



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

CD50/FR (Esp.)
1 de octubre del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	7
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales	7
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Establecimiento de la Comisión General	8
Adopción del orden del día	8
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	8
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo	12
Asuntos relativos a la política de los programas	
Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/ Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS	12
Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas.....	15
Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana	17
Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica	19
Situación de los Centros Panamericanos	21
Plan de acción de hospitales seguros	22
Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	23
La salud y los derechos humanos.....	26
Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica.....	28
Fortalecimiento de los programas de inmunización.....	30
Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita	32
Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas	34
Salud, seguridad humana y bienestar	36
Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública	38
Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable.....	41
Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos	45

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos relativos a la política de los programas (cont.)

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas	48
---	----

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	50
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009	51
Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	53
Sueldo del Director y modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	53

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR)	54
---	----

Premios

Premio OPS en Administración 2010	54
Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud pública interamericana 2010	54
Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética 2010	55
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal 2010	55
Otros premios de PAHEF/OPS	56
Reconocimiento de los Campeones de la Salud de la OPS.....	56

Asuntos de información general

Presupuesto por programas de la OMS.....	56
A. Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución	56
B. Anteproyecto de Presupuesto por programas 2012-2013	58
Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS	60
Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015	62
Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos.....	62
30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas	63

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informes de avance en materia de asuntos técnicos.....	64
A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	64
B. Actualización sobre la pandemia (H1N1) 2009	66
C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud	68
D. Iniciativa regional de datos básicos en salud y perfiles de país	69
E. [Movido a Asuntos relativos a la política de programas como CD50/26]	
F. Ejecución de la Estrategia regional y el Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud	70
G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita	72
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	74
A. 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud	74
B. Cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos	74
Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros	75
A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)	75
B. Plan Maestro de Inversiones de Capital	76
C. Situación del Comité de Auditoría de la OPS	77
Otros asuntos	77
Clausura de la sesión	78
Resoluciones y decisiones	
<i>Resoluciones</i>	
CD50.R1 Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	79
CD50.R2 Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.....	79

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CD50.R3	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, México y Suriname.....	82
CD50.R4	Sueldo del Director y modificaciones del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	83
CD50.R5	Fortalecimiento de los programas de inmunización.....	84
CD50.R6	Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco	86
CD50.R7	Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.....	88
CD50.R8	La salud y los derechos humanos.....	89
CD50.R9	Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos	92
CD50.R10	Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana	94
CD50.R11	Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica.....	95
CD50.R12	Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.....	98
CD50.R13	Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica.....	102
CD50.R14	Centros Panamericanos	104
CD50.R15	Plan de acción de hospitales seguros	106
CD50.R16	Salud, seguridad humana y bienestar	108
CD50.R17	Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas	109

Decisiones

CD50(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	112
CD50(D2)	Elección de la Mesa Directiva.....	112
CD50(D3)	Establecimiento de la Comisión General	112
CD50(D4)	Adopción del orden del día	112

ÍNDICE (cont.)

Página

Decisiones (cont.)

CD50(D5)	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Costa Rica	113
----------	---	-----

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 62.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010. El Consejo aprobó 17 resoluciones y tomó cinco decisiones, que se encuentran al final de este informe. El orden del día y la lista de participantes figuran en los anexos A y C, respectivamente.

2. La doctora Esperanza Martínez (Paraguay, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), la señora Kei Kawabata (Gerente del Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo), el señor José Miguel Insulza (Secretario General de la Organización de los Estados Americanos) y el señor Bill Corr (Secretario Adjunto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de América, país anfitrión). La doctora Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud) también se dirigió al Consejo por medio de un video. El texto de los discursos se encuentra en la página web del 50.º Consejo Directivo.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Chile, Jamaica y Nicaragua para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD50[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (Decisión CD50[D2]):

<i>Presidencia:</i>	México	(Dr. José Ángel Córdoba Villalobos)
<i>Vicepresidencia:</i>	Perú	(Dr. Oscar Ugarte Ubilluz)
<i>Vicepresidencia:</i>	Santa Lucía	(Exmo. Sr. Keith Mondesir)
<i>Relatoría:</i>	Canadá	(Dra. Karen Dodds)

¹ Sitio web del 50.º Consejo Directivo [consultado el 2 de febrero del 2011]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=en

5. La doctora Mirta Roses (Directora de la OSP) fue la Secretaria ex officio y el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto de la OSP) actuó como Secretario Técnico.

Establecimiento de la Comisión General

6. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Cuba, Panamá y Uruguay para integrar la Comisión General (decisión CD50[D3]).

Adopción del orden del día (documento CD50/1, Rev. 2 y Rev. 3)

7. El Consejo adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CD50/1, Rev. 2, con una modificación: el informe de avance sobre la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (tema 8.6-E) fue trasladado de los asuntos de información general a los asuntos relativos a la política de los programas (decisión CD50[D4]). El Consejo también adoptó el programa de reuniones (documento CD50/WP/1, Rev.1).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD50/2)

8. El doctor Celsius Waterberg (Suriname, Relator del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2009 y septiembre del 2010, haciendo hincapié en los temas que el Comité había examinado pero que no se habían sometido a la consideración del 50.º Consejo Directivo y señaló que informaría sobre otros temas a medida que fueran abordados por el Consejo. Entre los temas que no se habían sometido a la consideración del Consejo se encontraban el de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS, el Informe Anual de la Oficina de Ética, un informe sobre los proyectos financiados con recursos de la Cuenta Especial, información actualizada sobre la reforma de las contrataciones en la OPS, las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y la intervención de un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS. Los detalles de las deliberaciones y las medidas adoptadas acerca de esos asuntos constan en el informe final de la 146.ª sesión del Comité Ejecutivo (documento CE146/FR).

9. El Consejo agradeció la labor de los integrantes del Comité y tomó nota del informe.

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD50/3, Rev. 1)

10. Tras la proyección de un video en el que se brindó un panorama del trabajo de la Organización durante el año anterior, la Directora presentó su Informe Anual, cuyo tema

fue “Promoción de la salud, el bienestar y la seguridad humana en la Región de las Américas”. Puso de relieve algunas de las maneras en que la cooperación técnica de la OPS había contribuido a la seguridad humana en los Estados Miembros con respecto a siete áreas principales: la economía de la salud, la seguridad alimentaria, el medio ambiente, la seguridad personal, la seguridad de la comunidad, la protección social y el control de enfermedades, citando ejemplos específicos de actividades llevadas a cabo en cada área. Los principales sucesos en el ámbito de la salud pública que se produjeron en la Región durante el 2009 y el 2010, entre ellos la pandemia de gripe y los terremotos devastadores de Haití y Chile, habían sido recordatorios penosos de la importancia de la salud y la seguridad humana, y del nexo entre ambas. Esos sucesos también habían sido recordatorios vívidos de que la seguridad humana era tan importante como la seguridad nacional y la seguridad material.

11. Durante el año, la OPS había apoyado los esfuerzos de los Estados Miembros para hacer frente a los efectos de la crisis económica mundial con soluciones financieras sostenibles, una distribución más equitativa de los escasos recursos y la reorganización de los sistemas de salud con un enfoque centrado en la atención primaria. Por ejemplo, la OPS había trabajado con instituciones de seguridad social y fondos usando un enfoque de atención primaria para mejorar la administración y la asignación de recursos en los servicios de salud con miras a reducir la demanda de atención hospitalaria, ampliar la atención ambulatoria y domiciliaria, garantizar la detección y el tratamiento más oportunos de las enfermedades crónicas e incorporar la promoción de la salud en todos los niveles de atención.

12. En el área de la seguridad alimentaria, la OPS había apoyado los esfuerzos para mejorar la detección temprana, el tratamiento y el seguimiento de la desnutrición grave aguda y también había patrocinado proyectos orientados a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de los niños y combatir la anemia en los niños y las embarazadas. A fin de mejorar la inocuidad de los alimentos, la Organización había apoyado las medidas encaminadas a armonizar la legislación en materia de inocuidad de los alimentos, así como la reglamentación y la inspección, y había proporcionado cooperación técnica para la formulación de políticas y planes en el campo de la inocuidad de los alimentos a nivel de país.

13. Con respecto a la seguridad ambiental, personal y comunitaria, la OPS había colaborado con otros organismos de las Naciones Unidas a fin de apoyar la publicación del Atlas del Riesgo Ambiental de la Niñez de Argentina y estaba ayudando a preparar un manual de procedimientos para combatir la contaminación ambiental y herramientas para detectar problemas de salud conexos a nivel local y responder a ellos. Este método se pondría a disposición de otros Estados Miembros con objeto de promover la producción de herramientas similares. Las iniciativas en relación con la seguridad personal y comunitaria habían incluido el apoyo a las autoridades sanitarias locales para formar capacidad con respecto a la salud ocupacional y medidas orientadas a abordar la violencia en el lugar de

trabajo y otras formas de violencia, en particular la violencia de género y la violencia en los jóvenes. Además, la Organización había colaborado con las autoridades nacionales y departamentales a fin de aumentar el acceso a la atención de salud y mejorar la calidad de vida y el estado de nutrición de las personas desplazadas por la violencia y los desastres.

14. El apoyo de la OPS a los preparativos para una pandemia durante los años anteriores había posibilitado la firme respuesta a la pandemia (H1N1) 2009. La Organización había movilizado rápidamente equipos interdisciplinarios de expertos y había proporcionado ayuda para la vigilancia de las enfermedades respiratorias, el control de infecciones, el diagnóstico de laboratorio y la comunicación de riesgos. También había trabajado para garantizar el acceso de los Estados Miembros a la vacuna contra la gripe pandémica por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas.

15. Una parte sumamente importante del trabajo de la OPS para promover la seguridad humana durante el año había sido su apoyo a Haití y Chile después de los terremotos. En ambos países, la Organización había desempeñado una función crucial en la coordinación de la labor de socorro en el sector de la salud. En Haití, la OPS había coordinado las actividades de equipos de médicos y consultorios móviles extranjeros. En Chile, una contribución clave de la OPS había sido el apoyo a la formulación y la ejecución de un plan integral de salud ambiental, un plan de acción de salud mental, y una estrategia y un manual sobre la atención de personas con discapacidades después de los desastres.

16. La seguridad humana prometía seguir siendo un punto importante de la cooperación técnica de la OPS, en particular considerando la interdependencia creciente entre los pueblos y los países de la Región y de todo el mundo. Las disparidades entre los más privilegiados y los desfavorecidos seguirían creando situaciones de inestabilidad que deberían abordarse prestando atención a todos los componentes de la seguridad humana, haciendo hincapié en la disminución de las inequidades, puesto que ninguna persona, familia, comunidad o país podía estar completamente seguro cuando la seguridad de otros corría riesgo. Ese era el mensaje que las autoridades sanitarias debían subrayar al abogar por mayores inversiones en salud pública, el fortalecimiento de los sistemas de salud y una acción intersectorial para abordar todos los aspectos de la seguridad humana. Por su parte, la OPS seguiría promoviendo la salud como factor fundamental que contribuía a la seguridad humana y a una mejor calidad de vida para todos los pueblos de la Región de las Américas.

17. El Consejo elogió a la OPS por el trabajo realizado durante el año y felicitó a la Directora por su informe, en el que se destacaba la función crucial de la salud con respecto a la seguridad humana y en el programa nacional y regional de desarrollo. Se reconoció que había una mayor interdependencia entre el nivel local y mundial con respecto a los asuntos de salud y una mayor comprensión del hecho de que los problemas de salud no respetaban los límites nacionales, como había quedado muy en claro con la pandemia (H1N1) 2009, que se había propagado rápidamente y había planteado una amenaza para la

seguridad humana en todo el mundo. Los delegados aplaudieron la respuesta veloz y decisiva de la OPS a la pandemia y subrayaron la necesidad de una acción conjunta y de respuestas internacionales coordinadas a las enfermedades que podían propagarse a escala mundial. También agradecieron los esfuerzos de la OPS para facilitar el acceso a la vacuna contra la gripe pandémica. Se señaló que la respuesta a la pandemia había brindado la oportunidad de destacar la importancia de la vacunación contra otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión y la rubéola. Se manifestó la importancia de mantener una cobertura de vacunación elevada contra esas enfermedades a fin de alcanzar las metas de eliminación de enfermedades a escala regional y mundial.

18. Varios delegados subrayaron la necesidad de una respuesta mundial a la epidemia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles e instaron a los funcionarios de salud de todos los Estados Miembros a que participaran en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que tendría lugar en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York en septiembre del 2011. Las enfermedades crónicas eran una amenaza grave para la seguridad humana y el desarrollo, y se necesitaba un compromiso político y un enfoque multisectorial, que abarcaba el sector financiero, las relaciones exteriores, la educación, el comercio y el sector agropecuario, para abordarlos. Se consideraba especialmente urgente abordar las tasas crecientes de obesidad y otros factores de riesgo de enfermedades crónicas en los niños. Al mismo tiempo se señaló que seguía habiendo amenazas infecciosas graves para la salud en la Región y que algunas de ellas, como el dengue, estaban siendo exacerbadas por el cambio climático y ambiental. Se necesitaba una estrecha colaboración entre los países para controlar esas enfermedades y mitigar los factores ambientales y sociales que contribuían a su persistencia. El Delegado de Brasil señaló que su país patrocinaría la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud en octubre del 2011. Ese evento brindaría a los países la oportunidad de reunirse para efectuar una evaluación detallada de las repercusiones de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida.

