograr coberturas de vacunación nacionales y municipales de al menos el 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna del sarampión, la rubéola y las paperas, así como coberturas nacionales y municipales de al menos el 95% en las campañas de vacunación de seguimiento contra el sarampión y la rubéola;
  - b) fortalezcan la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos y confirmados de estas enfermedades, en el contexto del surgimiento de nuevas enfermedades de atención prioritaria en la salud pública, como las arbovirosis;
  - c) desarrollen la capacidad nacional y operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola, mediante el establecimiento o el mantenimiento de las comisiones nacionales para monitorear los planes de sostenibilidad de la eliminación, así como la utilización de herramientas regionales y nacionales para actualizar y entrenar a los trabajadores de la salud de los sectores público y privado;
  - d) establezcan mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita para

evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de estas enfermedades en los países, estableciendo o activando los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin y desplegando planes nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados.

4. Solicitar a la Directora que:
  - a) continúe brindando cooperación técnica a los Estados Miembros para fortalecer las capacidades nacionales que contribuyan a ejecutar las actividades necesarias para la inmunización de la población y la vigilancia epidemiológica de alta calidad del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, según se ha descrito en este plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación de estos virus;
  - b) continúe movilizando el financiamiento adicional necesario para apoyar a los Estados Miembros en la preparación de la respuesta a los brotes de sarampión y rubéola relacionados con casos importados, así como para llevar a cabo campañas de vacunación de seguimiento y las demás actividades descritas en este plan de acción;
  - c) continúe promoviendo al más alto nivel político con las otras regiones del mundo, los asociados y los aliados los esfuerzos para avanzar de forma rápida hacia las metas establecidas por la OMS para la eliminación mundial del sarampión y la rubéola con miras a la futura erradicación de ambos virus.

*(Primera reunión, 26 de junio del 2017)*

***CE160.R3: Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

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

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

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

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

**RESUELVE:**

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Agradecer al señor Nicholas Treen por sus años de servicio en el Comité de Auditoría de la OPS.
3. Nombrar a Sra. Kumiko Matsuura-Mueller para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años, a partir de junio del 2017 hasta junio del 2020.

*(Tercera reunión, 27 de junio del 2017)*

**CE160.R4:** *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*

**LA 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el documento *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CE160/18),

**RESUELVE:**

Recomendar a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**ESTRATEGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**

**LA 29.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo considerado la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CSP29/\_\_\_) presentada por la Directora;

Tomando en cuenta que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo 3 propone “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”;

Consciente que la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS (2014) requiere para su implementación contar con recursos humanos en cantidad suficiente, distribuidos

equitativamente y con las capacidades adecuadas, de acuerdo con las necesidades de las comunidades;

Considerando que la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo del 2016, aprobó la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*; considerando que la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por las Naciones Unidas en noviembre del 2016 estableció que la inversión en empleo en el sector de la salud puede generar crecimiento económico y contribuir al desarrollo de los países; y considerando que la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2017, aprobó el plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo;

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, siguen existiendo desafíos, especialmente en lo relativo a la disponibilidad y distribución del personal, la planificación, la gobernanza, la articulación entre los sectores y la formación de acuerdo con las necesidades del sistema de salud en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud,

**RESUELVE:**

1. Aprobar la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CSP29/\_\_\_).
2. Instar a los Estados Miembros, según sea apropiado en su contexto y de acuerdo con sus prioridades nacionales, a que:
  - a) establezcan mecanismos formales para fortalecer la rectoría en el desarrollo de políticas nacionales de recursos humanos para la salud, incluyendo la colaboración y la coordinación de las altas autoridades para promover sinergias en la regulación, la planificación estratégica y la toma de decisiones basadas en las necesidades del sistema de salud;
  - b) aumenten la inversión pública y la eficiencia del financiamiento, fomentando la calidad de la educación y del empleo en el sector de la salud, para incrementar la disponibilidad de recursos humanos, motivar a los equipos de salud, promover su retención, mejorar los resultados de salud y contribuir al desarrollo económico;
  - c) fortalezcan los procesos de planificación estratégica, la previsión de necesidades presentes y futuras y el monitoreo de la calidad del desempeño a través del desarrollo de sistemas de información sobre recursos humanos para la salud;
  - d) promuevan el desarrollo de equipos interprofesionales dentro de las redes de servicios a través de la formación interprofesional y la diversificación de los contextos de aprendizaje, adecuando los perfiles profesionales y las nuevas formas de organización del trabajo (cambio y rotación de tareas) que permitan la incorporación de estos equipos en las redes integradas de servicios de salud;



- e) implementen estrategias de retención de recursos humanos para la salud, especialmente en las zonas subatendidas, acordes a las características interculturales de cada comunidad, que combinen incentivos tanto económicos como de desarrollo profesional, proyecto de vida y condiciones de trabajo e infraestructura;
- f) aboguen por la transformación de la educación de las profesiones de la salud a fin de incluir los principios de la misión social, la incorporación de la perspectiva de salud pública y el abordaje de los determinantes sociales como ejes vertebradores de la formación de los recursos humanos para la salud;
- g) promuevan acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud, y para avanzar en procesos de evaluación y acreditación de los programas de formación en ciencias de la salud que incorporen la pertinencia social dentro de los estándares de la calidad educativa;
- h) desarrollen estrategias de educación permanente para los profesionales de la salud, incorporando las nuevas tecnologías de información y comunicación, la telesalud, la educación en línea y las redes de aprendizaje, para mejorar la capacidad resolutive y la calidad del desempeño dentro de las redes integradas de servicios de salud;
- i) fortalezcan la gobernanza en la planificación y la regulación de la formación de especialistas, fijando metas incrementales para la asignación de plazas en salud familiar y comunitaria y en especialidades básicas;
- j) incorporen la perspectiva de género, así como las necesidades de las trabajadoras, en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud, considerando la creciente feminización de los recursos humanos en el sector de la salud.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) promueva el diálogo político intersectorial que facilite la implementación de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en los Estados Miembros y, en particular, el incremento de la inversión en recursos humanos para la salud;
- b) elabore para el 2018 un plan de acción regional con objetivos específicos e indicadores a fin de avanzar de manera más expedita en la ruta establecida en esta estrategia;
- c) apoye a los países en el fortalecimiento de la capacidad de planificación estratégica y gestión de recursos humanos y el desarrollo de los sistemas de información para respaldar el análisis de escenarios presentes y futuros relacionados con la expansión progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

- d) impulse la investigación, el intercambio de experiencias y la cooperación entre países en temas como los equipos interprofesionales de salud, la calidad de la educación con pertinencia social y las estrategias de retención de recursos humanos;
- e) promueva la coordinación entre las agencias de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales que trabajan en temas relacionados con los recursos humanos para la salud, y establezca una comisión técnica de alto nivel que evalúe las tendencias, las capacidades y la movilidad de los profesionales de la salud en la Región de las Américas.