19. Los delegados mencionaron otros asuntos que requerían atención constante tanto de la Oficina como de los Estados Miembros, señalando que muchos de ellos figuraban en el orden del día del Consejo. Uno era la reforma de los sistemas de salud y el reto de lograr una cobertura universal. Un reto estrechamente relacionado era el financiamiento de la atención de salud. Los delegados instaron a la OPS a que ayudara a los Estados Miembros a desarrollar sistemas que les permitieran utilizar los recursos limitados con la mayor eficiencia posible. Se subrayó la necesidad de aumentar la transferencia de tecnologías y de promover la capacidad tecnológica en los países de la Región, especialmente para la producción de vacunas y otros productos farmacéuticos, así como la importancia de vigilar y evaluar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular los objetivos 4 (reducir la mortalidad en la niñez) y 5 (mejorar la salud materna). A este respecto, se instó a los Estados Miembros a que adoptaran el marco

mundial de rendición de cuentas que las Naciones Unidas estaban elaborando junto con los gobiernos y otros interesados directos para facilitar los informes y el seguimiento del progreso en el campo de la salud maternoinfantil. Varios delegados manifestaron la importancia de las actividades de control del tabaco, especialmente con el fin de contrarrestar los intentos de la industria tabacalera de vender productos de tabaco a los niños y la población joven. También se subrayó la importancia del esfuerzo sostenido para eliminar enfermedades desatendidas tales como la enfermedad de Chagas, la oncocercosis y el tracoma, y se destacó la necesidad de seguir combatiendo la infección por el VIH/sida y la estigmatización y discriminación vinculadas a estas enfermedades.

20. La Directora agradeció a los delegados sus comentarios y la información suministrada sobre las iniciativas de salud en marcha en sus respectivos países. Reconoció la importancia creciente del tema de las enfermedades crónicas y dijo que se suministraría mayor información sobre las actividades de la Organización en ese sentido durante las deliberaciones acerca del informe sobre el progreso realizado con respecto a la ejecución de la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud (véanse los párrafos 257 a 266).

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

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo (documento CD50/4)

22. El Consejo eligió a Estados Unidos de América, Granada y Perú para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de Bolivia, México y Suriname, cuyos mandatos habían llegado a su fin.

23. El Consejo aprobó la resolución CD50.R3 en virtud de la cual se declaró a Estados Unidos, Granada y Perú miembros elegidos para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años, y se agradeció a Bolivia, México y Suriname los servicios prestados.

Asuntos relativos a la política de los programas

Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS (documento CD50/5)

24. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado la metodología para evaluar la ejecución del Programa y Presupuesto 2008-2009 y el Plan Estratégico para el período 2008-2012 y había recibido un informe sobre los resultados preliminares de la evaluación. El Comité había quedado complacido al escuchar que la mayoría de los objetivos estratégicos y de los resultados previstos a nivel regional estaban bien encaminados y había instado a la Oficina a que

intensificara sus esfuerzos con respecto a aquellos que corrían el riesgo de no alcanzarse para fines del 2012.

25. Varios delegados habían comentado que la información presentada en el informe de evaluación parecía reflejar algunas incongruencias. Se había señalado, por ejemplo, que los Objetivos Estratégicos 5 y 9 estaban en último lugar en cuanto a la prioridad programática pero eran “superavitarios”, en tanto que los objetivos estratégicos clasificados en primero, segundo y tercer lugar eran “deficitarios”. Se había afirmado que, en vista de los problemas de financiamiento mostrados en el informe, quizá fuese aconsejable examinar el enfoque utilizado para determinar la prioridad de los objetivos estratégicos. Se había expresado apoyo a los esfuerzos de la Oficina para obtener más contribuciones voluntarias no destinadas a un fin específico a fin de cerrar las brechas de financiamiento señaladas en el informe. El Comité había instado a la Oficina a que aplicara las enseñanzas extraídas en el bienio 2008-2009 a su trabajo en el bienio actual y en el futuro, y a que siguiera integrando las perspectivas de género e interculturales en todos sus programas y actividades. El Comité también había aplaudido el progreso de la Oficina con respecto a la implantación de la gerencia basada en resultados.

26. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) informó que la Organización estaba bien encaminada para alcanzar todos los objetivos estratégicos del Plan Estratégico 2008-2012. A fines del primer bienio del período abarcado por el Plan Estratégico, sólo cuatro de los 16 objetivos se consideraban con algún riesgo de no alcanzarse para fines del 2012 y ninguno estaba “con problemas” (es decir, con probabilidad de no lograrse). La tasa de ejecución presupuestaria había sido del 94% para el bienio: 99% del presupuesto ordinario y 89% de la parte del presupuesto proveniente de otras fuentes (principalmente contribuciones voluntarias). Se habían movilizado \$281 millones² de otras fuentes, con los cuales se había cubierto 81% de la brecha de financiamiento del bienio.

27. Habida cuenta de las observaciones del Comité Ejecutivo, la Oficina había aclarado la información contenida en el informe en cuanto a la convergencia de la clasificación según la prioridad programática de los objetivos estratégicos con la asignación de fondos. Esa relación se ilustraba en la figura 9 del documento CD50/5, que mostraba claramente que había un alto grado de divergencia. Esa situación se debía a dos factores: 65% del presupuesto ordinario se asignaba a costos de personal y la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización estaban destinadas a fines específicos. Esos dos factores dificultaban la redistribución de recursos entre objetivos estratégicos para salvar las brechas de financiamiento.

² A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en este informe se expresan en dólares de Estados Unidos.

28. El Consejo Directivo acogió con beneplácito el progreso realizado hacia el logro de los objetivos estratégicos y aplaudió la transparencia y el compromiso con la gerencia basada en resultados que se veían en el informe. Ese progreso se consideró particularmente loable en vista de los retos imprevistos que habían surgido durante el bienio, en particular la crisis económica y financiera, la pandemia (H1N1) 2009 y varios desastres naturales en la Región. Los delegados elogiaron la estructura y el grado de detalle del documento, que les permitieron analizar las actividades emprendidas respecto de los diversos objetivos estratégicos y el presupuesto destinado a cada uno, incluidas las contribuciones voluntarias. Se solicitó información sobre la forma en que la Oficina asignaba prioridad a las contribuciones voluntarias (por ejemplo, por país, por subregión, por carga de morbilidad o según otro criterio). Se esperaba que la Oficina empleara el mismo método de evaluación en los bienios futuros a fin de que la información presentada fuese comparable y de facilitar la evaluación del progreso con respecto a los puntos de referencia indicados en el 2007.

29. Se expresó inquietud acerca de la divergencia evidente de la asignación de recursos del presupuesto con la asignación de prioridades a los objetivos estratégicos, y se instó a la Oficina a que siguiera tratando de cerrar las brechas de financiamiento, en particular mediante la movilización de una proporción mayor de contribuciones voluntarias no destinadas a un fin específico, de determinar las barreras para la ejecución y de reorientar recursos según fuese necesario. Se expresó especial interés acerca de Objetivo Estratégico 4 (reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas), el cual, según el informe, a pesar de haber recibido la máxima prioridad programática era deficitario y presentaba un gran desajuste. Se sugirió también que se aumentara la proporción del presupuesto asignada al fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de la cobertura universal, y que la Oficina examinara algunos indicadores con miras a que las metas previstas se plasmaran en un progreso real, especialmente con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Se instó a los Estados Miembros a que prestaran atención minuciosa a las recomendaciones del informe sobre la ejecución de las políticas y los planes nacionales encaminados a lograr las metas establecidas en el Plan Estratégico.

30. El doctor Gutiérrez explicó que los fondos del presupuesto ordinario habían sido asignados de acuerdo con la Política del Presupuesto Regional por Programas (véanse los párrafos 33 a 40). En cuanto a las contribuciones voluntarias, si eran flexibles podían distribuirse entre los diversos objetivos estratégicos según fuese necesario, pero si estaban destinadas a fines específicos tenían que usarse para lo que hubiera determinado el donante. Las decisiones con respecto a la reasignación de recursos se tomaban cada seis meses, cuando se hacían las evaluaciones para determinar la medida en que se habían ejecutado los planes de trabajo bienales elaborados por las autoridades nacionales en

colaboración con el representante de la OPS/OMS. Aunque algunos recursos podían reorientarse para cubrir las brechas de financiamiento encontradas durante las evaluaciones, la capacidad de la Oficina para trasladar fondos estaba limitada por el hecho de que casi dos terceras partes del presupuesto ordinario se usaban para sufragar los costos asociados con los puestos de personal y era difícil transferir puestos de un área a otra. La Oficina era, sin embargo, consciente de los problemas de convergencia de los fondos y las prioridades programáticas, y estaba buscando maneras de rectificarlos.

31. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OSP), en respuesta a las observaciones sobre el objetivo estratégico 4, dijo que los equipos técnicos de su área estaban trabajando con los equipos homólogos a nivel subregional y de país para aprovechar mejor las herramientas de seguimiento y evaluación a fin de que la cooperación técnica de la Organización contribuyera de la forma más eficaz posible a la reducción de la morbilidad y la mortalidad en los niños y otros grupos vulnerables.

32. El Consejo tomó nota del informe.

Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CD50/6)

33. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado el método y el procedimiento propuestos para evaluar la Política del Presupuesto Regional por Programas adoptada en el 2004 y había recibido un informe sobre los resultados preliminares de la evaluación. Se había señalado al Comité que la política se había ejecutado correctamente y que, en términos generales, su formulación y ejecución habían sido un éxito tanto para la Oficina como para los Estados Miembros. No obstante, se había recomendado rever el umbral básico de financiamiento de la política, ya que en algunos casos se habían visto indicios de que el financiamiento mínimo posiblemente fuese demasiado bajo para mantener un nivel mínimo de operaciones. También se había recomendado flexibilizar la política a fin de que hubiera mayor discreción con respecto a la asignación de los fondos. El Comité consideraba que la evaluación era una prueba del compromiso de la Organización con la gerencia basada en resultados. Los delegados habían hecho hincapié en que en la evaluación se examinara la fórmula para la asignación de recursos teniendo en cuenta los nuevos retos y los cambios en las circunstancias, y que los recursos se asignaran con miras a proporcionar suficiente financiamiento para los objetivos estratégicos deficitarios o que corrían el riesgo de no lograrse para fines del 2012. Los delegados también habían subrayado la importancia de que las asignaciones a los Estados Miembros fueran suficientes para alcanzar las metas de los indicadores del Plan Estratégico y, en términos más generales, participar eficazmente en el trabajo de la Organización.

34. El señor David O'Regan (Auditor General de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) resumió los resultados principales de la evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas. La política se había ejecutado

correctamente en conformidad con los criterios aprobados por el 45.º Consejo Directivo mediante la resolución CD45.R6 y su fórmula estricta de asignación había constituido un método claro, transparente y uniforme para asignar recursos del presupuesto ordinario a los niveles regional, subregional y de país. Sin embargo, en la evaluación también se observó que la fórmula para la asignación había dejado poco margen de flexibilidad en la asignación de recursos, y la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) recomendó por consiguiente que se considerara la introducción de factores cualitativos en la política para dar mayor flexibilidad. Recordó que, durante las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema, él había sugerido que se incorporaran “elementos discrecionales” en la política; sin embargo, tras haber concluido la evaluación, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación opinaba que la discreción en las decisiones presupuestarias podría menoscabar la transparencia y la claridad y, por consiguiente, recomendaba introducir en cambio factores cualitativos bien definidos (por ejemplo, las necesidades especiales de los pequeños Estados insulares en desarrollo).

35. Tal como señalara el representante del Comité Ejecutivo, la evaluación había revelado que el umbral de asignación mínimo para algunos países había sido demasiado bajo, lo cual quedaba demostrado por la necesidad de movilizar recursos extrapresupuestarios adicionales con objeto de mantener un nivel mínimo de operaciones. En la evaluación también se había observado que las variables utilizadas en la fórmula para calcular el índice de necesidades de salud (esperanza de vida e ingresos per cápita) debían actualizarse al menos cada dos bienios para que siguieran siendo pertinentes. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación recomendó que se reviera el factor de nivelación demográfica incluido en el índice de necesidades de salud y que se consideraran otros métodos para nivelar el efecto de las diferencias en el tamaño de la población. También debía considerarse la introducción de topes para la asignación, además de los niveles mínimos actuales. Había un margen limitado para promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio con la política presupuestaria actual, ya que no era de índole programática. No obstante, el componente variable de la asignación a los países establecido en la política impulsaba a los países a realizar esfuerzos especiales con el propósito de alcanzar los Objetivos. El componente variable de la asignación a los países representaba sólo 2% del presupuesto ordinario total y quizá fuese demasiado poco.

36. La evaluación había revelado que la aplicación de la política a nivel subregional había tendido a ser menor que a nivel regional y de país. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación opinaba que quizá fuese útil designar un solo “propietario institucional” en la Oficina que asumiera la responsabilidad por la asignación de los recursos subregionales. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación también recomendó que se considerara la factibilidad, la conveniencia y las repercusiones de trasladar puestos regionales y subregionales de personal a países cuyas asignaciones del presupuesto ordinario fuesen pequeñas, lo cual podría tener implicaciones importantes para la distribución de los recursos en toda la Organización. También se debía considerar la

posibilidad de prorrogar la política presupuestaria actual durante el próximo bienio (2012-2013) a fin de dar tiempo suficiente a la Organización para formular la política siguiente y tomar una decisión al respecto, con miras a ejecutarla a partir del bienio 2014-2015.

37. En las deliberaciones que siguieron a la intervención del señor O'Regan, la Delegada de Barbados subrayó la necesidad de contar con suficiente financiamiento para poner en marcha la estrategia subregional de cooperación recientemente aprobada para la subregión del Caribe. Señaló que tal apoyo sería fundamental para el éxito de la transición al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) (véanse los párrafos 55 a 58).