(Cuarta reunión, 27 de junio del 2017)

***CE160.R5: Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración titulado *Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE160/7);

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

***RESUELVE:***

1. Renovar las relaciones oficiales entre la OPS y los siguientes agentes no estatales por un período de tres años:
  - a) la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA),
  - b) la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM),
  - c) la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS),
  - d) March of Dimes,
  - e) la Convención de la Farmacopea de Estados Unidos (USP),
  - f) la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS).
2. Aplazar la decisión acerca del mantenimiento de relaciones oficiales con la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) hasta el 2018.
3. Interrumpir las relaciones oficiales con la Federación Internacional de la Diabetes (FID).
4. Solicitar a la Directora que:

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

(Cuarta reunión, 27 de junio del 2017)

***CE160.R6: Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: propuesta de modificaciones***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: propuesta de modificaciones* (documento CE160/11), por medio del cual se modifica la versión del Plan Estratégico del año 2014 (*Documento Oficial 345*);

Reconociendo los cambios programáticos efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio del documento *Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias de la OMS* (documento A69/30 [2016]), presentado ante la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud;

Recordando las prioridades establecidas por los Estados Miembros, en especial en el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* (documento CD54/12, Rev. 1 [2015]) y el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (documento CD54/13, Rev. 1 [2015]);

Reconociendo los resultados de los ejercicios de asignación de prioridades programáticas realizados con los Estados Miembros usando el método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS, establecido en el documento *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS* (documento CD55/7 [2016]), aprobado por el 55.º Consejo Directivo,

***RESUELVE:***

Recomendar que la Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

## **PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019 (MODIFICADO)**

### **LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo considerado la propuesta de modificaciones del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (Documento Oficial 345)*, por medio del cual se modifica la versión del Plan Estratégico del 2014;

Recibiendo con beneplácito la consonancia programática y funcional con la reforma de la gestión de emergencias de la OMS en la Región de las Américas;

Reconociendo la importancia de la asignación de prioridades programáticas en consulta con los Estados Miembros usando una metodología sólida y sistemática,

### **RESUELVE:**

1. Aprobar la propuesta de modificaciones del *Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (Documento Oficial 345)*.
2. Agradecer a las autoridades nacionales de salud que realizaron los ejercicios de asignación de prioridades programáticas usando el método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS.
3. Solicitar a la Directora que:
  - a) ponga en práctica los cambios programáticos en el bienio 2018-2019 con los ajustes correspondientes del Programa y Presupuesto 2018-2019 en respuesta a la revisión de las categorías y los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;
  - b) actualice el compendio de indicadores de los resultados intermedios y el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico (SPMS) para facilitar la evaluación conjunta con los Estados Miembros de los resultados intermedios del Plan Estratégico y los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto;
  - c) presente un segundo informe interino sobre la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 en el 2018 y un informe final en el 2020.

*(Quinta reunión, 28 de junio del 2017)*

***CE160.R7: Nueva escala de contribuciones señaladas***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la *Nueva escala de contribuciones señaladas* que se aplicará a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud en el período presupuestario 2018-2019 (documento CE160/13);

Teniendo presentes las disposiciones del artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, en el cual se establece que las contribuciones señaladas de la Organización Panamericana de la Salud se prorratearán entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base que las contribuciones de la Organización de los Estados Americanos (OEA);

Teniendo en cuenta el párrafo A del artículo 24 (a) de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se establece que la OPS se financiará mediante las contribuciones anuales de los Gobiernos Miembros y que la tasa de estas contribuciones se determinará de conformidad con el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano;

Considerando que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos ha adoptado una escala de cuotas de transición para el ejercicio fiscal 2018 mientras la Comisión de Asuntos Administrativos y Presupuestarios continúa con la revisión del sistema de cuotas actual y su metodología, cuyos resultados se presentarán para su aprobación en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General que se celebrará en octubre del 2017,

***RESUELVE:***

Recomendar que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe la siguiente escala de contribuciones señaladas de la OPS, que se basa en la escala de cuotas de transición de la OEA para el ejercicio fiscal 2018 mediante una resolución conforme a los siguientes términos:

**NUEVA ESCALA DE CONTRIBUCIONES SEÑALADAS**

***LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo sobre la *Nueva escala de las contribuciones señaladas* para los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud (documento CSP29/\_\_);

Considerando que a los Gobiernos Miembros de la OPS se les asigna una contribución de conformidad con el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano y el párrafo A del artículo 24 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando nota de que casi 34% del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019, considerado en el *Documento Oficial* \_\_\_\_, se financiará por medio de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados;

Considerando que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha adoptado una escala de cuotas de transición para el ejercicio fiscal 2018 mientras el sistema de cuotas actual y su metodología está bajo revisión,

**RESUELVE:**

1. Aprobar la propuesta de escala de contribuciones señaladas para los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio fiscal 2018 que se muestra en el cuadro a continuación.
2. Presentar a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS una escala de contribuciones señaladas revisada para el ejercicio fiscal 2019 sobre la base de la escala de cuotas de la OEA para el año 2019, cuando esta escala sea adoptada.

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Antigua y Barbuda	0,022
Argentina	3,000
Bahamas	0,047
Barbados	0,026
Belice	0,022
Bolivia	0,070
Brasil	12,457
Canadá	9,801
Chile	1,415
Colombia	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132
Dominica	0,022
Ecuador	0,402
El Salvador	0,076
Estados Unidos	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,171
Guyana	0,022
Haití	0,022
Honduras	0,043
Jamaica	0,053
México	6,470
Nicaragua	0,022

Estado Miembro	Tasa de contribución (%)
Panamá	0,191
Paraguay	0,087
Perú	1,005
República Dominicana	0,268
Saint Kitts y Nevis	0,022
Santa Lucía	0,022
San Vicente y las Granadinas	0,022
Suriname	0,022
Trinidad y Tabago	0,129
Uruguay	0,298
Venezuela	1,940
Estado Participante	Tasa de contribución (%)
Francia	0,203
Países Bajos	0,022
Reino Unido	0,022
Miembro Asociado	Tasa de contribución (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Puerto Rico	0,025
San Martín	0,022
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

(Quinta reunión, 28 de junio del 2017)

**CE160.R8: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019**

**LA 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el *Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (documento CE160/12);

Habiendo considerado el *Informe de la undécima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración* (documento CE160/4);

Observando la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) al proponer un Programa y Presupuesto en cuya elaboración se ha usado un enfoque de abajo arriba y se ha tenido en consideración las prioridades de los Estados Miembros, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible,

**RESUELVE:**

Recomendar a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2018-2019**

**LA 29.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el *Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (Documento Oficial \_\_\_);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo en su 160.<sup>a</sup> sesión (documento CSP29/\_\_\_);

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

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

**RESUELVE:**

1. Aprobar el programa de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud con un presupuesto de US\$ 619,6 millones para los programas básicos y de \$56,0 millones para los programas específicos y la respuesta a las emergencias, como se describe en el Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019.
2. Alentar a los Estados Miembros a que sigan efectuando de manera oportuna los pagos de sus contribuciones correspondientes al 2018 y 2019 y de aquellas contribuciones atrasadas que pudieran haberse acumulado en los períodos presupuestarios anteriores.
3. Alentar a los Estados Miembros a que sigan abogando por una proporción equitativa de los recursos de la OMS y, en particular, por que la OMS financie plenamente el margen presupuestario asignado a la Región de las Américas.
4. Alentar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a hacer contribuciones voluntarias que estén en consonancia con el Programa y Presupuesto 2018-2019 y, en aquellos casos en que sea posible, considerar la posibilidad de que dichas contribuciones sean plenamente flexibles y estén destinadas a un fondo común de recursos no destinados a un fin específico.
5. Asignar el presupuesto correspondiente al período presupuestario 2018-2019 entre las seis categorías programáticas de la siguiente manera:



<b>Categoría</b>	<b>Monto</b>
1. Enfermedades transmisibles	114.600.000
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	59.100.000
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	81.400.000
4. Sistemas de salud	118.400.000
5. Emergencias de salud	56.400.000
6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras	189.700.000
<b>Programas básicos – Total (categorías 1 a 6)</b>	<b>619.600.000</b>
Programas específicos y respuesta a emergencias	56.000.000
<b>Programa y Presupuesto - Total</b>	<b>675.600.000</b>

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

<b>Fuente de financiamiento</b>	<b>Monto</b>
a) Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS	210.640.000
Menos el crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	(16.340.000)
b) Ingresos varios presupuestados	20.000.000
c) Otras fuentes	215.200.000
d) Asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas	190.100.000
<b>TOTAL</b>	<b>619.600.000</b>

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

8. Autorizar a la Directora a utilizar las contribuciones señaladas, los ingresos varios, otras fuentes como las contribuciones voluntarias y la asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas para financiar el presupuesto según la asignación establecida anteriormente, sujeto a la disponibilidad de fondos.

9. Autorizar además a la Directora a hacer transferencias presupuestarias, de ser necesario, entre las seis categorías anteriormente descritas, hasta un monto que no exceda el 10% del presupuesto aprobado de la categoría que es fuente de los fondos o de la que los recibe. Los gastos resultantes de tales transferencias se informarán bajo la categoría final en los informes financieros correspondientes a los años 2018 y 2019.

10. Solicitar a la Directora que informe a los Cuerpos Directivos los montos de los gastos de cada fuente de financiamiento contra las categorías y áreas programáticas establecidas en el Programa y Presupuesto 2018-2019.

(Quinta reunión, 28 de junio del 2017)

***CE160.R9: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2018***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (documento CE160/12) y habiendo aprobado la resolución CE160.R7;

Habiendo considerado el *Informe de la undécima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración* (documento CE160/4),

***RESUELVE:***

Recomendar que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**CONTRIBUCIONES SEÑALADAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS,  
LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS  
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
PARA EL 2018**

***LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Considerando que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en la resolución CSP29.R\_\_ el *Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019* (Documento Oficial \_\_\_\_);

Considerando que en el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano se establece que “para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Unión Panamericana recogerá un fondo que no será

menor de 50.000 dólares, cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Panamericana”;

Teniendo presente que la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, en la resolución CSP29.R\_\_, aprobó la escala de contribuciones de los Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2018,

***RESUELVE:***

1. Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2018 en conformidad con la escala de contribuciones que se presenta a continuación y en las cantidades correspondientes, que representan un crecimiento nominal cero en las contribuciones brutas con respecto al ejercicio financiero 2017.
2. Instar a la Oficina Sanitaria Panamericana a que revise las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud correspondientes al ejercicio financiero 2019, conforme a la nueva escala de cuotas que adopte la Organización de los Estados Americanos (OEA) para ese mismo ejercicio, cuando esta lo haga. La escala revisada de contribuciones para los Estados Miembros de la OPS correspondiente al 2019 debe presentarse en la primera reunión de los Cuerpos Directivos de la OPS que se efectúe tras la adopción de la nueva escala por parte de la OEA.

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2018										
Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$)		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<b>Estados Miembros</b>										
Antigua y Barbuda	0,022		23.170		1.797					21.373
Argentina	3,000		3.159.600		245.100					2.914.500
Bahamas	0,047		49.500		3.840					45.661
Barbados	0,026		27.383		2.124					25.259
Belice	0,022		23.170		1.797					21.373
Bolivia	0,070		73.724		5.719					68.005
Brasil	12,457		13.119.712		1.017.737					12.101.976
Canadá	9,801		10.322.413		800.742		40.000			9.561.672
Chile	1,415		1.490.278		115.606					1.374.673
Colombia	1,638		1.725.142		133.825					1.591.317
Costa Rica	0,256		269.619		20.915					248.704
Cuba	0,132		139.022		10.784					128.238
Dominica	0,022		23.170		1.797					21.373
Ecuador	0,402		423.386		32.843					390.543
Estados Unidos	59,445		62.607.474		4.856.657		6.000.000			63.750.818
El Salvador	0,076		80.043		6.209					73.834
Granada	0,022		23.170		1.797					21.373
Guatemala	0,171		180.097		13.971					166.127
Guyana	0,022		23.170		1.797					21.373
Haití	0,022		23.170		1.797					21.373
Honduras	0,043		45.288		3.513					41.775
Jamaica	0,053		55.820		4.330					51.490
México	6,470		6.814.204		528.599					6.285.605
Nicaragua	0,022		23.170		1.797					21.373
Panamá	0,191		201.161		15.605					185.557

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2018										
Miembros	Tasa de contribución (%)		Contribuciones brutas (en US\$)		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (en US\$)		Ajustes por impuestos aplicados por los Estados Miembros a salarios del personal de la OSP (en US\$)		Contribución neta (en US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Paraguay	0,087		91.628		7.108					84.521
Perú	1,005		1.058.466		82.109					976.358
Saint Kitts y Nevis	0,022		23.170		1.797					21.373
Santa Lucía	0,022		23.170		1.797					21.373
San Vicente y las Granadinas	0,022		23.170		1.797					21.373
Suriname	0,022		23.170		1.797					21.373
República Dominicana	0,268		282.258		21.896					260.362
Trinidad y Tabago	0,129		135.863		10.539					125.324
Uruguay	0,298		313.854		24.347					289.507
Venezuela	1,940		2.043.208		158.498		35.000			1.919.710
<i>Estados Participantes</i>										
Francia	0,203		213.800		16.585					197.215
Países Bajos	0,022		23.170		1.797					21.373
Reino Unido	0,022		23.170		1.797					21.373
<i>Miembros Asociados</i>										
Aruba	0,022		23,170		1,797					21,373
Curaçao	0,022		23,170		1,797					21,373
Puerto Rico	0,025		26,330		2,043					24,288
San Martín	0,022		23,170		1,797					21,373
<b>TOTAL</b>	<b>100.000</b>		<b>105.320.000</b>		<b>8.170.000</b>		<b>6.075.000</b>			<b>103.225.000</b>

(Quinta reunión, 28 de junio del 2017)

***CE160.R10: Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el proyecto de *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CE160/19),

***RESUELVE:***

Recomendar que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana adopte una resolución conforme a los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022**

***LA 29.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/\_\_);

Reconociendo que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco siguen siendo un grave problema de salud pública y son un factor de riesgo común para las principales enfermedades no transmisibles;

Reconociendo que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en la Región, y que alrededor de un tercio de las muertes por enfermedades no transmisibles son prematuras, ocurriendo en personas de entre 30 y 70 años de edad;

Reconociendo los altos costos que las enfermedades relacionadas con el tabaco ocasionan a las familias y a los sistemas de salud de los Estados Miembros, lo cual acentúa la pobreza y las desigualdades en materia de salud y dificulta el logro del objetivo de la salud universal en la Región;

Reconociendo que, pese a que el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) lleva ya 12 años de vigencia internacional y que 30 de los Estados Miembros de la Región son Estados Partes en él, el avance en la aplicación de sus medidas ha sido desigual tanto entre los países como en el tipo de medidas aprobadas y se viene observando un enlentecimiento en el ritmo de aplicación de las mismas;

Reconociendo además que existen muchas circunstancias que han dificultado la aplicación a nivel nacional de sus medidas por parte de los Estados Partes en el CMCT, pero destacando que el desafío común y más importante que enfrentan todos los países es la

interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que trabajan para defender sus intereses;

Observando que la presente estrategia y plan de acción prioriza las intervenciones del CMCT contenidas en las intervenciones para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que la OMS ha definido como altamente costo eficaces y de aplicabilidad incluso en contextos donde los recursos son limitados, por lo cual su aplicación es de importancia para todos los Estados Miembros, con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT,

**RESUELVE:**

1. Aprobar la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/\_\_) dentro del contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:
  - a) promuevan prácticas de salud pública que protejan a la población en general, y a los niños y adolescentes en particular, de los peligros del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco para, en definitiva, reducir la carga de enfermedad y muerte que entrañan;
  - b) prioricen la adopción de una normativa integral de ambientes libres de humo y de aplicación de advertencias sanitarias en el empaquetado del tabaco, así como el fortalecimiento y la eventual mejora de la normativa existente en estos temas y su cumplimiento, con el objetivo de que esas medidas protejan a toda la población de la Región de las Américas;
  - c) consideren la adopción o el fortalecimiento de la aplicación del resto de las medidas contenidas en el CMCT, con especial énfasis en la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco de acuerdo con el artículo 13 del CMCT y las medidas fiscales de disminución de la demanda de tabaco;
  - d) consideren los impuestos al tabaco como una fuente de ingresos que, en concordancia con la legislación nacional, podría ser utilizada como una fuente interna de financiamiento de la salud en particular y del desarrollo en general;
  - e) fortalezcan sus sistemas nacionales de vigilancia a fin de poder evaluar no solo la prevalencia del consumo de tabaco, sino también la efectividad de las medidas aplicadas, y poder obtener información desglosada por sexo, género, grupo étnico y otros factores, según sea posible, y utilizar esta información para crear intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a reducir las disparidades;
  - f) se opongan a los intentos de la industria tabacalera y sus grupos asociados de interferir, demorar, obstaculizar o impedir la implementación de las medidas de control del tabaco orientadas a la protección de la salud pública de la población, y que reconozcan la necesidad de monitorear, documentar y, de acuerdo con la

- legislación nacional vigente, hacer públicas las actividades de la industria a fin de poner en evidencia sus estrategias y reducir su eficacia;
- g) consideren la necesidad de contar con instrumentos legales para abordar la cuestión relativa al conflicto de intereses por parte de los funcionarios y empleados públicos en lo que respecta al control del tabaco;
  - h) consideren, en caso de ser Parte en el CMCT, la ratificación del *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*, a fin de asegurar su pronta entrada en vigor a nivel internacional.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) brinde apoyo a los Estados Miembros en la elaboración, revisión y ejecución de la normativa y las políticas de control del tabaco con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT;
  - b) promueva la cooperación técnica con los países y entre ellos para compartir mejores prácticas y enseñanzas extraídas;
  - c) fortalezca la cooperación técnica para mejorar las capacidades de los Estados Miembros para promover la coherencia entre las políticas de comercio y de salud pública en el contexto del control del tabaco, protegiendo la salud de la interferencia de la industria tabacalera;
  - d) fomente las alianzas con otros organismos internacionales e instancias subregionales, así como con miembros de la sociedad civil a nivel nacional e internacional, para la ejecución de esta estrategia y plan de acción.