38. El señor O'Regan agradeció a la delegada por haber señalado el tema de la cooperación subregional. El componente subregional de la Política del Presupuesto Regional por Programas había sido difícil de ejecutar desde el punto de vista tanto programático como presupuestario. Tal como había dicho, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación creía que la designación de un solo "propietario institucional" en la Oficina daría mayor claridad a las asignaciones subregionales.

39. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OSP) dijo que la Oficina procedería a preparar la próxima política del presupuesto regional por programas de conformidad con el plazo y el procedimiento establecidos en el documento CD50/6.

40. El Consejo tomó nota del informe.

Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD50/7)

41. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado las diversas opciones para modernizar el sistema de gestión de la Oficina que habían sido propuestas por un comité nombrado por la Directora para supervisar el proyecto de modernización y constaban en el documento CD50/7. El Comité había agradecido la comparación detallada de los principios rectores de la OPS y la OMS, que mostraba que la OPS tenía requisitos singulares que el Sistema Mundial de Gestión de la OMS (GSM) no podía satisfacer por completo. Aunque se había reconocido la necesidad de una plena integración con el GSM, era evidente que no se podría implantar el GSM sin algunas modificaciones.

42. El consenso de los miembros del Comité había sido que con las opciones 1(c) y 3 se evitarían las desventajas asociadas a la adopción del GSM sin modificaciones. Ambas opciones permitirían a la OPS mantener su autonomía y, al mismo tiempo, facilitarían el intercambio de información con la OMS. Sin embargo, los delegados habían expresado preocupación por la forma en que se financiaría el proceso de modernización y se habían mostrado renuentes a prever un posible aumento de las contribuciones señaladas para sufragar los costos. El Comité había pedido a la Oficina que proporcionara regularmente información actualizada sobre el costo del proceso.

43. Teniendo presente la situación jurídica independiente de la OPS y otros factores, el Comité había decidido recomendar las opciones 1(c) y 3 porque eran las más ventajosas para la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana y había solicitado un análisis más detallado de ambas opciones, incluidos los riesgos y costos de su implementación. El Comité también había pedido que se entablara un diálogo detallado con la OMS y otras entidades usuarias del GSM, así como con otros organismos de las Naciones Unidas que usaban software de planificación de recursos empresariales, y había solicitado a la Directora que presentara un plan financiero que incluyese propuestas con respecto a las fuentes de financiamiento del proceso de modernización.

44. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) proporcionó información actualizada sobre el trabajo realizado desde la reunión del Comité Ejecutivo de junio del 2010, que había comprendido una visita de una semana a la OMS para examinar diversos aspectos del GSM y visitas a otros organismos que estaban usándolo (por ejemplo, el ONUSIDA), a otros organismos de las Naciones Unidas que usaban sistemas de información gerencial diferentes y a los proveedores de tales sistemas. Basándose en ese trabajo y en un análisis posterior, la Oficina recomendaba la adopción de la opción 3, a saber, un software básico para la planificación de recursos empresariales con funcionalidades específicas de la OPS. Las razones de esa recomendación se detallaban en el párrafo 14 del documento CD50/7. La implementación de esa opción podría comenzar en julio del 2012 y duraría cerca de dos años, a un costo aproximado de \$20 millones, de los cuales se proponía que cerca de la mitad se financiara con recursos de la Cuenta Especial y la otra mitad con un cargo sobre la ocupación de puestos que se aplicaría a todos los puestos financiados por la OPS. En el párrafo 15 del documento CD50/7 se presentaba una descripción detallada de las etapas de la implementación.

45. El Consejo celebró la mayor información proporcionada acerca de las diversas opciones y las implicaciones de la decisión que debía tomarse y observó que en el informe se respondía a muchas de las inquietudes planteadas por el Comité Ejecutivo. Se acordó que debía preservarse la situación jurídica especial de la Oficina. Al mismo tiempo se subrayó que el sistema de la Oficina Sanitaria Panamericana debía integrarse plenamente con el GSM y se señaló que redundaría en beneficio tanto de la Oficina como de la OMS que sus respectivos sistemas de información gerencial fueran compatibles en la mayor medida posible. El Consejo decidió que, por todas las razones mencionadas por la Oficina, la opción 3 era la mejor para cumplir esas condiciones. Sin embargo, varios delegados solicitaron más información acerca del concepto de un cargo por ocupación de puestos.

46. El doctor Gutiérrez agradeció el apoyo del Consejo a la propuesta de la Oficina y garantizó a los Estados Miembros que el Sistema de Información Gerencial de la Oficina sería plenamente compatible con el GSM. Al igual que las demás regiones, la OPS ya estaba proporcionando toda la información que la OMS requería y el futuro Sistema de

Información Gerencial de la Oficina reuniría todos los requisitos del GSM. Tal vez no fuese posible una integración completa, ya que los dos sistemas eran diferentes, pero por medio de interfaces la Oficina podría cumplir todos los requisitos de la OMS en materia de informes.

47. Explicó que el cargo por ocupación de puestos ya se había usado en la OMS con el propósito de financiar algunas de sus funciones y, de hecho, ya se aplicaba a todos los puestos financiados por la OMS en la Región de las Américas. Se preveía introducir un cargo similar, quizás de 8% a 12%, para todos los puestos de la OPS, que proporcionaría recursos suficientes para financiar la opción 3.

48. La Directora observó que la cuestión de los sistemas de computación era compleja y que no era fácil decidir qué opción era la mejor porque muchos de los participantes en el proceso, incluida ella misma, no eran expertos en informática. Creía que los Estados Miembros comprendían la complejidad del asunto y agradecía su apoyo y aportes para que la Oficina tomara una decisión acertada sobre la forma de proceder. Como había dicho en ocasiones anteriores, tenía ciertas inquietudes con respecto a la integración de la Oficina con la OMS. No obstante, reconocía que el Artículo 54 de la Constitución de la OMS preveía tal integración y era profundamente consciente de que, como Directora, su función era gerencial y administrativa, y debía respetar las decisiones de política tomadas por los Estados Miembros. Por ese motivo había avanzado con mucha cautela con la selección del Sistema de Información Gerencial acertado para la Oficina.

49. El Consejo aprobó la resolución CD50.R10, en virtud de la cual se aprobó la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina con el software comercial para la planificación de recursos empresariales, se aprobó el uso de hasta \$10 millones de la Cuenta Especial para la modernización y se solicitó a la Directora que iniciara los preparativos detallados del proyecto, buscara otras fuentes de financiamiento e informara al Consejo Directivo en el 2011 sobre el progreso realizado.

Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica (documento CD50/8)

50. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había acogido con satisfacción la propuesta de instaurar un procedimiento estandarizado para formalizar las relaciones entre la OPS y las instituciones nacionales mediante su designación como Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica. Sin embargo, varios delegados habían opinado que el término “institución nacional asociada con la OPS para la cooperación técnica”, tal como se había definido en el documento CE146/12, no se aplicaba a algunas de las instituciones mencionadas. Las instituciones privadas, las asociaciones profesionales y académicas, y las organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo, eran entidades autónomas y, aunque trabajaran bien en coordinación con los ministerios de salud, no podían estar sujetas a su

orientación. Otros delegados habían diferido, subrayando que todas las actividades en relación con la salud pública debían seguir la orientación de las autoridades sanitarias nacionales. Varios delegados también habían señalado que no debía permitirse que las instituciones se propusieran a sí mismas como candidatas para la designación de instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica, sino que debían ser propuestas por los ministerios de salud. Se había indicado que se incorporara el concepto de seguimiento en el procedimiento propuesto y que los ministerios de salud desempeñaran un papel decisivo en el seguimiento de las actividades de las instituciones nacionales reconocidas de acuerdo con la política y el procedimiento propuestos.

51. El Comité había aprobado la resolución CE146.R17, en la que se recomendaba que el 50.º Consejo Directivo aprobara una nueva categoría de relaciones con instituciones a ser conocida como “instituciones nacionales asociadas con la Organización Panamericana de la Salud para la cooperación técnica”, cuya definición se había modificado teniendo en cuenta las observaciones del Comité.

52. El Consejo también acogió con beneplácito el procedimiento propuesto para reconocer las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica. Se señaló que la formalización de las relaciones entre la OPS y tales instituciones ayudaría a fortalecer la capacidad a nivel nacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y otras metas conexas. Los delegados expresaron confianza en la capacidad de la OPS para servir de catalizador y coordinador de iniciativas conjuntas entre los sectores público, privado y de la sociedad civil, pero también señalaron que sería necesario resolver algunos detalles de la propuesta cuando se formalizaran los arreglos con las instituciones nacionales. Por ejemplo, había que aclarar la relación entre las cartas de acuerdo y el procedimiento de formalización, ya que no resultaba claro si las cartas de acuerdo abarcaban la asignación de recursos o la formalización real de la relación entre la OPS y la institución nacional. También era necesario aclarar la relación de colaboración de la OPS con tales instituciones nacionales y con los centros colaboradores de la OMS, en particular con respecto a las instituciones que desempeñaban ambas funciones. Varios delegados dijeron que aguardaban con interés la formalización de las relaciones entre la OPS e instituciones de sus países.

53. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) observó que la tarea de establecer procedimientos para seleccionar las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica concordaba con la política de cooperación técnica centrada en los países y con el deseo de la Oficina de aprovechar la pericia nacional y optimizar las sinergias en su trabajo con los países. La Oficina tendría cuidado de que no hubiera ningún conflicto entre las relaciones con las instituciones nacionales en el marco del nuevo arreglo y las relaciones actuales con los centros colaboradores de la OMS, y de que el trabajo de las instituciones nacionales complementara pero no duplicara el trabajo de los centros

colaboradores de la OMS. El nuevo procedimiento se examinaría regularmente y se harían los ajustes necesarios.

54. El Consejo aprobó la resolución CD50.R13, mediante la cual se adoptaron los procedimientos para la selección, la designación y el seguimiento de las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica.

Situación de los Centros Panamericanos (documento CD50/9)

55. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, durante las deliberaciones del Comité sobre este tema, se había expresado inquietud acerca de la función del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en lo que se refiere al apoyo de laboratorio a los Estados del Caribe, en particular en vista de la fusión de las cinco instituciones de salud pública subregionales del Caribe, incluido el CAREC, en el nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), que se preveía que estuviera funcionando a plenitud para mediados del 2014. La Subdirectora había asegurado al Comité que la Organización estaba proporcionando el apoyo necesario para facilitar la transición al CARPHA, que asumiría todas las funciones del CAREC, incluidas las relacionadas con el apoyo de laboratorio.

56. El Comité había aprobado la resolución CE146.R9, en la cual recomendaba que el 50.º Consejo Directivo aprobara una resolución para tomar nota del traslado satisfactorio de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá al Consejo Directivo del Instituto e instar a los Estados Miembros a que siguieran colaborando con la Oficina a fin de determinar si los centros panamericanos seguían siendo la modalidad más apropiada y eficaz de cooperación técnica y, en los casos en que correspondiera, transferir su administración y operaciones a los Estados Miembros o a organizaciones subregionales.

57. En el debate subsiguiente del Consejo, varias delegaciones expresaron apoyo a la creación del CARPHA y agradecieron el apoyo continuo de la OPS al proceso de transición. Se señaló que la transición estaba teniendo lugar en el contexto de una crisis económica y financiera mundial, razón por la cual el apoyo continuo de la Organización era crucial. El Delegado de Perú informó que, el 2 de octubre del 2010, la OPS y su gobierno habían celebrado un acuerdo sobre la transformación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en el Equipo Técnico Regional en Agua y Saneamiento (ETRAS) y dijo que era necesario modificar en consecuencia el párrafo 3(d) del proyecto de resolución sobre este tema (contenido en el documento CD50/9).

58. El Consejo aprobó la resolución CD50.R14 con la modificación relativa al CEPIS.

Plan de acción de hospitales seguros (documento CD50/10)

59. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había apoyado firmemente el plan de acción propuesto sobre los hospitales seguros y había elogiado a la OPS por su iniciativa para mejorar la capacidad de recuperación de los hospitales de la Región tras los desastres. Varios delegados habían descrito el trabajo en curso en su país para mejorar la seguridad de los edificios y las instalaciones nosocomiales, en tanto que otros habían descrito diversos programas para evaluar los hospitales sobre la base del índice de seguridad hospitalaria. Varios habían señalado que el índice había proporcionado la credibilidad necesaria para persuadir a políticos y funcionarios a cargo de las finanzas de que se necesitaban cambios y mejoras. Los delegados habían subrayado la necesidad de cooperación técnica y capacitación a fin de que los Estados Miembros pudieran ejecutar el plan de acción. También se había destacado la necesidad de que se investigasen los posibles métodos de construcción de hospitales que resistieran tanto huracanes como terremotos.

60. El Comité había aprobado la resolución CE146.R6, mediante la cual se recomendaba que el 50.º Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

61. El Consejo Directivo acogió con beneplácito el plan de acción de hospitales seguros. Varios delegados elogiaron el índice de seguridad hospitalaria, afirmando que era muy útil para determinar las vulnerabilidades de los hospitales. Algunos países ya lo habían usado; otros lo aplicarían a sus hospitales en los próximos años con la ayuda de la Oficina. Varios delegados describieron las estructuras administrativas que habían implantado para coordinar la evaluación de la seguridad hospitalaria y los órganos administrativos que se encargaban de las medidas para mejorarla. Observaron que, gracias a la gran estima en la cual los políticos y los funcionarios encargados de las finanzas tenían a la OPS, se habían incorporado requisitos de seguridad en las especificaciones para edificios nosocomiales. Otros explicaron las normas que tanto los hospitales existentes como los nuevos tenían que cumplir para ser aprobados y los sistemas de capacitación que estaban utilizándose o creándose para los encargados de evaluar la seguridad hospitalaria.