(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)

***CE160.R11: Política sobre etnicidad y salud***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CE160/15),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:



## **POLÍTICA SOBRE ETNICIDAD Y SALUD**

### **LA 29.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CSP29/\_\_);

Teniendo en cuenta la necesidad que existe de promover un abordaje intercultural en el ámbito de la salud para eliminar las inequidades en la salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según sea aplicable al contexto nacional;

Reconociendo las diferencias que existen entre los distintos grupos étnicos dentro de los países y entre ellos, y reconociendo además las diferencias en sus retos, necesidades y respectivos contextos históricos;

Recordando los principios reconocidos en la Declaración y el Programa de Acción de Durban (2001), la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), la Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011), la Cumbre Mundial de Afrodescendientes (2011), el Decenio de los Afrodescendientes 2015-2024 (2013), la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (2014) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), así como los principios contenidos en otros instrumentos internacionales relacionados con la etnicidad y la salud;

Refiriéndose al marco de los mandatos de la OPS relacionados con la salud de los pueblos indígenas, la inclusión de la etnicidad como un eje transversal en el Plan Estratégico de la OPS y las enseñanzas extraídas;

Reconociendo la importancia de que la OPS en su conjunto (la Oficina y los Estados Miembros) enfatice los esfuerzos encaminados a fortalecer el enfoque intercultural en la salud para alcanzar el goce del grado máximo posible de salud por parte de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, de conformidad con su contexto nacional;

Teniendo en cuenta la necesidad de adoptar las medidas necesarias para garantizar el enfoque intercultural en la salud y la paridad de trato entre los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, considerando el valor de sus prácticas culturales, entre las que se incluyen los modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y las cosmovisiones,

### **RESUELVE:**

1. Adoptar la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CSP29/\_\_).

2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto nacional, sus marcos normativos, sus prioridades y sus posibilidades financieras y presupuestarias, a que:

- a) promuevan políticas públicas que aborden la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos;
- b) promuevan mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros, impulsando modelos de salud interculturales que incluyan, a través del diálogo, las perspectivas de los saberes y prácticas ancestrales y espirituales de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda a su realidad nacional;
- c) fortalezcan la capacidad institucional y comunitaria en los Estados Miembros para disponer de datos suficientes y de calidad y generar evidencia sobre las desigualdades e inequidades en la salud que experimentan los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos para la toma de decisiones políticas intersectoriales en la salud;
- d) refuercen las capacidades institucionales y comunitarias a todos los niveles para la implementación del abordaje intercultural en los sistemas y servicios de salud que contribuye, entre otras cosas, a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad;
- e) amplíen, promuevan y aseguren la participación social de todos los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, considerando el enfoque de género, y la perspectiva del curso de vida, en la elaboración de las políticas de salud y su implementación;
- f) promuevan la generación de conocimientos y espacios propios de la medicina y los saberes ancestrales en el marco del fortalecimiento del enfoque intercultural en la salud;
- g) integren el enfoque étnico y la visión de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en la aplicación del *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento CD53/10, Rev. 1 [2014]), de acuerdo con las realidades nacionales;
- h) promuevan la cooperación intersectorial para el desarrollo sostenible de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos.

3. Solicitar a la Directora, dentro de las posibilidades financieras de la Organización, que:

- a) abogue por la inclusión de los componentes estratégicos sobre etnicidad y salud en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025;

- b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la incorporación de la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en armonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos aplicables;
- c) continúe priorizando la etnicidad como un eje transversal, en armonización con el género, la equidad y los derechos humanos, en la cooperación técnica de la OPS;
- d) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica dentro del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, así como con otras entidades interesadas en el trabajo en relación con la etnicidad en la salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)

***CE160.R12 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)* (documento CE160/5, Add. I);

Teniendo presente las disposiciones de los procedimientos para conferir el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud, según fueron aprobados por el Comité Ejecutivo en su 158.ª sesión (resolución CE158.R14 [2016]),<sup>1</sup>

***RESUELVE:***

1. Felicitar a los candidatos al Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de su país y de la Región.
2. Sobre la base de la recomendación del Jurado, conceder el Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017) a la doctora Stella Bolaños Varela, de Costa Rica, por su destacada trayectoria profesional y su compromiso de larga data con la

---

<sup>1</sup> El Premio OPS en Administración (nombre original de este premio) fue aprobado por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP28.R18 [1970]). Posteriormente, se aprobaron modificaciones en la 20.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP20.R17 [1978]), el 27.º Consejo Directivo (CD27.R5 [1980]), la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP24.R10 [1994]) y el Comité Ejecutivo en sus sesiones 124.ª (CE124.R10 [1999]), 135.ª (CE135[D6] [2004]), 140.ª (CE140.R12 [2007]), 146.ª (CE146.R11 [2010]) y 158.ª (CE158.R14 [2016]).

calidad y la gestión de los servicios de salud a nivel nacional. La doctora Bolaños Varela es reconocida por sus aportes sobresalientes en el campo de la educación de salud y la gestión de los servicios de salud para la población de adultos mayores, así como por su liderazgo en la implementación de modelos de atención centrados en la persona.

3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)* (documento CE160/5, Add. I) a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

*(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)*

***CE160.R13: Orden del día provisional de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CSP29/1) preparado por la Directora para la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE160/3, Rev. 1;

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 7.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia,

***RESUELVE:***

Aprobar el orden del día provisional (documento CSP29/1) preparado por la Directora para la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)*

***CE160.R14: Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 160.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE160/25;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, el Subdirector General y el Director General Adjunto sobre la base de la escala modificada de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

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

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

***RESUELVE:***

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de enero del 2017, en cuanto a las definiciones, los sueldos, las prestaciones por familiares a cargo, el incentivo por movilidad, la prestación por condiciones de vida difíciles y la prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias, la prima de instalación, la prima por repatriación, la prima por terminación de servicio, las normas para la contratación, la asignación de funciones, el aumento de sueldo dentro del mismo grado, la licencia en el país de origen, los viajes de los miembros del personal, los viajes del cónyuge y de los hijos, los envíos por traslado, los derechos sin ejercer y los gastos en caso de defunción, así como las modificaciones que entran en vigor a partir del 1 de enero del 2018 con respecto al subsidio de educación y la jubilación.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2017, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 172.858 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$129.586.
3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2017, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$174.373 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$130.586.
4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2017, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$192.236 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$142.376.

Anexo

## Anexo

**MODIFICACIONES DEL ESTATUTO Y EL REGLAMENTO DEL PERSONAL  
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**310. DEFINICIONES**

...

**310.5.2** a los hijos, según la definición de la Oficina, cuyo principal mantenimiento el funcionario certifique estar aportando de continuo, siempre que no hayan cumplido 18 años o, si asisten a tiempo completo a una escuela o universidad, siempre que no hayan cumplido 21. Se obviarán los requisitos de edad y asistencia a centros docentes si los hijos tienen una discapacidad física o mental que les impida tener un empleo bien remunerado, ya sea permanentemente o por un largo período. Si los dos progenitores son funcionarios de organizaciones internacionales que suscriben el sistema común de sueldos y subsidios, los hijos que se encuentren en cualquiera de estas situaciones se considerarán familiares a cargo del cónyuge cuyos ingresos ocupacionales anuales arrojen la cantidad mayor, a menos que los funcionarios en cuestión soliciten lo contrario;

...