62. Se sugirió ampliar el alcance del plan de acción a fin de que abarcara no solo los hospitales sino todos los establecimientos de salud y, además de los desastres naturales en el sentido usual, la protección de los hospitales contra los incendios. También se señaló que el plan de acción debía aplicarse no solo a establecimientos de salud nuevos sino también a los existentes, para que ellos también siguieran funcionando tras un desastre. Un delegado observó que era necesario no solo capacitar al personal de salud en cuanto a los procedimientos para hacer frente a desastres sino también enseñar a la población en general a reaccionar de forma apropiada en caso de una calamidad.

63. El doctor Jean Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) agradeció el apoyo de los Estados

Miembros al plan de acción. Explicó al Consejo que el plan abarcaba establecimientos de salud de todo tipo, no solo hospitales en el sentido estricto. Como quedaba de manifiesto en el objetivo 6 del plan, abarcaba también los establecimientos existentes, no solo los nuevos y los que se construyeran en el futuro. Instó a las delegaciones a que transmitieran a sus países el mismo entusiasmo que habían expresado con respecto al plan de acción de manera tal que, con el apoyo de los expertos técnicos y las autoridades políticas a nivel nacional, se pudiera poner en marcha este plan de acción y lograr que los 18.000 hospitales de la Región fuesen verdaderamente seguros.

64. El Consejo aprobó la resolución CD50.R15, mediante la cual se aprobó el plan de acción.

Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (documento CD50/11)

65. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había acogido con beneplácito la estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud, observando que ayudaría a los países a armonizar la formación de sus profesionales con las necesidades de salud de la población. Varios delegados habían subrayado la importancia de capacitar al personal que trabajaba en el nivel de la atención primaria con respecto al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se había aplaudido el énfasis de la estrategia en el uso de nuevos métodos y técnicas de enseñanza. En particular, las delegaciones habían celebrado el relieve dado a la creación de redes de aprendizaje en toda la Región, que permitirían a los países compartir cursos y programas en línea a un costo bajo o nulo, aunque se había señalado que el idioma quizá fuese una barrera para el uso de tales redes.

66. Varios delegados habían observado que en el documento sobre el tema no se mencionaba la necesidad de fortalecer la sensibilidad cultural y social del personal de atención primaria de salud que trabajaba, por ejemplo, en comunidades indígenas. Un delegado había expresado inquietud con respecto a la referencia en el documento a bienes públicos mundiales y al uso compartido de recursos educativos abiertos, y había subrayado la necesidad de respetar los derechos de autor y otros aspectos de la protección de la propiedad intelectual. La referencia a “bienes públicos mundiales” fue suprimida posteriormente del proyecto de resolución sobre el tema, que el Comité aprobó como resolución CE146.R8.

67. El Consejo acogió con beneplácito la estrategia, afirmando que contribuiría al logro de la atención de salud universal y de muchas metas de salud, como los niveles deseados de vacunación, que no podrían alcanzarse sin personal debidamente capacitado en atención primaria. Para fortalecer los sistemas de salud sobre la base de los conceptos fundamentales de la atención primaria sería necesario transformar la fuerza laboral y

cambiar la gama de competencias y combinaciones de aptitudes disponibles, tanto en el método de capacitación de los trabajadores de salud como en su despliegue y administración. Se destacó que el personal sanitario de todos los niveles tenía que comprender cabalmente el concepto de atención primaria de salud, que tendía a interpretarse de forma errónea como atención básica de salud solamente, y se señaló que un aspecto importante que faltaba en la estrategia era la capacitación de personal de nivel terciario en el enfoque de atención primaria. Además, la estrategia debía procurar que las competencias fueran apropiadas para el grado de complejidad de las tareas que debía llevar a cabo el personal sanitario, ya que en diferentes niveles se requerían competencias diferentes, lo cual, a su vez requería métodos de aprendizaje diferentes.

68. Varios delegados informaron que sus ministerios de salud estaban evaluando las lagunas en la competencia del personal sanitario y solicitaron el apoyo constante de la OPS para determinar con exactitud esas carencias y formular un plan de recursos humanos sanitarios que abarcara áreas tales como evaluación de necesidades, planificación de la fuerza laboral, selección y contratación, capacitación tanto local como en el extranjero, y retención. Algunos delegados también describieron cursos de capacitación y sistemas establecidos en sus países para la formación de personal médico de diversos niveles. Otros informaron también sobre campañas para impulsar a más profesionales de la salud a dedicarse a la atención primaria. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina dijo que su organización promovía la participación de los estudiantes de medicina en la atención comunitaria y proyectos rurales de extensión académica desde el comienzo de su formación médica a fin de que los estudiantes comprendieran mejor el enfoque de atención primaria de salud y de atraer más médicos a las carreras de medicina familiar y comunitaria. También opinó que promover la diversidad de los estudiantes de medicina, de forma tal que los médicos de mañana fuesen representativos de la diversidad cultural y geográfica de un país, sería una manera de aumentar el número de médicos que optaran por trabajar en entornos rurales y vulnerables. Varios delegados describieron el trabajo de sus países para capacitar estudiantes de medicina de otros países de la Región o, como en el caso de Cuba, la presencia de equipos de médicos de un país que trabajan como instructores en otros.

69. Algunos delegados opinaron que tanto en la estrategia como en el proyecto de resolución sobre el tema se debía hacer más hincapié en la necesidad de cultivar la sensibilidad cultural del personal sanitario y en el reconocimiento de que había diferentes visiones de la salud y de la forma de lograrla, incluido el uso de la medicina tradicional. Se subrayó que el conocimiento de los aspectos multiculturales de la salud debía incorporarse en la capacitación de todo el personal médico y se señaló que los grupos indígenas y otros grupos étnicos deberían trabajar junto con el personal de atención primaria de salud a fin de desarrollar la capacidad para prestar atención apropiada en sus comunidades. El proyecto de resolución fue modificado posteriormente en consecuencia.

70. El Consejo señaló que la capacitación por la Internet (ciberaprendizaje) tenía muchas ventajas. La Región contaba con abundante material didáctico y cursos, y el uso de redes permitiría compartirlos a un costo pequeño o nulo. Sin embargo, el método del ciberaprendizaje quizá fuese difícil de adoptar en algunos países debido a la falta de buena conectividad de internet. Los delegados describieron iniciativas de ciberaprendizaje en curso o en preparación: Suriname, por ejemplo, estaba estableciendo un programa de maestría en salud pública en línea en coordinación con la Universidad Tulane de Estados Unidos y Brasil había lanzado recientemente una universidad abierta financiada por el Ministerio de Salud, que estaba proporcionando capacitación en atención primaria de salud y salud familiar, conectada con el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. Se señaló que el Campus Virtual también debería ofrecer cursos en inglés.

71. Varios delegados, en particular de países del Caribe, señalaron que la contratación internacional de personal sanitario era una grave amenaza para sus sistemas de salud. Los países de recursos moderados gastaban sumas considerables en la capacitación de personal y no podían retenerlo. Era esencial que todos los Estados Miembros se adhirieran al Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario. Los Estados Miembros pidieron el apoyo de la Oficina y de otros países para evitar el debilitamiento de sus sistemas de salud como consecuencia de la reducción de su personal sanitario. Al mismo tiempo, se señaló que los gobiernos tenían que instilar en el personal la disposición a quedarse en sus países, en particular creando ambientes de trabajo favorables que motivaran al personal y fomentaran su avance profesional.

72. Un delegado expresó inquietud con respecto a párrafo 19 del documento CD50/11, que se refería a la formulación de una política de aprendizaje “dirigida a todas las entidades del sistema de salud”. Señaló que la puesta en práctica de ese aspecto de la estrategia sería difícil para los Estados Miembros que tenían un sistema de gobierno federal, ya que las decisiones acerca de los programas de estudios se tomaban a nivel subnacional. También señaló que el concepto de “bienes públicos globales” debía eliminarse del inciso *e* del párrafo 20, a fin de reflejar los cambios hechos por el Comité Ejecutivo en el proyecto de resolución, y subrayó que debían respetarse los derechos de autor y otras formas de protección de la propiedad intelectual.

73. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente interino del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, OSP) agradeció a los delegados los conocimientos y la experiencia que habían aportado. Estuvo de acuerdo con las observaciones acerca de la necesidad de incorporar el multiculturalismo en la capacitación de personal sanitario y dijo que la Oficina estaba apoyando la red de instituciones de capacitación de trabajadores de salud indígenas en la Región, proceso que continuaría y ampliaría.

74. El doctor Charles Godue (Asesor Principal sobre Recursos Humanos para el Desarrollo de la Salud, OSP) observó que la estrategia se basaba en una red de recursos de

aprendizaje y tenía por objeto no solo facilitar el acceso a programas de capacitación, sino más bien ofrecer un mecanismo compuesto para apoyar al personal de salud en todos los aspectos de su educación, posibilitando el intercambio de conocimientos y experiencia. Ese enfoque no solo daría lugar a un personal sanitario mejor capacitado, sino que también podría ayudar a los países a retenerlo. La red de capacitación debía proporcionar a los estudiantes tanto conocimientos teóricos como una comprensión práctica de los problemas que enfrentaban los países de la Región con relación a la atención de salud, incluidas las necesidades especiales de las comunidades indígenas, los problemas asociados a la migración del personal sanitario y otros temas planteados por el Consejo.

75. La Oficina era consciente de la preocupación por la necesidad de proporcionar recursos educativos en inglés y estaba trabajando para apoyar redes de aprendizaje en la subregión del Caribe de habla inglesa. Con respecto a las observaciones sobre los “bienes públicos globales” y el tema de los derechos de autor, se explicó que, aunque la referencia a los bienes públicos globales se había suprimido en la resolución, había quedado en el documento de estrategia porque el aspecto primordial de la estrategia era compartir recursos de educación de código abierto. En los casos en que hubiera derechos de autor, desde luego se los respetaría, pero el énfasis principal de la estrategia era que los países compartieran los recursos existentes por medio de redes abiertas, usando licencias como las que ofrecía la organización Creative Commons, en lugar de crear constantemente el mismo material didáctico.

76. El Consejo aprobó la resolución CD50.R7.

La salud y los derechos humanos (documento CD50/12)

77. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había acogido con satisfacción el documento conceptual sobre la salud y los derechos humanos como una contribución valiosa al análisis de la relación compleja entre la salud y los derechos humanos, y a la protección de los derechos relacionados con la salud. El Comité había opinado que el documento también sería útil para orientar la respuesta de la OPS a la demanda cada vez mayor de cooperación técnica con los Estados Miembros sobre asuntos relacionados con la salud y los derechos humanos. Los delegados habían afirmado el compromiso de sus gobiernos con el principio, consagrado en la Constitución de la OMS, de que todo ser humano tenía derecho a gozar del grado máximo de salud que se pudiera lograr. Sin embargo, se había señalado que, aunque algunos países reconocían ese derecho en su constitución y legislación, no era un derecho legalmente exigible de acuerdo con la ley nacional de todos los países, en particular aquellos en los cuales la responsabilidad por la salud estaba comprendida en la jurisdicción de niveles subnacionales de gobierno. También se había señalado que los instrumentos de derechos humanos mencionados en el documento no se aplicaban de manera uniforme a todos los Estados Miembros.

78. El Comité había expresado acuerdo general con el contenido del documento conceptual y había apoyado el proyecto de resolución sobre el tema. Sin embargo, se habían indicado varias mejoras y modificaciones para ambos. En vista de las muchas modificaciones propuestas para el proyecto de resolución, el Comité había decidido formar un grupo de redacción encabezado por la Delegación de México para alcanzar consenso sobre una versión revisada de la resolución. El texto revisado producido por el grupo de redacción posteriormente fue adoptado por el Comité como resolución CE146.R16.

79. El Consejo también recibió con beneplácito el documento conceptual y elogió a la OPS por su trabajo para poner de relieve los nexos entre la salud y los derechos humanos. En particular celebró el énfasis del documento en los derechos de los grupos en situaciones de vulnerabilidad. Varias delegaciones describieron las medidas tomadas en sus países para proteger los derechos de tales grupos y garantizar su acceso a servicios de salud apropiados. Algunos delegados señalaron que el derecho a la salud estaba consagrado en su constitución nacional. Varios también informaron que sus países habían establecido departamentos específicos en el ministerio de salud u otra dependencia gubernamental para tratar temas relativos a la salud y los derechos humanos. Se señaló, sin embargo, que a pesar de tales medidas seguían muriendo mujeres y niños en la Región por causas prevenibles, y persistían la discriminación y la estigmatización en el trato que los discapacitados, los ancianos, los migrantes, las personas infectadas por el VIH/sida, los profesionales del sexo y otros grupos vulnerables recibían del personal sanitario.

80. También se señaló que, para que las personas gozaran del grado máximo de salud que se pudiera lograr, era esencial garantizar la disponibilidad del saneamiento, el agua potable, la nutrición, viviendas adecuadas, condiciones de trabajo seguras, educación e información sobre la salud, y otros determinantes socioeconómicos de la salud. Varios delegados subrayaron la importancia de que las mujeres tuvieran acceso a información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a decidir cuántos hijos querían tener, así como a métodos de planificación de la familia, y estuvieran protegidas de la violencia sexual. Se subrayó la importancia de que los servicios de salud fueran culturalmente sensibles a fin de respetar los derechos relacionados con la salud de las poblaciones indígenas y otros grupos étnicos, así como de que se obtuvieran mejores resultados en materia de salud para tales grupos. También se destacó la importancia de la reforma del sector sanitario con un enfoque basado en los derechos. A este respecto, se señaló la necesidad de eliminar las prácticas de seguro de enfermedad discriminatorias, como la negación de la atención a las personas con trastornos preexistentes. La participación de los ciudadanos en la formulación de la política sanitaria se consideraba como un medio para garantizar el respeto de los derechos relacionados con la salud.

81. Se hizo hincapié en la necesidad de dar a conocer las disposiciones relacionadas con la salud de los instrumentos internacionales vinculantes en materia de derechos humanos, no solo a los profesionales de la salud sino también a las instancias normativas, abogados, jueces, las fuerzas del orden público y otras autoridades, así como la necesidad

de implantar leyes y políticas a nivel nacional para velar por la ejecución de los instrumentos de los cuales los Estados eran partes. Varios delegados señalaron la utilidad de la colaboración y el intercambio de experiencias entre los países a fin de seleccionar prácticas óptimas con respecto a la salud y los derechos humanos e impartir capacitación y cooperación técnica con objeto de formar capacidad y crear entornos favorables en los Estados Miembros para vigilar, evaluar y supervisar el cumplimiento de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos por parte de los servicios de salud. Se señaló que la propuesta contenida en el documento conceptual proporcionaría una base sólida para tal colaboración y para el trabajo en curso de la Organización con respecto a la salud y los derechos humanos.

82. El señor Javier Vásquez (Asesor de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos, OPS) agradeció el firme apoyo del Consejo al trabajo de la OPS en esta área y agradeció al Comité Ejecutivo su arduo trabajo para pulir el documento conceptual y el proyecto de resolución, cuyo fin último era lograr la equidad con respecto a la salud. La capacitación del personal de salud a fin de sensibilizarlo sobre sus obligaciones en el marco de los instrumentos de derechos humanos era una tarea importante para la Organización. En efecto, en varios países de la Región ya se habían hecho talleres sobre muchos de los asuntos específicos mencionados por el Consejo, incluidos los derechos de los discapacitados y los ancianos, y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Un reto para el futuro sería establecer indicadores que confirmaran el efecto positivo de los enfoques basados en los derechos; por ejemplo, en la reducción de la discapacidad y la prevención de enfermedades. Como paso para superar ese reto, la OPS había emprendido recientemente un análisis exhaustivo de la aplicación de los instrumentos de derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental en 18 países de la Región y en breve publicaría los resultados en un documento titulado “Apoyo a la ejecución de las políticas de salud mental en las Américas: Un enfoque basado en los derechos humanos. Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción”.

83. El Consejo aprobó la resolución CD50.R8 sobre este tema.

Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (documento CD50/13)

84. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había aplaudido las iniciativas de la OPS para reducir la desnutrición crónica y apoyado el enfoque multisectorial basado en pruebas científicas establecido en la estrategia. El Comité había opinado que la estrategia abordaría tanto los determinantes como los efectos de la desnutrición crónica y ayudaría a eliminar un problema de salud que seguía siendo preocupantemente prevalente en algunas partes de la Región. Sin embargo, también había indicado varias maneras en las cuales podrían mejorarse la estrategia y el plan de acción. Por ejemplo, se había sugerido que se especificara la norma de referencia utilizada para definir la talla baja para la edad y que en la estrategia y el plan de acción se

abordara tanto la sobrealimentación como la desnutrición, dado el aumento alarmante de la obesidad en la niñez en la Región. El Comité también había hecho varias indicaciones con respecto a las metas, los objetivos y los indicadores del plan de acción.

85. Se había subrayado la importancia del seguimiento y la evaluación del progreso en el marco del plan de acción y de los programas y las iniciativas nacionales, y se había indicado que en los procesos de evaluación participaran varias instituciones a fin de garantizar una evaluación objetiva e independiente. Se había instado a la Oficina a que formara un equipo técnico interno para asistir a los países con los procesos de planificación, ejecución, vigilancia y evaluación. Se habían hecho varias modificaciones, incluidas las referencias a los problemas del sobrepeso y la obesidad, en el proyecto de resolución sobre este tema, que el Comité Ejecutivo había aprobado como resolución CE146.R12, mediante la cual recomendaba que el 50.^o Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

86. En las deliberaciones subsiguientes del Consejo, los Estados Miembros expresaron un apoyo decidido a la estrategia y el plan de acción, y afirmaron su compromiso con el logro de las metas establecidas en el plan de acción. Particularmente se expresó apoyo a los componentes de la estrategia centrados en la formación de capacidad y el fortalecimiento de los sistemas de salud con el enfoque de atención primaria. Se señaló que la estrategia y el plan de acción contribuirían a la consecución de varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se destacaron los efectos a largo plazo de la desnutrición en la salud, el desarrollo y la productividad económica, y se subrayó la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos que contribuían a la desnutrición y de adoptar enfoques intersectoriales e interdisciplinarios. Se manifestó la importancia de promover la autosuficiencia alimentaria y un retorno a los regímenes alimentarios tradicionales y los alimentos autóctonos. La promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria apropiada también se consideraba como una estrategia clave para reducir la desnutrición.

87. Los delegados subrayaron la importancia de la atención prenatal y posnatal y de la vigilancia regular del crecimiento y el desarrollo a fin de detectar los niños en riesgo y tomar medidas oportunas para abordar cualquier problema relacionado con la nutrición, en particular durante los primeros cinco años de vida, que representaban una oportunidad crucial para romper el ciclo intergeneracional de la desnutrición. Se reconoció que la talla baja para la edad era el mejor indicador de desnutrición crónica y también un buen indicador aproximado de las condiciones de vida de la población y del efecto de las intervenciones a mediano y largo plazo encaminadas a reducir la pobreza. Sin embargo, se señaló que era igualmente importante vigilar otros aspectos de la desnutrición, como la anemia y la carencia de yodo, que seguían siendo prevalentes en la Región, incluso en países donde la desnutrición no era un problema. También se indicó que en el plan de acción se establecía la meta de prevenir el aumento del sobrepeso y la obesidad o reducir su prevalencia, pero no se establecía una meta en términos de porcentaje ni se señalaba un

grupo destinatario. Se propuso que en el plan se establecieran metas intermedias a fin de que se pudiera realizar una evaluación a mitad de período y se pudieran tomar las medidas correctivas necesarias.

88. Se señaló que las intervenciones del gobierno por sí solas no podían resolver el problema de la desnutrición crónica y que, por consiguiente, era indispensable formar alianzas publicoprivadas y aumentar la colaboración entre países. Las alianzas internacionales y la coordinación internacional de la acción para hacer frente a la desnutrición también se consideraban cruciales, y se aplaudió el trabajo de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Los delegados también agradecieron el apoyo que sus países habían recibido del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. Se propuso formar un grupo técnico coordinado por la OPS para apoyar los procesos de planificación nacionales y colaborar en la posterior ejecución, vigilancia y evaluación de la estrategia y el plan de acción.

89. Varias delegaciones subrayaron la necesidad fundamental de combatir no solo la desnutrición, sino también la sobrealimentación, a fin de reducir el sobrepeso y la obesidad, especialmente en los niños, contener la creciente ola de enfermedades crónicas en la Región y contener los costos sanitarios. Se manifestó la necesidad de promover regímenes alimentarios y modos de vida saludables y de educar al público acerca de los comportamientos saludables y la buena nutrición. Se destacó el papel que los medios de difusión podrían desempeñar en la promoción de tales comportamientos. Los programas de salud y nutrición escolar también se consideraban como un medio para llenar los vacíos nutricionales y promover hábitos de alimentación sana. El Delegado de los Países Bajos propuso realizar un foro panamericano sobre la obesidad, prestando especial atención a la obesidad en la niñez, en Aruba, del 8 al 11 de junio del 2011.

90. El doctor Manuel Peña (Coordinador de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo) dijo que había prestado suma atención a los comentarios del Consejo, los cuales se incorporarían en la estrategia y el plan de acción.

91. El Consejo aprobó la resolución CD50.R11, mediante la cual respaldó la estrategia y el plan de acción.

Fortalecimiento de los programas de inmunización (documento CD50/14)

92. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había afirmado la importancia y la eficacia de la vacunación como herramienta esencial de salud pública y había apoyado firmemente el Programa Ampliado de Inmunización y el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. El Comité también había apoyado las iniciativas de la OPS para fortalecer los programas nacionales de vacunación con miras a lograr niveles de cobertura de 95% o mayores y mantener los avances realizados con el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, trabajando al mismo tiempo para lograr nuevas metas. Se había destacado la necesidad de

intensificar la vigilancia de los eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). Tal vigilancia se consideraba necesaria para aliviar la preocupación del público con respecto a las vacunas y mantener la confianza en los programas de vacunación. Un delegado había pedido que se suprimiera la referencia a la inmunización como bien público en el proyecto de resolución sobre este tema porque no había una definición internacionalmente acordada de “bien público”. Otros, citando el éxito asombroso de la Región con la erradicación, la eliminación y el control de enfermedades prevenibles mediante vacunación, habían dicho que la inmunización era indudablemente un bien público. El Comité finalmente decidió mantener la referencia a la inmunización como bien público, pero con algunos cambios en la redacción del tercer párrafo del preámbulo. El Comité había aprobado la resolución CE146.R7 sobre este tema.

93. El Consejo Directivo expresó su amplio y entusiasta apoyo al documento conceptual sobre el fortalecimiento de los programas de vacunación. Se recordó que la Región de las Américas habían sido la primera Región en establecer un programa de apoyo técnico y administrativo a los Estados Miembros para la prevención de enfermedades mediante la vacunación asequible, que se había convertido en un ejemplo de prácticas óptimas emuladas por otras regiones. Gracias a la labor de inmunización llevada a cabo por personal de salud bien capacitado y firmemente comprometido, la Región también había sido la primera, por ejemplo, en erradicar la poliomielitis y eliminar el sarampión autóctono y estaba avanzando en la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Algunos delegados afirmaron que la inmunización debía definirse como un bien público, y algunos subrayaron que la salud de las poblaciones debía tener precedencia sobre los intereses comerciales de los productores de vacunas. Se mencionaron las enseñanzas extraídas de la pandemia (H1N1) 2009, entre ellas la necesidad de mejorar los datos sobre la cobertura de vacunación para detectar áreas de baja cobertura a nivel subnacional y evitar errores en la interpretación de los datos de cobertura, y los Estados Miembros solicitaron la asistencia de la OPS en ese sentido. Se destacó la importancia de aumentar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, incluida la utilización de centros centinela, así como la necesidad de evaluar y fortalecer la capacidad nacional de producción de vacunas y de mejorar la capacidad de los laboratorios de análisis clínicos. Se propuso que se establecieran redes estratégicas para promover la innovación, el desarrollo y la producción de agentes biológicos a nivel regional.

94. Todos los delegados que hicieron uso de la palabra subrayaron la importancia del Programa Ampliado de Inmunización y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y los elogiaron como medio para facilitar el acceso a las vacunas, en particular las más nuevas, que eran costosas. Algunos delegados preguntaron si la vacuna antineumocócica conjugada tridecavalente estaría disponible por medio del Fondo Rotatorio. Otros delegados expresaron preocupación porque todavía no había ninguna vacuna contra el dengue, a lo cual el Delegado de México respondió que en su país se estaban realizando la

segunda y tercera fase de los ensayos clínicos de una vacuna contra el dengue, y que se preveía que la vacuna estaría disponible en el 2014. Los delegados de dos países del Caribe observaron que, como no reunían los requisitos para recibir financiamiento de la Alianza GAVI, tenían dificultades para lograr la cobertura universal de la vacunación, en particular porque, en sus respectivos países, ciertas enfermedades que podían combatirse con algunas de las vacunas más nuevas y costosas representaban una carga elevada de morbilidad. Se esperaba que la OPS pudiera ayudar a facilitar el acceso a esas vacunas para todos los Estados Miembros. Un delegado comentó que le alentaba saber que la OPS había mantenido conversaciones con la Alianza GAVI con miras a conseguir que los habitantes de la Región tuvieran pleno acceso a las nuevas vacunas importantes a un costo asequible.

95. Los delegados describieron las actividades que estaban llevando a cabo sus programas nacionales de vacunación y su éxito con respecto al control y la eliminación de enfermedades. Se puso de relieve la importancia de las campañas para mostrar las ventajas de la inmunización y los peligros de las enfermedades conexas. Un delegado dijo que el movimiento contra la vacunación había avanzado incluso entre los profesionales de la salud de su país y había obstaculizado el programa de vacunación contra la gripe por A (H1N1). Se propuso abordar ese asunto en el proyecto de resolución.

96. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Asesor Principal sobre Inmunización Integral de la Familia, OSP) dijo que la Oficina redactaría otro inciso con respecto a las campañas contra la vacunación en el proyecto de resolución. Subrayó la importancia de suministrar información oportuna y exacta a los profesionales de la salud y al público a fin de contrarrestar tales campañas. En respuesta a la pregunta sobre el suministro de vacuna antineumocócica conjugada, dijo que el Fondo Rotatorio había hecho un llamado a licitación y había recibido ofertas en relación con las vacunas decavalente y tridecavalente. Esas ofertas estaban en estudio y los resultados se comunicarían oportunamente.

97. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OSP) aseguró al Consejo que la OPS seguiría fortaleciendo su apoyo a las actividades de vacunación, a fin de que las generaciones futuras pudieran crecer sin muchas de las enfermedades del pasado.

98. El Consejo aprobó la resolución CD50.R5.

Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita (documento CD50/15)

99. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había acogido con satisfacción la estrategia y el plan de acción propuestos para la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y de la sífilis congénita, y había elogiado a la OPS por encabezar las iniciativas para eliminar la transmisión vertical de ambas infecciones. En el Comité se había respaldado la meta de la eliminación y se había expresado la esperanza de que la aprobación del proyecto de resolución sobre el tema ayudara a movilizar la acción y apoyo a fin de alcanzar la meta

para el 2015, de ese modo contribuyendo también al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Comité aprobó la resolución CE146.R15, mediante la cual recomendaba que el 50.º Consejo Directivo respaldara y aprobara la Estrategia y Plan de acción.