**310.7** Un “progenitor sin cónyuge” es un funcionario que reúne los siguientes criterios:

**310.7.1** el funcionario no tiene cónyuge;

**310.7.2** el funcionario tiene un hijo a cargo de acuerdo con la definición en el artículo 310.5.2;

**310.7.3** el funcionario aporta el principal mantenimiento de ese hijo de manera continua.

**330. SUELDOS**

**330.1** Los sueldos brutos básicos estarán sujetos a las siguientes contribuciones:

**330.1.1** Para el personal de las categorías profesional y superior:

Ingreso gravable (En EUA\$)	Porcentaje de la contribución para funcionarios %
Primeros 50.000	17
Los siguientes 50.000	24
Los siguientes 50.000	30
Resto de los pagos gravables	34

### **340. PRESTACIÓN POR FAMILIARES A CARGO Y POR PROGENITOR SIN CÓNYUGE**

Los miembros del personal de categoría profesional y superior, a excepción de aquellos con nombramientos temporales con arreglo a las disposiciones del artículo 420.4, tendrán derecho a percibir una prestación, de la siguiente manera:

**340.1** Por cada hijo a cargo, según la definición en el artículo 310.5.2. El subsidio se reducirá en una cantidad igual a cualquier prestación de seguro social recibida de una administración pública, o conforme a una ley pública, por los hijos.

**340.2** Por un hijo física o mentalmente discapacitado, con arreglo a las disposiciones del artículo 310.5.2, un monto equivalente al doble de la prestación por hijo a cargo. Esta prestación se reducirá en una cantidad igual a cualquier prestación de seguro social recibida de una administración pública, o conforme a una ley pública, por dicho hijo.

**340.3** Por el padre, la madre, un hermano o una hermana a cargo, según la definición en el artículo 310.5.3.

**340.4** Por un cónyuge a cargo, según la definición en el artículo 310.5.1.

**340.5** Por ser reconocido como progenitor sin cónyuge, según la definición en el artículo 310.7.

**340.6** El importe del subsidio que se abonará de conformidad con lo dispuesto en este reglamento estará en consonancia con las condiciones de servicios establecidas para el régimen común de las Naciones Unidas.

### **350. SUBSIDIO DE EDUCACIÓN**

...

**350.1.1** el subsidio de educación se pagará a partir del año escolar en que el hijo a cargo, como se define en el artículo 310.5.2, cumpla los cinco años de edad o más al comienzo del año escolar, o cuando el hijo cumpla los cinco años dentro de los tres meses siguientes al comienzo del año escolar, siempre que se pueda comprobar que asiste a un programa de tiempo completo que como parte primordial de su currículo reúne los elementos básicos de la educación formal. El subsidio se extenderá hasta fines del año académico en que el hijo cumpla los 25 años de edad, complete cuatro años de estudios por encima del nivel secundario o reciba el primer diploma postsecundario, de estas condiciones la que se cumpla primero;

...

**350.2** Este subsidio se pagará por:

...

**350.2.2** el costo de los estudios a tiempo completo en un centro de enseñanza situado fuera del país o del área del lugar oficial de destino, inclusive el costo de pensionado completo si lo facilita la institución. Cuando el alumno estudie en régimen de externado, el funcionario recibirá una cantidad fija anual. Corresponderá una suma fija adicional de \$5.000 para aquellos funcionarios asignados a un lugar de destino que no sea una sede para los gastos de internado en los niveles de enseñanza primaria o secundaria fuera del país o de una zona que permita ir y volver diariamente del lugar de destino.

...

**350.2.5** las clases de lengua materna al hijo, con respecto al cual el funcionario tenga derecho a percibir el subsidio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 350.1.1, que asista a una escuela local donde la enseñanza se imparta en un idioma que no sea el del niño, cuando el funcionario preste servicio en un país cuyo idioma sea diferente del suyo y donde los centros escolares no ofrezcan posibilidades satisfactorias para el aprendizaje de esa lengua.

...

**350.4** "Se entiende por "costo de los estudios" el derecho de matrícula, incluidos los gastos de enseñanza del idioma materno y los gastos relacionados con la inscripción solamente.

...

**350.6** Las contribuciones para gastos de capital requeridas por los centros de enseñanza serán reembolsadas, fuera del plan del subsidio de educación, de acuerdo con las condiciones establecidas por la Oficina.

### **360. INCENTIVO POR MOVILIDAD, PRESTACIÓN POR CONDICIONES DE TRABAJO DIFÍCILES Y PRESTACIÓN POR SERVICIO EN LUGARES DE DESTINO NO APTOS PARA FAMILIAS**

Las siguientes prestaciones no pensionables se abonan a los funcionarios, excepto aquellos contratados según el artículo 1310 o el 1330, que sean nombrados o reasignados a ciertas categorías de lugar de destino designadas por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) durante un período de un año o más. Estas prestaciones son determinadas por la Oficina sobre la base de las condiciones y los procedimientos establecidos por la CAPI:

**360.1.** Incentivo por movilidad: a fin de proporcionar incentivos para la movilidad, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo o de servicio.

**360.2** Prestación por condiciones de vida difíciles: a fin de reconocer los distintos grados de dificultad en los lugares de destino, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo, de servicio o temporal.



**360.3** Prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias: a fin de reconocer el servicio en lugares de destino con restricciones para las familias, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo, de servicio o temporal.

### **365. PRIMA DE INSTALACIÓN**

**365.1** Los miembros del personal con nombramientos de plazo fijo que efectúen un viaje autorizado con motivo de su nombramiento o traslado a un lugar oficial por un período no menor de un año, percibirán una prima de instalación (véase el artículo 365.6 con respecto al personal temporal).

**365.2** El monto de la prima de instalación será equivalente a los viáticos aplicables a la fecha en que la persona llegue al lugar de destino:

**365.2.1** con respecto al propio funcionario, se abonará por un período de 30 días;

**365.2.2** con respecto al cónyuge y los hijos a cargo que acompañen al funcionario o se reúnan con este en el lugar de destino con los gastos cubiertos según el artículo 820, por un período de 15 días.

**365.3** De acuerdo con las condiciones establecidas por la Oficina en virtud de las condiciones y los procedimientos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas para el sistema de Naciones Unidas la prima de instalación además incluirá una suma fija que se calculará y pagará sobre la base de un mes del sueldo básico neto del funcionario y, según corresponda, el ajuste por lugar de destino correspondiente al lugar del destino al que el funcionario sea asignado y a la tasa aplicable correspondiente a la fecha de llegada al lugar de destino.

**365.3.1** La suma fija se recuperará en forma proporcional, de acuerdo con las condiciones que establezca la Oficina, si un miembro del personal dimite antes de transcurridos seis meses desde su nombramiento o reasignación.

**365.4** Si ambos cónyuges son miembros del personal de organizaciones internacionales que aplican el sistema común de sueldos y subsidios en el mismo lugar de destino, cada miembro del personal recibirá la parte correspondiente a los viáticos de la prima de instalación establecida en el artículo 365.2.1. Con respecto a la parte correspondiente a los viáticos prevista en el artículo 365.2.2, el monto será pagado al miembro del personal a cuyo cargo un hijo ha sido reconocido como dependiente por la Organización. La parte correspondiente a la suma global prevista en el artículo 365.3 se pagará al cónyuge que tenga derecho al monto más elevado.

**365.5** La prima de instalación no se pagará:

**365.5.1** con respecto a los hijos nacidos, o por cualquier otra persona reclamada como familiar a cargo del funcionario, después de la llegada de este al lugar de destino;

**365.5.2** a un miembro del personal que se separe del servicio y luego reciba una oferta de un nuevo nombramiento en el mismo lugar de destino dentro del plazo de un año.