100. El Consejo también acogió favorablemente la estrategia y el plan de acción propuestos y respaldó la meta de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y de la sífilis congénita para el 2015, que se consideraba factible desde el punto de vista tanto biológico como programático y financiero. Se señaló, sin embargo, que para alcanzar la meta se necesitaría un compromiso firme y trabajo arduo, especialmente del personal de atención primaria y los servicios de atención materna y perinatal. También se señaló que el progreso hacia la meta podría verse obstaculizado por el clima económico actual y la pérdida del financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para algunos Estados Miembros. Se recomendó determinar el costo de la estrategia y que en ella se preste más atención a la participación masculina. Se instó a la OPS a que aprovechara las enseñanzas de otras iniciativas de eliminación de enfermedades en la ejecución de la estrategia y el plan de acción.

101. Los delegados agradecieron el liderazgo de la OPS en los esfuerzos regionales para reducir la sífilis congénita y la infección por el VIH, y solicitaron el apoyo constante de la Organización y de los organismos de cooperación bilateral para la ejecución de la estrategia y el plan de acción en los Estados Miembros. La Delegada de Suriname informó que los médicos jefes de la subregión del Caribe se habían reunido en el curso del año para tratar el tema y habían señalado varias áreas cruciales que era necesario fortalecer, entre ellas los algoritmos para las pruebas y el tratamiento, la validación y disponibilidad de pruebas rápidas de diagnóstico, los registros de pacientes, los sistemas de seguimiento y evaluación, y los programas especiales dirigidos a los hombres. Otras áreas en las cuales se necesitaba apoyo eran la ampliación de la escala de los servicios de salud materno-infantil en el nivel de la atención primaria de salud, el fortalecimiento de la vigilancia de la infección por el VIH y la sífilis, y la mejora de la detección del VIH y la sífilis, de los servicios de tratamiento temprano para embarazadas y recién nacidos, y de las pruebas de laboratorio. La Delegada de las Bahamas recomendó que se acreditara al laboratorio de referencia del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para que pudiera comprobar la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita.

102. Varias delegaciones observaron que las actividades comprendidas en el plan de acción, al igual que la estrategia y el plan para combatir la desnutrición crónica (véanse los párrafos 84 a 91) y otras iniciativas abordadas por el Consejo, contribuirían al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a la maternidad sin riesgo y a la mejora de la salud neonatal. Se señaló la importancia de un enfoque multidisciplinario, con estrecha coordinación entre los servicios de salud materno-infantil y los programas para la prevención y el control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión

sexual. Era fundamental también adoptar un enfoque integrado con la participación comunitaria a nivel local. Se subrayó la importancia del tratamiento de los hombres diagnosticados con sífilis a fin de prevenir la infección o la reinfección de sus compañeras. Se manifestó la necesidad de adaptar la estrategia y el plan de acción a las condiciones, las necesidades y la estructura del sistema de salud de cada país, así como la necesidad de incorporar perspectivas multiétnicas, multilingües y multiculturales. Se destacó la utilidad de intercambiar experiencias entre países, especialmente los que ya habían eliminado la sífilis congénita y estaban a punto de eliminar la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y los que habían avanzado menos en ese sentido. Varios delegados expresaron la voluntad de sus gobiernos de colaborar con otros Estados Miembros y con la Oficina en la ejecución de la resolución sobre este tema. Se instó a los Estados Miembros a que consideraran la posibilidad de firmar la declaración de compromiso emitida durante una consulta técnica de la OMS sobre la eliminación de la sífilis congénita en julio del 2007.

103. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OSP) agradeció al Consejo su apoyo a la estrategia y al plan de acción. Aseguró a los Estados Miembros que había tomado debida nota de sus comentarios y recomendaciones, y que la Oficina seguiría colaborando estrechamente con ellos y con otros para alcanzar la meta de la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y de la sífilis congénita.

104. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OSP) observó que la ejecución eficaz de la estrategia y el plan de acción permitiría a la Región de las Américas convertirse en la primera región en eliminar la transmisión vertical de la infección por el VIH y la sífilis. Subrayó que la OPS estaba trabajando con ahínco para lograr la sostenibilidad de las actividades de prevención y control de la infección por el VIH/sida en la Región, en particular considerando la actual crisis económica y financiera, el costo elevado de los medicamentos antirretrovíricos y los cambios en las políticas de admisibilidad del Fondo Mundial.

105. El Consejo aprobó la resolución CD50.R12, mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción.

Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas (documento CD50/16)

106. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había apoyado firmemente la Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas, y había elogiado a la OPS por encabezar las iniciativas regionales para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas. El Comité había celebrado el progreso realizado en la lucha contra la enfermedad en la Región, pero había subrayado la necesidad de continuar la acción conjunta para alcanzar la meta de

eliminar la enfermedad de Chagas como problema de salud pública para el 2015. Con ese fin, se había manifestado la importancia de la vigilancia continua en las zonas sin endemicidad y en las zonas que antes habían sido endémicas. También se destacó la necesidad de prestar atención a los determinantes sociales y ambientales que habían contribuido a la persistencia de la enfermedad. Los delegados habían hecho hincapié en la necesidad de redoblar los esfuerzos para prevenir la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por modalidades diferentes de los vectores. Varios delegados habían observado que la transmisión por los alimentos causaba preocupación en sus países.

107. El Comité había destacado la necesidad de realizar investigaciones, en particular sobre la resistencia a los insecticidas y métodos de diagnóstico rápidos y asequibles. También se había manifestado la necesidad de la formación de recursos humanos y se había indicado que se agregara al plan de acción una tercera meta en relación con el fortalecimiento de la capacitación de recursos humanos. Se había señalado que la capacitación y el fomento de la investigación eran funciones importantes de la OPS, al igual que el apoyo y la cooperación para aumentar la disponibilidad y la accesibilidad de los medicamentos para la enfermedad de Chagas. Se había señalado, sin embargo, que la OPS debía procurar que su cooperación técnica reforzara la acción actual y no duplicara las actividades o recursos. El Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE146.R14, mediante la cual recomendaba que el 50.º Consejo Directivo respaldara y aprobara la Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.

108. El Consejo celebró la estrategia y el plan de acción, y apoyó la meta de interrumpir la transmisión doméstica por vectores de *Trypanosoma cruzi* para el 2015, aunque una delegada afirmó que el 2020 quizá fuese una meta más realista, dada la evolución y la prevalencia continua de la enfermedad en la Región y el avance relativamente lento realizado hasta la fecha con su control y, a la larga, su eliminación. Numerosas delegaciones destacaron los nexos entre la enfermedad de Chagas y la pobreza, y subrayaron la necesidad de una acción multisectorial para abordar los determinantes socioeconómicos que contribuían a la aparición de la enfermedad. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo subrayó la necesidad de la vigilancia y la detección en zonas sin endemicidad y en zonas que antes habían sido endémicas, ya que la enfermedad podía propagarse o resurgir en tales áreas como consecuencia de la migración de las personas, la deforestación y cambios en el hábitat del vector. La detección en las embarazadas se consideraba particularmente importante para prevenir la transmisión congénita de la infección. Se destacó la necesidad de la acción conjunta entre los países y de la coordinación entre los departamentos de los ministerios de salud (incluidos aquellos a cargo de la salud maternoinfantil, la atención primaria de salud y la vigilancia de enfermedades). La capacitación del personal médico para que pudiera reconocer la enfermedad también se consideraba esencial.

109. Se señaló la necesidad de idear mejores pruebas para el diagnóstico de la enfermedad y aumentar la disponibilidad de medicamentos para su tratamiento. Con ese fin se decidió instar a los Estados Miembros, en el proyecto de resolución sobre este tema, a que exploraran y, en los casos en que correspondiera, promovieran diversos planes de incentivos para la investigación y el desarrollo, abordando incluso, en los casos en que correspondiera, la desvinculación del costo de la investigación y el desarrollo, por una parte, del precio de los productos sanitarios, por la otra; por ejemplo, mediante la adjudicación de premios. Se recalcó que el programa de investigación y desarrollo de la Región debía ser establecido por los Estados Miembros. Se señaló que los países con endemias debían tratar de calcular los medicamentos que necesitaban para tratar la enfermedad de Chagas, a fin de que los productores supieran cuánto producir y, de esa forma, proveer los medicamentos a precios asequibles. Además, se señaló que podría ser útil crear una reserva regional de medicamentos a la cual tuvieran acceso los países según fuese necesario y aumentar la disponibilidad de pruebas de diagnóstico y medicamentos para el tratamiento por medio del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

110. El Delegado de Perú informó que recientemente se había certificado la interrupción de la transmisión de *T. cruzi* en otro departamento de su país y solicitó que los datos sobre Perú presentados en el anexo A del documento CD50/16 se actualizaran adecuadamente.

111. El Consejo aprobó la resolución CD50.R17, mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción.

Salud, seguridad humana y bienestar (documento CD50/17)

112. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había acogido con satisfacción la oportunidad de tratar el tema de la salud, la seguridad humana y el bienestar, pero había planteado algunas preguntas e inquietudes con respecto a algunas de las ideas y propuestas enunciadas en el documento conceptual y en el proyecto de resolución sobre el tema. El Comité estaba de acuerdo con la importancia y la actualidad del tema de la seguridad humana, pero opinaba que era necesario continuar trabajando para dilucidar el concepto y su relación con la salud, y aclarar cuál debía ser la función de la OPS en este tema. Varios delegados habían señalado que algunos de los asuntos y las medidas mencionados en el documento iban más allá de la esfera de acción de la salud pública, y también habían señalado que muchos de los temas de salud pública tratados en el documento ya estaban abordándose en el Plan Estratégico 2008-2012 y en otras resoluciones, estrategias y planes de acción aprobados por los Cuerpos Directivos en los últimos años.

113. Algunos miembros del Comité, por consiguiente, habían opinado que la formulación de una política, estrategia y plan de acción tal como se proponía en la resolución quizá fuese redundante y podría duplicar el trabajo en curso. Se había

propuesto, en cambio, que se integrara el concepto de la seguridad humana en las diversas áreas de trabajo de la Organización, y se había señalado que tal enfoque armonizaría con la naturaleza pluridimensional y multisectorial del tema. Sin embargo, algunos delegados habían opinado que quizá fuese apropiado elaborar una política sobre la salud y la seguridad humana con miras a promover una mayor comprensión del concepto y facilitar su incorporación en estrategias y planes de acción existentes. El Comité había aprobado la resolución CE146.R18 sobre el tema.

114. El Consejo apoyó el concepto de un nexo entre la salud y la seguridad humana, en particular considerando las nuevas amenazas para la salud que compartía la comunidad internacional, muchas de las cuales eran sumamente complejas y de índole transnacional, como la pandemia (H1N1) 2009. Los delegados estuvieron de acuerdo con el criterio propuesto en el documento de que la salud era un fenómeno pluridimensional, cuya producción y protección dependían de la interacción entre diversos factores económicos, políticos, ambientales, sociales y culturales. También apoyaron la idea de que la salud estaba directamente relacionada con la seguridad humana, ya que impulsaba el empoderamiento social y atendía incertidumbres básicas más allá de la seguridad que podía brindar el Estado. El Consejo señaló numerosas amenazas para la seguridad humana: enfermedades transmisibles, cambio climático, violencia, desastres naturales, abuso de sustancias psicotrópicas y otras. Se observó que esas amenazas podían revertir los avances de los Estados en el campo de la salud y, por consiguiente, socavar la seguridad humana de sus poblaciones.

115. Los delegados opinaron que el documento ayudaba mucho a comprender el concepto de la seguridad humana. Se reconoció que no había ninguna definición inequívoca o universalmente aceptada del concepto y se observó que un grupo de trabajo de la Asamblea General de las Naciones Unidas estaba trabajando en tal definición. No obstante, se señaló que, aun sin una definición internacionalmente acordada, la OPS podía seguir su trabajo encaminado a explorar y dilucidar la relación entre la salud y la seguridad humana. También se señaló que el concepto de seguridad humana se reduciría a una frase retórica vacía hasta que se realizara una acción decisiva para sacar a millones de personas de la pobreza, alimentar a millones de personas hambrientas y abordar los factores socioeconómicos y ambientales que estaban amenazando la supervivencia misma del género humano.

116. Algunos delegados apoyaron los lineamientos para la acción futura propuestos en el documento, en tanto que otros opinaron que todos los aspectos del tema estaban abarcados de una forma u otra en programas y actividades en curso de la OPS. Por ejemplo, se señaló que varios de los objetivos estratégicos del Plan Estratégico 2008-2012 ya incluían áreas de trabajo relacionadas con la seguridad humana. Varios delegados subrayaron la necesidad de aclarar y delimitar la función específica de la OPS con respecto al tema, y determinar la mejor forma en que la Organización podría incorporar las diversas facetas de la seguridad humana en su trabajo. Aunque se expresó cierto apoyo a la elaboración de una

estrategia y plan de acción, el consenso de los delegados que se pronunciaron sobre este tema fue que, en lugar de establecer nuevos mandatos para la Organización, la Oficina debía tratar de incorporar una dimensión de la seguridad humana en las políticas, los planes y los programas actuales. Particularmente en esta época de penuria económica, se señaló que no debían gastarse recursos en la elaboración de una estrategia o plan de acción. De manera análoga, se consideraba prematuro asumir el compromiso de impartir capacitación sobre seguridad humana al personal de la OPS y los Estados Miembros tal como se preconizaba en el proyecto de resolución sobre el tema.

117. Se propusieron varias modificaciones para mejorar el proyecto de resolución. Algunos delegados opinaron que se debía hacer un llamamiento para que se profundizaran el debate y el análisis del concepto de la seguridad humana en el contexto de la salud, teniendo en cuenta las ideas expresadas en los documentos sobre los resultados de diversas conferencias pertinentes de las Naciones Unidas. Una delegada sugirió que en la resolución se reconociera la necesidad de promover el desarrollo económico y social, la participación de los ciudadanos, la inclusión social, la equidad y la educación, y de combatir las enfermedades y el hambre con el propósito de fomentar la seguridad humana.

118. El doctor Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP), respondiendo a las reservas expresadas sobre la capacitación, explicó que la idea era solo aclarar al personal de la OPS y los Estados Miembros la relación entre la salud y la seguridad humana, ya que había mucha confusión acerca del concepto en el sector de la salud, aunque se había venido tratando durante varios años.

119. La Directora agregó que el concepto de “seguridad”, es decir, la reducción de los riesgos y las vulnerabilidades, siempre había sido un componente esencial de las actividades de salud pública; por ejemplo, con respecto a la seguridad alimentaria y la seguridad social. Aseguró al Consejo que la Oficina no estaba proponiendo un nuevo mandato o plan de acción; más bien, estaba tratando de aclarar la relación entre la salud y la seguridad humana y de ver la forma en que las estrategias fundamentales de la Organización, como la promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social, podrían contribuir a la seguridad humana.

120. El Consejo aprobó la resolución CD50.R16 sobre este tema.

Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD50/18, Rev. 1)

121. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité, si bien había acogido con beneplácito las iniciativas de la OPS para abordar el problema del abuso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud pública, había expresado reservas acerca de algunos aspectos de la estrategia propuesta. Se había indicado que la estrategia debería adoptar un enfoque más amplio e integrado y abordar el tema más general del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, siguiendo el modelo

de la Estrategia mundial de la OMS para reducir el consumo nocivo del alcohol. Varios delegados habían opinado que se necesitaba una aclaración conceptual para indicar precisamente la esfera de acción de la salud pública y la función de la OPS con respecto al problema. Se había señalado que algunas de las actividades previstas de acuerdo con la estrategia propuesta en junio estaban fuera del ámbito de la reducción de la demanda, la cual, junto con el tratamiento, debía ser el centro de la atención de la OPS.

122. El Comité había subrayado que la estrategia debía hacer mucho más hincapié en el tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud pública y abordar problemas tales como la falta de acceso a un tratamiento apropiado para las personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas, y la estigmatización y la exclusión social de tales personas. Se había señalado la necesidad de contar con métodos intersectoriales y comunitarios de prevención, tratamiento y rehabilitación. El Comité también había destacado la importancia de procurar la uniformidad y complementariedad de la estrategia propuesta de la OPS con las iniciativas conexas de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, especialmente la estrategia continental antidrogas adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos, en mayo del 2010.

123. En vista de las reservas expresadas, el Comité había decidido que no estaba en condiciones de respaldar la estrategia propuesta en el documento CE146/13, Rev. 1. Por consiguiente, había decidido formar un grupo de trabajo para emprender un examen más riguroso de la propuesta y facilitar el consenso sobre una propuesta modificada que se sometería a la consideración del 50.º Consejo Directivo. El resultado del trabajo del grupo constaba en el documento CD50/18, Rev. 1.

124. El Consejo acogió favorablemente la estrategia modificada y agradeció la labor del Comité Ejecutivo. Igual que el Comité, el Consejo subrayó la necesidad de un enfoque de salud pública para el problema del consumo de sustancias, incluidas las intervenciones dirigidas a los grupos de alto riesgo y los programas comunitarios. Tales programas se consideraban especialmente importantes para los jóvenes y las mujeres. Se señaló que las mujeres, en particular, a menudo se mostraban renuentes a hospitalizarse para recibir tratamiento porque no querían dejar a su familia. Se señaló la importancia de la detección temprana y el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, así como la necesidad de contar con más personal debidamente capacitado para administrar tratamiento y rehabilitación, y proporcionar orientación a personas con problemas de ese tipo. Se esperaba que la estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud (véanse los párrafos 65 a 76) ayudara a atender esa necesidad.

125. Varios delegados destacaron la necesidad de estrategias para reducir tanto la demanda como la oferta de sustancias psicoactivas. Se recalcó la importancia de hacer cumplir las leyes que prohíben la venta de alcohol y productos de tabaco a los menores de edad, así como la necesidad de sanciones más severas para las empresas que realizaban

campañas publicitarias y otras iniciativas promocionales de este tipo de productos dirigidas a los jóvenes. Los delegados también señalaron la necesidad de colaboración entre los países y de cooperación intersectorial en la labor para reducir la oferta y la demanda. Se destacó en particular la importancia de la cooperación con los programas y las autoridades en el campo de la salud mental.

126. Varias delegaciones informaron sobre sus planes, programas y estrategias nacionales de control y prevención del abuso de sustancias psicoactivas, observando los puntos en común entre esas actividades y la estrategia regional propuesta. Varios delegados mencionaron campañas de sensibilización e iniciativas de prevención escolar dirigidas a los jóvenes en sus países. Otros describieron programas comunitarios que usaban un enfoque de atención primaria de salud. Varios se refirieron a los esfuerzos legislativos encaminados a controlar la oferta de sustancias psicoactivas y procurar la disponibilidad de tratamiento para las personas con problemas de abuso. Muchos delegados señalaron el alcohol como la sustancia psicoactiva que más se consumía en sus países y recalcaron la necesidad de un enfoque coordinado e integrado de los problemas de abuso de sustancias psicoactivas y consumo nocivo de alcohol.

127. Se subrayó la importancia de la colaboración entre la OPS y otras organizaciones, especialmente la OEA, en la elaboración del plan de acción para la ejecución de la estrategia. También se señaló la necesidad de complementar, en vez de duplicar, los objetivos y las prioridades enunciados en la estrategia continental antidrogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

128. El doctor Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) dijo que la colaboración de la Oficina con el Comité Ejecutivo en la revisión de la estrategia había conducido a un resultado final que representaba verdaderamente un esfuerzo colectivo y servía de modelo para la colaboración con los Estados Miembros en la elaboración de estrategias futuras y documentos de posición. Agradeció el aporte de los delegados, que ayudaría a mejorar aun más la estrategia, y aseguró al Consejo que la OPS estaba colaborando estrechamente con la OEA en la acción regional para frenar el abuso de sustancias psicoactivas y que seguiría haciéndolo en el futuro.

129. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OSP) sumó sus palabras de agradecimiento a los miembros del Comité Ejecutivo y otros Estados Miembros que habían participado en la revisión de la estrategia, y señaló que sería beneficioso que hubiera una participación similar en la formulación del plan de acción, que debía incorporar prácticas óptimas derivadas de las experiencias de los países de la Región.

130. El Consejo aprobó la resolución CD50.R2, mediante la cual respaldó la estrategia y solicitó a la Directora que preparara un plan de acción decenal para su ejecución.

Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable (documento CD50/19, Add. I y Add. II)

131. Se convocó una mesa redonda a fin de que los países examinaran posibles soluciones para los problemas de salud relacionados con el urbanismo. El Presidente abrió el debate, observando que el mundo estaba urbanizándose a un ritmo sin precedentes. Mientras que 13% de la población mundial vivía en ciudades en 1900, para el 2005 la cifra había llegado al 49%. Las ciudades atraían a migrantes debido a su potencial para mejorar la calidad de vida y el bienestar con economías de escala y la disponibilidad de educación y oportunidades laborales, alimentos y atención médica. Sin embargo, aunque en general había una mayor disponibilidad de atención médica en las zonas urbanas que en las zonas rurales, en la Región de las Américas el crecimiento urbano extremadamente rápido estaba excediendo la capacidad de las ciudades para prestar servicios y sobrecargando demasiado los servicios de salud, que se enfrentaban con grandes dificultades para atender a personas con enfermedades crónicas no transmisibles tales como cáncer, diabetes y problemas respiratorios y cardiovasculares, al mismo tiempo que trataban de combatir enfermedades transmisibles que se propagaban fácilmente en medios urbanos, como las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH/sida, el dengue, la fiebre amarilla y la tuberculosis.

132. El cambio climático también estaba afectando enormemente la salud en las zonas urbanas. Aunque el cambio climático también afectaba a las zonas rurales, sus efectos en la población urbana eran mayores sencillamente porque un porcentaje más grande de la población vivía en las ciudades. El sector de la salud de la Región de las Américas debía estar preparado para lidiar con los efectos del cambio climático en la salud, especialmente en las zonas urbanas. En diciembre del 2010, México patrocinaría la decimosexta reunión de la Conferencia de las Partes de la Convención Marco sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas, que brindaría una gran oportunidad a los países de la Región para poner de relieve las inquietudes del sector de la salud con respecto al cambio climático.

133. El doctor Jacob Kumaresan (Director del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario, Kobe, Japón) hizo una introducción sobre el tema, señalando que más de la mitad de la población mundial vivía en ciudades y, para el 2050, 7 de cada 10 habitantes lo harían. En América Latina y el Caribe, 80% de la población vivía en medios urbanos. Unos 110 millones de personas, o sea una cuarta parte de la población de la Región, vivían en barrios pobres. Las ciudades se enfrentaban con una triple amenaza: enfermedades infecciosas exacerbadas por condiciones de vida deficientes; enfermedades no transmisibles y afecciones provocadas por una mala alimentación o la inactividad física, el tabaquismo y el abuso del alcohol; y traumatismos, accidentes de tránsito, violencia y delincuencia. Aunque la urbanización y el crecimiento de las ciudades estaban relacionados con la prosperidad económica, a nivel total las poblaciones urbanas presentaban las disparidades sanitarias más obvias del mundo en países de ingresos bajos, medianos y altos por igual. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la

salud no se alcanzarían a menos que se abordaran urgentemente esas desigualdades en la salubridad urbana.

134. La OMS había creado un instrumento de evaluación y respuesta en relación con la equidad en materia de salud en entornos urbanos que permitía a las instancias normativas analizar las desigualdades en materia de salud y priorizar las medidas apropiadas. En noviembre del 2010 se celebraría en Kobe un foro mundial de líderes municipales y ministros nacionales de varios sectores a fin de llegar a un acuerdo sobre medidas para reducir las inequidades de salud en las ciudades. Al mismo tiempo se presentaría el informe mundial de la OMS/ONU-HÁBITAT sobre las inequidades sanitarias en los contextos urbanos, en el que se proporcionaría información basada en pruebas científicas para ayudar a los líderes nacionales y municipales a tomar medidas pertinentes.

135. El doctor Nils Daulaire (Director de la Oficina de Asuntos Sanitarios Mundiales del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos) pronunció el discurso principal sobre el tema, señalando que la urbanización era el suceso demográfico dominante de la actualidad. Como casi 80% de la población de la Región de las Américas vivía en zonas urbanas, las actividades de salud pública necesariamente tenían que abordar temas urbanos. Las ciudades brindaban oportunidades de educación y empleo, y se consideraba que ofrecían mayor acceso a servicios tales como la atención de salud. La suposición fundamental era que la población urbana, por consiguiente, estaría más sana que la rural. Sin embargo, de hecho las tasas de morbilidad y mortalidad a menudo eran mayores en las zonas urbanas, ya que la urbanización misma presentaba amenazas para la salud y el bienestar en forma de enfermedades infecciosas de fácil transmisión en lugares con gran densidad de población, enfermedades relacionadas con el modo de vida y con el ambiente, y lesiones intencionales y no intencionales.

136. En un extremo, las megaciudades habían abrumado la capacidad de los gobiernos locales para prestar servicios. En los barrios pobres marginales, en particular, el acceso a la atención de salud y otros servicios básicos, incluido el saneamiento, era limitado o inexistente. Sin embargo, incluso en las zonas urbanas más adineradas de los países desarrollados se veían grandes diferencias en cuanto a la salud, que no se debían a factores biológicos o genéticos sino a inequidades sociales y a diferencias en el grado de estrés, el comportamiento, el modo de vida y otros factores ambientales. Los ministerios de salud debían usar una combinación de estrategias e intervenciones puesto que la situación era diferente en cada localidad, pero cualquiera que fuese la estrategia, el gobierno local tenía una función esencial en la reducción de las disparidades en materia de salud.

137. En el 2009, el Director General de Sanidad de Estados Unidos había publicado un llamado a la acción dirigido a los gobiernos locales a fin de que elaboraran políticas y planes para hogares saludables, y había ofrecido capacitación a proveedores de atención sanitaria y programas de visitas a domicilio con objeto de detectar las deficiencias de las viviendas y proporcionar asistencia a familias que vivían en condiciones inseguras. Se

habían distribuido listas de verificación sencillas para guiar a personas, familias y dueños de propiedades a adoptar medidas para que los hogares fuesen más seguros.

138. A nivel mundial, a comienzos de los años ochenta la OMS había lanzado la iniciativa “Ciudades sanas”, a fin de dar poder de decisión a las comunidades y ciudades para hacer frente a los problemas de salud locales. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) habían ejecutado algunos elementos de la iniciativa “Ciudades sanas” por medio de su iniciativa de diseño de comunidades saludables. Entre sus objetivos se encontraban promover la actividad física, aumentar el acceso a alimentos saludables, mejorar la calidad del aire y del agua, reducir al mínimo los efectos del cambio climático, disminuir el estrés mental y proporcionar acceso a educación y recursos que sirvieran de medios de subsistencia. Para ayudar a los municipios a poner en práctica el diseño de comunidades saludables, los CDC habían creado conjuntos de instrumentos de orientación que podían ponerse fácilmente a disposición de quienes estuvieran interesados en otros países. Una herramienta importante de la iniciativa de diseño de comunidades saludables era la evaluación de los efectos sanitarios, que se usaba para analizar una política sanitaria objetivamente antes de ponerla en marcha y tenía como propósito que se tuvieran en cuenta posibles repercusiones y consideraciones de salud pública en los procesos de adopción de decisiones para proyectos y políticas, tanto del sector de la salud como de otros sectores, en campos tales como el transporte o el uso de la tierra.