**365.6** En el caso de un viaje autorizado con motivo de su nombramiento, todo funcionario titular de un contrato temporario recibirá el pago de la prima de instalación de conformidad con el artículo 365.2.1 respecto del propio funcionario. Los funcionarios temporales no reúnen los requisitos para recibir la parte correspondiente a la suma global de la prima de instalación. Todo pago hecho de acuerdo con el artículo 365.2.1 no puede ser incompatible con el artículo 365.5.2.

### **370. PRIMA POR REPATRIACIÓN**

**370.1** Los funcionarios que al cesar en la Oficina por razones que no sean la destitución inmediata prevista en el artículo 1075.2 hayan prestado servicios continuos durante cinco años como mínimo en un lugar fuera de su país de residencia reconocido y que posean un nombramiento de plazo fijo o de servicio, percibirán una prima de repatriación con arreglo a la siguiente escala y al artículo 380.2. El pago en lo que respecta a los derechos estará supeditado a la presentación, por parte del ex-funcionario, de pruebas documentales, de conformidad con los criterios establecidos, que acrediten su instalación fuera del país de su último lugar de destino o fuera del país de residencia reconocido durante su última asignación, tomando en consideración las disposiciones del artículo 370.4. Esta parte de la prima se pagará si se solicita su reembolso dentro de los dos años que sigan a la fecha efectiva de cese en el servicio.

**370.1.1** Para el personal de categoría profesional y superior:

Años de servicio reconocidos	Semanas de sueldo	
	Sin cónyuge ni hijos a cargo	Con cónyuge o hijos a cargo
5	8	14
6	9	16
7	10	18
8	11	20
9	13	22
10	14	24
11	15	26
12 o más	16	28

**370.1.2** Para el personal de la categoría de servicios generales:

Años de servicio reconocidos	Semanas de sueldo	
	Sin cónyuge ni hijos a cargo	Con cónyuge o hijos a cargo
5	7	14
6	8	16
7	9	18
8	10	20
9	11	22
10	12	24
11	13	26
12 o más	14	28

### **375. PRIMA POR TERMINACIÓN DE SERVICIO**

**375.1** Los funcionarios que sean titulares de un nombramiento por un periodo fijo, incluidos aquellos en puestos de duración limitada con cinco años o más de servicio, tendrán derecho a una prima basada en sus años de servicios si:

- 375.1.1** su nombramiento no se renueva después de cumplir cinco años reconocidos de servicio ininterrumpido,
- 375.1.2** no han recibido ni declinado el ofrecimiento de renovación de su nombramiento,
- 375.1.3** no han alcanzado los 65 años de edad o, alternativamente, su edad de jubilación elegida según lo notificado a la Organización de acuerdo con el artículo 1020.1, y

...

### **410. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN**

...

**410.2** No se tomarán en consideración las candidaturas de personas de menos de 20 años o de más de 65 años de edad.

### **510. ASIGNACIÓN DE FUNCIONES**

...

**510.2** A los fines del derecho a percibir la prima de instalación, el incentivo por movilidad y el envío por traslado, una asignación es aquella que requiera que el funcionario se instale en el lugar de destino durante un período de por lo menos un año.

**550. AUMENTO DE SUELDO DENTRO DEL MISMO GRADO**

...

**550.2** Por período unitario de servicio se entiende el tiempo mínimo que deba pasar un funcionario en determinado escalón de su grado para tener derecho a un aumento de sueldo en el mismo grado, conforme a lo dispuesto en el artículo 550.1. La duración del período unitario de servicio será como sigue:

**550.2.1** de un año de servicio a tiempo completo en todos los grados y pasos, excepto aquellos en el artículo 550.2.2;

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

...

**640. LICENCIA EN EL PAÍS DE ORIGEN**

...

**640.4** Los funcionarios podrán hacer uso de la licencia en el país de origen de la siguiente manera:

- a) al completar un período de servicio de 12 meses que dé derecho a esa licencia en un lugar de destino de categoría D o E que no entre en el marco de descanso y recuperación (a los fines de la periodicidad de la licencia en el país de origen, esos lugares se conocen como “lugares de destino con ciclo de 12 meses”), o
- b) al completar un período de servicio de 24 meses que dé derecho a esa licencia en cualquier otro lugar de destino (a los fines de la periodicidad de la licencia en el país de origen, esos lugares se conocen como “lugares de destino con un ciclo de 24 meses”).
- c) En aquellos casos de reasignación o reclasificación de un lugar de destino, al completarse el período de servicio que dé derecho a esa licencia de acuerdo con lo que determine el Director en conformidad con los criterios establecidos.

**810. VIAJES DE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL**

La Oficina abonará los gastos de viaje de un miembro del personal en los siguientes casos:

...

**810.5** Una vez en el curso de cada intervalo entre dos fechas que facultan para la licencia en el país de origen (o una vez durante un contrato de duración equivalente) desde el lugar de destino al lugar de residencia, definido en el artículo 820.1, del cónyuge y de los hijos a cargo, y para el regreso al lugar de destino, siempre que:

**810.5.1** el miembro del personal haya renunciado al cobro de los gastos de viaje a que tienen derecho su cónyuge y sus hijos en virtud de los artículos 820 y 825, salvo los del viaje correspondiente al subsidio de educación, de conformidad con el artículo 820.2.5.2;

## **820. VIAJES DEL CÓNYUGE Y DE LOS HIJOS**

**820.1** A los efectos de las disposiciones relativas a los viajes por cuenta de la Oficina, solo se considerarán familiares:

...

**820.1.3** los hijos por los que la Oficina haya pagado anteriormente gastos de viaje que tengan derecho, por última vez, a un viaje en una sola dirección, sea para reunirse con el miembro del personal en su lugar de destino o para regresar al país del lugar de residencia reconocida antes de que transcurra un año desde que hayan perdido la condición de familiares a cargo. La Oficina no costeará más que un viaje de ida desde el lugar de destino hasta el lugar de residencia reconocido; sin embargo, este viaje no se autorizará si el viaje de ida y vuelta al que el hijo puede tener derecho en virtud del artículo 820.2.5.2, se completa después del final del año académico en que el hijo haya cumplido 21 años;

**820.1.4** los hijos por los que quepa percibir un subsidio de educación, según lo dispuesto en el Artículo 350.1.2 para viajes efectuados en virtud de los artículos 820.2.5.1, 820.2.5.2, y 820.2.5.5.

**820.2** Exceptuados los miembros del personal titulares de un contrato temporal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4, la Oficina abonará los gastos de viaje del cónyuge y los hijos a cargo de un funcionario, siempre que reúnan las condiciones fijadas en el artículo 820.1, en las siguientes circunstancias:

**820.2.1** Al contratarle por un período no inferior a un año, para el viaje desde el lugar de residencia reconocido o, si la Oficina lo juzga preferible, desde el lugar de contratación hasta el lugar de destino, o desde cualquier otro lugar, siempre que los gastos en que la Oficina incurra no sean mayores que los del transporte desde el lugar de residencia y a condición de que el cónyuge permanezca en el lugar de destino por lo menos seis meses;

...

**820.2.5** por cada hijo que dé derecho a percibir los gastos de internado en virtud del subsidio de educación según el artículo 350, por estar cursando estudios en un centro de enseñanza tan alejado del lugar de destino que el alumno no pueda trasladarse diariamente a él, siempre que no sea aplicable lo dispuesto en el artículo 655.4:

...

**820.2.5.3** gastos de viaje de ida y vuelta por licencia en el país de origen entre el lugar de estudio y el lugar a que el funcionario está autorizado a viajar en virtud del artículo 640.5 (siempre que los gastos a cargo de la Oficina no excedan de los del viaje de ida y vuelta entre el lugar de destino y el lugar de residencia reconocida del miembro del personal), a condición de que:

- 1) el viaje coincida con el viaje del miembro del personal por licencia en el país de origen;
- 2) el hijo tenga menos de 21 años, y
- 3) medie un lapso de tiempo razonable en relación con cualquier otro viaje autorizado en virtud del artículo 820;

**820.2.5.4** el último viaje en una sola dirección definido en el artículo 820.1.3 antes de que transcurra un año a partir de la fecha en la que llega a término el derecho a percibir un subsidio de educación en virtud del artículo 350.1.2, a condición de que el derecho a ese viaje no se haya ejercido ya en aplicación del artículo 820.1.3. La Oficina no costeará más que un viaje de ida desde el lugar de destino hasta el lugar de residencia reconocido; sin embargo, dicho viaje no se autorizará si el viaje de ida y vuelta al que el hijo puede tener derecho en virtud del artículo 820.2.5.2, se realiza después de que el hijo haya dejado de tener derecho al subsidio de educación concedido en virtud del artículo 350.1.2;

## **855. ENVÍO POR TRASLADO**

**855.1** Los miembros del personal con nombramiento de plazo fijo o de servicio que se hayan instalado al menos un año en un lugar de destino que no sea su lugar de residencia tendrán derecho, dentro de los límites establecidos, al reembolso del costo que ocasione el traslado de sus muebles y enseres. El reembolso se hace cuando el funcionario es asignado a un lugar de destino (véase el artículo 510.2) y cuando un funcionario se separa del servicio, excepto lo especificado en el artículo 1010.2.

**855.2** Si ambos cónyuges son funcionarios de organizaciones internacionales que aplican el régimen común de sueldos y subsidios, este derecho se regirá por las cláusulas y condiciones establecidas en el Manual de la OPS/OMS.

## **860. DERECHOS SIN EJERCER**

Los miembros del personal con derecho a que se les abonen los gastos de viaje o de envío por traslado en caso de repatriación deben hacer uso de ese derecho en el plazo de dos años a partir de la fecha de separación del funcionario.

**870. GASTOS EN CASO DE DEFUNCIÓN**

...

**870.2** En caso de defunción del miembro del personal, el cónyuge y sus hijos tendrán derecho al pago de los gastos de viaje y de envío por traslado a cualquier lugar, siempre que la Oficina esté obligada a repatriarlos en virtud del artículo 820.2.7 y que los gastos en que incurra no sean mayores que los del viaje y el transporte al lugar de residencia reconocido del funcionario fallecido. El derecho al envío por traslado se rige por las disposiciones del artículo 855.1.

**1020. JUBILACIÓN**

**1020.1** Excepto en aquellos casos que se indican a continuación, los miembros del personal deben jubilarse al terminar el mes en que llegan a la edad de 65 años.

**1020.1.1** Los funcionarios que hayan ingresado en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 1990 pueden elegir jubilarse el último día del mes en el que cumplan los 60 años, o entre los 60 y los 65 años, avisando por escrito con al menos tres meses de anticipación la fecha de jubilación elegida.

**1020.1.2** Los funcionarios que hayan ingresado en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre del 2013 inclusive pueden elegir jubilarse el último día del mes en el que cumplan los 62 años, o entre los 62 y los 65 años, avisando por escrito con al menos tres meses de anticipación la fecha de jubilación elegida.

**1020.1.3** Los funcionarios no podrán cambiar la fecha elegida de jubilación una vez que hayan avisado con tres meses de anticipación de conformidad con el artículo 1020.1.1 o 1020.1.2.

**1020.2** En casos excepcionales, se podrá conceder una prórroga más allá de los 65 años de edad a condición de que ello redunde en el interés de la Oficina y de que no sea por más de un año cada vez y no se podrá conceder una prórroga cuando el funcionario haya cumplido los 68 años.

*(Séptima reunión, 29 de junio del 2017)*

***CE160.R15:Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030***

***LA 160.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el proyecto de *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las Américas* (documento CE160/14, Rev. 1);

Tomando nota de la decisión alcanzada en la reunión que tuvo lugar el 28 de septiembre del 2016 entre los ministros y delegados de los Estados Miembros en relación con la necesidad de elaborar una nueva Agenda de Salud para las Américas que expresase la visión compartida de los países para el desarrollo de la salud en la Región de las Américas;

Reconociendo la importancia de contar con una agenda de salud regional que responda tanto a los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el contexto regional como a las prioridades de los países de la Región para seguir avanzando hacia el goce del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr para todas las personas;

Reconociendo el esfuerzo y compromiso de los 16 Estados Miembros del Grupo de Trabajo de los Países para elaborar la Agenda mediante un proceso participativo e inclusivo, al igual que el liderazgo del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, que ocupó la presidencia, y de los Ministerios de Salud de Panamá y Barbados, que ocuparon las vicepresidencias, y el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su función de Secretariado Técnico,

**RESUELVE:**

Recomendar a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMERICAS 2018-2030**

**LA 29.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo considerado la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las Américas* (documento CSP29/\_\_);

Observando que la Agenda de Salud Sostenible constituye el marco de política y planificación estratégica en materia de salud en la Región de las Américas, que servirá de orientación para los planes estratégicos de la OPS y los planes nacionales de los Estados Miembros;

Tomando nota de la decisión de las autoridades de salud de la Región de que esta Agenda sea un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en el nuevo contexto regional y mundial, y de que representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como a los desafíos regionales emergentes en torno a la salud pública;



Reconociendo que el Grupo de Trabajo de los Países, conformado por delegados de los ministerios y las secretarías de salud de 16 Estados Miembros en representación de cada subregión del continente americano y con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana en la función de Secretariado Técnico, ha llevado a cabo un intenso proceso de trabajo y ha realizado consultas a los Estados Miembros sobre la materia para elaborar de manera participativa e inclusiva una propuesta para la nueva Agenda,

**RESUELVE:**

1. Aprobar la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las Américas* (documento CSP29/\_\_\_).
2. Agradecer al Grupo de Trabajo de los Países, por conducto de su Presidenta, la Ministra de Salud Pública de Ecuador, y de sus Vicepresidentes, los Ministros de Salud de Panamá y Barbados, por su liderazgo y los aportes realizados en la elaboración de la Agenda, y agradecer a la Directora por el importante apoyo prestado por la Oficina en su función de Secretariado Técnico de este grupo.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) utilicen esta Agenda como un importante insumo estratégico para la formulación de las políticas de salud en sus países, según lo consideren apropiado;
  - b) determinen las medidas y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de esta Agenda y para implementarla plenamente, tomando en cuenta el contexto particular de cada país, las prioridades establecidas y las obligaciones internacionales;
  - c) intercambien experiencias y buenas prácticas, y promuevan alianzas orientadas al logro de las metas y los objetivos, en consonancia con el principio de la solidaridad panamericana;
  - d) desplieguen esfuerzos a fin de promover la coordinación gubernamental intersectorial y la participación de las organizaciones de la sociedad civil para asegurar avances en torno a la Agenda, a la vez que se promueve la rendición de cuentas;
  - e) apoyen y participen en el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes, mediante los mecanismos estándares, sobre los avances en sus países para el logro de los objetivos y metas de la Agenda.
4. Solicitar a la Directora que:

- a) utilice la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 como el marco de política y planificación estratégica de más alto nivel en la Región a fin de orientar la formulación de los próximos planes estratégicos de la OPS;
- b) establezca que los planes estratégicos de la OPS serán los instrumentos para llevar adelante la nueva Agenda en el contexto regional y que, por intermedio de estos planes estratégicos, se orientarán los esfuerzos y las estrategias de cooperación de la Organización con los Estados Miembros;
- c) establezca los procesos de definición de indicadores para la ejecución, el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes sobre la nueva Agenda, sobre la base de los sistemas actualmente existentes dentro de la Organización;
- d) coordine con las instancias pertinentes de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) el fortalecimiento de los mecanismos de cooperación regional en la ejecución de esta Agenda y la Agenda 2030;
- e) promueva la difusión de la nueva Agenda entre los organismos de cooperación internacional y los foros de integración regional y subregional en el ámbito de la salud, con el propósito de lograr armonización y sinergias que favorezcan los aportes al logro de los objetivos de la Agenda;
- f) informe a los Estados Miembros sobre la ejecución de la Agenda, incluido el avance hacia el logro de las metas, por medio de informes periódicos a los Cuerpos Directivos de la OPS.

*(Séptima reunión, 29 de junio del 2017)*

### ***Decisiones***

#### ***Decisión CE160(D1): Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada por el Comité (documento CE160/1, Rev. 2).

*(Primera reunión, 26 de junio del 2017)*

#### ***Decisión CE160(D2): Representación del Comité Ejecutivo en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Argentina y Trinidad y Tabago titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en la 29.ª Conferencia Sanitaria

Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Comité nombró a Colombia y Panamá como suplentes.

*(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)*

***Decisión CE160(D3): Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022***

Después de examinar el proyecto de plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales, el Comité Ejecutivo decidió que debían realizarse consultas regionales en conformidad con la hoja de ruta propuesta por la Oficina y respaldada por un grupo de trabajo de los Estados Miembros, con el objetivo de presentar una versión revisada del plan de acción para el fortalecimiento de estadísticas vitales a la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. El Comité también decidió que se elaborara aparte una estrategia y plan de acción sobre los sistemas de información para la salud para que se presentase la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2018.

*(Sexta reunión, 28 de junio del 2017)*

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, el Delegado de Argentina, junto con la Secretaria *ex officio*, la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C. (Estados Unidos de América), a los 30 días del mes de junio del año dos mil diecisiete. La Secretaria depositará los documentos originales 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 sea aprobado por el Presidente.

---

Dr. Rubén A. Nieto  
Presidente  
del Comité Ejecutivo en su 160.<sup>a</sup> sesión  
Delegado de Argentina

---

Dra. Carissa F. Etienne  
Secretaria *ex officio*  
del Comité Ejecutivo en su 160.<sup>a</sup> sesión  
Directora  
de la Oficina Sanitaria Panamericana

**Anexo A**

**ORDEN DEL DÍA**

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
  
  - 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
    - 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
    - 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
    - 2.3 Proyecto de orden del día provisional de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
  
  - 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**
    - 3.1 Informe de la 11.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
    - 3.2 Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)
    - 3.3 Informe sobre la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*
    - 3.4 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
    - 3.5 Informe anual de la Oficina de Ética (2016)
    - 3.6 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
    - 3.7 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
  
  - 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
    - 4.1 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: Propuesta de modificaciones
-

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

- 4.2 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019
- 4.3 Nueva escala de contribuciones señaladas
- 4.4 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
- 4.5 Política sobre etnicidad y salud
- 4.6 Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023
- 4.7 Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022
- 4.8 Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
- 4.9 Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

**5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2016
- 5.3 Programación del excedente de los ingresos
- 5.4 Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
- 5.5 Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital
- 5.6 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.7 Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021

**6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL**

- 6.1 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.3 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

**7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Actualización sobre la reforma de la OMS
- 7.2 Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
- 7.3 Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
- 7.4 Centros colaboradores de la OPS/OMS
- 7.5 Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final  
(*resolución CD44.R13 [2003]*)
- 7.6 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final  
(*resolución CD48.R10 [2008]*)
- 7.7 Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final  
(*resolución CD47.R12 [2006]*)
- 7.8 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
  - A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso
  - B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso

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

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

- C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período
- D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso
- E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso
- F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período
- G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período
- H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período
- I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período
- J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período
- K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso
- L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
- M. Situación de los Centros Panamericanos

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

- A. 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

**8. OTROS ASUNTOS**

**9. CLAUSURA DE LA REUNIÓN**



**Anexo B**

**LISTA DE DOCUMENTOS**

**Documentos oficiales**

*Doc. oficial 353* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2015

**Documentos de trabajo**

CE160/1, Rev. 2 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE160/2 Representación del Comité Ejecutivo en la 29.º Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE160/3, Rev. 1 Proyecto del orden del día provisional de la 29.º Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE160/4 Informe de la 11.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE160/5 y Add. I Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en los Servicios de Salud (2017)

CE160/6 Informe sobre la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*

CE160/7 Agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE160/8 Informe anual de la Oficina de Ética (2016)

CE160/9, Rev. 1 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE160/10 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

CE160/11 y Add. I Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: Propuesta de modificaciones

CE160/12, Add. I y II, Rev. 1 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019

---

**Documentos de trabajo (cont.)**

CE160/13, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1	Nueva escala de contribuciones señaladas
CE160/14, Rev. 1 y Add. I	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
CE160/15	Política sobre etnicidad y salud
CE160/16	Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023
CE160/17, Rev. 2	Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022
CE160/18	Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
CE160/19	Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022
CE160/20 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE160/21	Programación del excedente de los ingresos
CE160/22	Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
CE160/23	Actualización sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital
CE160/24	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE160/28	Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2018-2019 y 2020-2021
CE160/25	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE160/26	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE160/27	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

**Documentos de información**

CE160/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CE160/INF/2	Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CE160/INF/3	Situación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
CE160/INF/4	Centros colaboradores de la OPS/OMS
CE160/INF/5	Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas: Informe final
CE160/INF/6	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final
CE160/INF/7	Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: Informe final
CE160/INF/8	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none"><li>A. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: Informe de progreso</li><li>B. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso</li><li>C. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: Examen de mitad de período</li><li>D. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso</li><li>E. La salud y los derechos humanos: Informe de progreso</li><li>F. Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período</li><li>G. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: Examen de mitad de período</li></ul>

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

CE160/INF/8

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

- H. Plan de acción sobre salud mental: Examen de mitad de período
- I. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Examen de mitad de período
- J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: Examen de mitad de período
- K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas: Informe de progreso
- L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
- M. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso

CE160/INF/9

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

- A. 70.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

**Anexo C**

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

<b>President / Presidente:</b>	Dr. Rubén A. Nieto (Argentina)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dr. Vishwanath Partapsingh (Trinidad and Tobago)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Dra. Lucrecia Hernández Mack (Guatemala)

**MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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.

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

Dra. Mariana Fernández Wiedmann  
Profesional de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales  
Ministerio de Salud de la Nación  
Buenos Aires

**ARGENTINA**

Delegates – Delegados (*cont.*)

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

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi  
Secretário-Executivo  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

Sr. Alexandre Fonseca Santos  
Diretor, Programa de Secretaria Executiva  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves  
Técnico Especializado de Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

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

Sr. Rodrigo de Carvalho Dias Papa  
Segundo Secretário, Representante Alterno  
do Brasil junto à Organização dos Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Francisco Adriaola  
Coordinador de Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Vásquez Camacho  
Ministra Consejera, Representante Alternata  
de Colombia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Lcda. Libna Elubina Bonilla Alarcón  
Ministra Consejera, Representante Alternata  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

**PANAMA/PANAMÁ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. José Luis Vásquez  
Funcionario de la Dirección de Asuntos  
Internacionales y Cooperación Técnica  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

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

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

Ms. Katie Qutub  
Health Systems Officer  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

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

**CANADA/CANADÁ**

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

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

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

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



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

**CANADA/CANADÁ** (cont.)

Mr. Sudeep Bhattarai  
Senior Health Advisor  
Department of Foreign Affairs, Trade  
and Development  
Ottawa

Ms. Renukah Koilpillai  
Intern  
Permanent Mission of Canada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

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

**MEXICO/MÉXICO**

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

**PERU/PERÚ**

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

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

Sr. Julia Virna Ruiz  
Tercera Secretaria, Representante Alternas  
de Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

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

**SPAIN/ESPAÑA** (cont.)

Sr. D. Fabián Gutiérrez  
Becario, Misión Observadora Permanente de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Ms. Ideli Salvatti

**World Bank/  
Banco Mundial**

Dr. Fernando Lavandez

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

**American Society for  
Microbiology/Sociedad Americana de  
Microbiología**

Dr. Prasad Kuduvali

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Mrs. Lily Waterston

**Mundo Sano**

Lic. Marcelo Abril

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

Ms. Vina HuLamm

**U.S. Pharmacopeia**

Mr. Damian Cairatti

Ms. Annie Toro

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

Dra. Carmen del Pilar Tello Espinoza

**SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES**

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

Mr. John Fox

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

Ms. Karen Linda Ortíz Finnemore

Mr. Alfredo Campos Lacoba

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Scott Shauf  
Senior Legal Advisor, Office of the  
Legal Counsel  
Asesor Legal Senior, Oficina del Asesor  
Jurídico

Ms. Piedad Huerta  
Senior Advisor, Governing Bodies Office  
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos  
Directivos

- - -