139. En términos generales, las medidas que se estaban adoptando en Estados Unidos concordaban con las descritas por la Directora General de la OMS en el Día Mundial de la Salud del 2010. Entre ellas se encontraban promover la planificación urbana para fomentar los comportamientos saludables y la seguridad, mejorar las condiciones de vida urbanas, realizar una gestión urbana participativa, construir ciudades inclusivas y accesibles, y aumentar la resistencia de las zonas urbanas a las situaciones de emergencia y a los desastres. Algunas de estas medidas se situaban en el ámbito de los ministerios de salud, pero otras correspondían a otros sectores. Mediante la coordinación y la planificación conjunta, los ministerios de salud debían servir de catalizadores para que esos otros sectores tuvieran en cuenta los efectos sanitarios en su propia planificación y programas.

140. Después de los comentarios introductorios, los delegados participaron en uno de tres grupos de debate. En todos los grupos se abordaron las cuatro preguntas siguientes: 1) ¿Cómo desarrollar iniciativas intersectoriales relevantes para modificar los determinantes de la salud en ámbitos urbanos?, 2) ¿Cuál sería el papel del Ministerio de Salud en la planificación anticipatoria hacia un futuro saludable de las ciudades?, 3) ¿Cómo los servicios de salud y otros sectores relevantes deben actuar en el manejo de las ciudades para prevenir y controlar los riesgos a la salud por el cambio climático?, y 4) ¿Qué se requiere hacer para apoyar y dar seguimiento a este tema por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana y de los Estados Miembros?

141. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OSP) presentó el informe final de los grupos de debate (documento CD50/19, Add. II), destacando los puntos principales emanados de las deliberaciones. Los grupos habían reconocido que, para alcanzar las metas de salud en los medios urbanos, se necesitarían instrumentos y estrategias eficaces con objeto de fortalecer los vínculos del sector de la salud con otros sectores, ya que era posible que esos otros sectores tuvieran una mayor capacidad para abordar los determinantes de la salud en las poblaciones urbanas. Las autoridades nacionales y locales debían señalar los actores clave con quienes la colaboración intersectorial era esencial y crear mecanismos para mantener esos vínculos y promover la inclusión de los aspectos importantes de la salud en todas las políticas. Los criterios de salud pública debían incluirse en la planificación urbana mediante la incorporación de la salud en todas las políticas utilizando el instrumento de evaluación y respuesta en relación con la equidad de la salud urbana.

142. En la mesa redonda también se habían señalado los cambios necesarios en el diseño y la estructura de los servicios de salud, especialmente en lo que se refiere a la atención primaria, para las poblaciones urbanas. Era necesario reconocer las barreras que obstaculizaban el trabajo de los ministerios de salud y su capacidad para reorientar los servicios a fin de adaptarlos a la dinámica social, económica y demográfica de las ciudades, acercándolos a los usuarios y logrando una cobertura adecuada. De manera análoga, se necesitaban cambios en la estructura y organización de los servicios de atención primaria de salud a fin de adaptarlos a la dinámica demográfica, social y económica de las ciudades.

143. Los delegados habían solicitado a la Oficina que intensificara la colaboración en la creación de las herramientas necesarias, entre ellas la adaptación de la vigilancia sanitaria y epidemiológica, la evaluación de los efectos sanitarios e instrumentos de seguimiento para facilitar las decisiones en el entorno urbano, y que facilitara el intercambio de prácticas óptimas y enseñanzas. Los grupos de debate habían destacado la necesidad de tener herramientas para detectar los efectos del cambio climático, especialmente en los casos en que influía en la persistencia, el resurgimiento o la propagación de enfermedades infecciosas de transmisión vectorial o en el empeoramiento de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Los grupos también habían examinado la necesidad de que la OPS elaborara una estrategia preliminar y un plan de acción regional en el área de la salubridad urbana, así como una resolución, con objeto de someterlos a la consideración del 51.º Consejo Directivo.

144. Se había invitado a los Estados Miembros a que respaldaran una declaración regional sobre las implicaciones del cambio climático para la salud, que la Secretaría de Salud de México presentaría en la decimosexta reunión de la Conferencia de las Partes de la Convención Marco sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas, que se celebraría en Cancún (México) del 29 de noviembre al 10 de diciembre del 2010. Se había instado a

los ministros de salud y otros representantes del sector de la salud a que participaran en la conferencia sobre el cambio climático.

145. El Consejo tomó nota del debate y el informe.

Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos (documento CD50/20, Rev. 1)

146. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente interino del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, OSP) recordó que, en la 146.^a sesión del Comité Ejecutivo, la delegación de Argentina, con el apoyo de muchas otras, había puesto de relieve la necesidad de fortalecer la capacidad de las autoridades reguladoras para velar por la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos, y que el Comité había solicitado a la Oficina que preparara un documento sobre el tema a fin de someterlo a la consideración del 50.º Consejo Directivo. Se habían recibido observaciones de los Estados Miembros de manera electrónica sobre una versión preliminar, que se habían incorporado en la versión final presentada al Consejo.

147. El doctor Di Fabio observó que, aunque la responsabilidad primordial de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos o los productos biológicos incumbía al fabricante, las autoridades reguladoras del gobierno tenían que velar por el cumplimiento de esa responsabilidad, y con ese fin las autoridades tenían que llevar a cabo una serie de actividades de vigilancia y supervisión. El documento y la resolución tenían por objeto fortalecer esas funciones regulatorias, promover la armonización y la normalización de las prácticas regulatorias en toda la Región, y fomentar la cooperación entre las autoridades reguladoras que ya tenían procedimientos sólidos y aquellas que todavía tenían que trabajar en ese campo.

148. En el documento se proponía un proceso para evaluar la capacidad regulatoria en cada país y se señalaban los puntos débiles a fin de llegar a una situación en la cual los resultados y las competencias del organismo regulador de un país pudieran reconocerse en otros, de manera de optimizar los recursos humanos y financieros y conducir, en último término, al establecimiento de una sola autoridad reguladora de referencia para toda la Región. La OMS había creado diversas herramientas para ese proceso de evaluación, entre ellas una para evaluar la capacidad de las autoridades reguladoras de medicamentos y otra para la precalificación de vacunas, pero se planeaba seguir avanzando y crear una sola herramienta para evaluar todos los aspectos del proceso regulatorio. Otro objetivo de la propuesta contenida en el documento era mejorar la capacidad de las autoridades reguladoras nacionales para participar en la tarea de garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos adquiridos por la OPS en nombre de los Estados Miembros, especialmente aquellos que no estuviesen precalificados por la OMS.

149. El Consejo Directivo acogió con beneplácito el documento y el proyecto de resolución, y respaldó la meta de la uniformidad regional de las normas y la práctica, que

ayudaría a eliminar un retraso innecesario en la obtención y la disponibilidad mundial de medicamentos nuevos, velando al mismo tiempo por su calidad, seguridad y eficacia. El Consejo también apoyó la propuesta de establecer un proceso para evaluar el desempeño de las autoridades reguladoras nacionales en lo que se refiere a las funciones básicas establecidas por la OMS. De ese modo los países tendrían un marco para asegurar que las funciones reglamentarias y de aplicación de la normativa se ciñeran a ciertas normas y, por lo tanto, tuvieran aceptación a nivel regional e internacional.

150. Se observó que, en una época de rápidos adelantos técnicos en la cual los productos médicos nuevos podían generar considerables ganancias, era esencial que tales productos fuesen objeto de un proceso robusto de garantía de la calidad y fuesen certificados por autoridades reguladoras competentes antes de llegar al mercado. Como consecuencia de la diversidad de ingredientes farmacéuticos activos, del hecho de que muchos habitantes de la Región consumían productos médicos provenientes de fuentes transnacionales y de la creciente complejidad de las cadenas de distribución a nivel mundial, la reglamentación de medicamentos y productos biológicos era una cuestión de salud pública internacional en la cual los Estados Miembros debían colaborar.

151. Varios delegados describieron los sistemas de aprobación y garantía de la calidad de los medicamentos en sus propios países, y agradecieron a la Oficina su ayuda con el establecimiento de esos sistemas y la mejora y la modernización de los órganos reguladores de sus países. Esperaban que tal apoyo continuara y se reforzara con la iniciativa propuesta. Hubo acuerdo en que la creación de autoridades reguladoras de referencia podría ser muy útil para los países cuya propia capacidad regulatoria todavía fuese relativamente débil. Un delegado, si bien estaba de acuerdo en general con los procedimientos para designar autoridades reguladoras descritos en el anexo A del documento CD50/20, Rev. 1, instó a la Oficina a que estableciera un sistema transparente y robusto, no solo para la designación inicial de organismos regionales de referencia, sino también para realizar evaluaciones permanentes de la calidad en el futuro. Señaló que tales actividades requerirían considerables recursos, tanto financieros como técnicos. Varias delegaciones subrayaron la necesidad de contar con autoridades reguladoras fuertes que supervisarán la calidad de las grandes cantidades de medicamentos adquiridos por la OPS por medio de sus mecanismos de compras en nombre de los Estados Miembros.

152. Se señaló que CARICOM había dedicado más de un decenio a consultas e investigaciones sobre el establecimiento de un marco regulador que tuviera en cuenta las diferencias culturales e institucionales entre los países del Caribe y asegurara la calidad de los medicamentos y los productos biológicos, previniendo al mismo tiempo la circulación de productos falsificados. Se señaló que la iniciativa de la OPS reforzaría esa labor. Al mismo tiempo, se observó que en muchas de las islas más pequeñas del Caribe no había organismos regulatorios nacionales o, si los había, eran rudimentarios. El Servicio de Compras de Productos Farmacéuticos de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) aliviaba en cierta medida esa situación, velando por la calidad y la

seguridad de los medicamentos y los productos biológicos adquiridos por el sector público. Sin embargo, había un sector privado creciente que no estaba reglamentado en absoluto. Un delegado recomendó que, en cooperación con las autoridades de la OECO, se estableciera una lista de proveedores acreditados a la cual el público y las autoridades nacionales tuvieran fácil acceso.

153. Otro delegado señaló que América del Sur dependía en gran medida de productos farmacéuticos importados, ya que prácticamente no se elaboraban medicamentos nuevos en esta subregión. El crecimiento del mercado farmacéutico subregional era de 12% al año, pero se debía al aumento de precios y no a un mayor volumen de ventas. También era un mercado en el cual los usuarios no disponían de información. En ese contexto, era crucial fortalecer los órganos reguladores de medicamentos para velar por la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos. También era necesario obtener medicamentos para atender las necesidades epidemiológicas específicas de la subregión, celebrar convenios con los laboratorios de biotecnología a fin de tener acceso a sus nuevos productos, y establecer mecanismos regionales de compras y un observatorio de la calidad y los precios en toda América, similar al Observatorio de Precios de la Comunidad Andina, que había comenzado a funcionar hacía poco en Perú.

154. El doctor Di Fabio agradeció los comentarios de los delegados y felicitó al Comité Ejecutivo por haber planteado un tema tan importante. En respuesta a la observación acerca de la necesidad de procesos transparentes, señaló que en el anexo A del documento se presentaba una propuesta relativa al establecimiento de procedimientos normalizados y, por ende, transparentes. Respondiendo a los comentarios de los delegados del Caribe de habla inglesa, reconoció que no todos los países de la subregión estaban en condiciones de desempeñar todas las funciones de reglamentación de los medicamentos y que sería necesario trabajar en colaboración para definir el nivel mínimo de funciones que cada país debía estar en condiciones de desempeñar, previendo al mismo tiempo el establecimiento de una autoridad regulatoria subregional. En relación con la idea de una lista de proveedores, sugirió que, más bien, se hiciera una lista de autoridades reguladoras de referencia y que los productos inscritos ante esas autoridades fuesen reconocidos como productos de calidad apropiada, de una manera muy similar a la lista de productos y vacunas precalificadas por la Organización Mundial de la Salud.

155. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) dijo que la capacidad de producción e innovación de la Región estaba creciendo y que, por consiguiente, era necesario también fortalecer su capacidad regulatoria. Agradeció a los Estados Miembros que estaban prestando apoyo técnico y financiero con ese fin y afirmó que la cooperación entre países serviría para mejorar la capacidad de las autoridades reguladoras de los países donde era necesario fortalecerlas.

156. El Consejo aprobó la resolución CD50.R9.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CD50/26)

157. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado un informe sobre el progreso realizado con respecto a la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en la Región. El Comité había elogiado la acción de la Oficina para ayudar a los países a aplicar el Convenio Marco y diversos delegados habían presentado información actualizada sobre las medidas tomadas en sus países con ese fin. Se había prestado especial atención a la necesidad de abordar los aspectos relacionados con el género del tema, dado el aumento preocupante del tabaquismo en las niñas. La Delegada de Canadá había informado que su Gobierno había estado trabajando con otros países en la redacción de recomendaciones para la aplicación de los artículos 9 y 10 del Convenio en relación con la reglamentación del contenido y la divulgación de información, en preparación para la sesión de noviembre del 2010 de la Conferencia de las Partes del Convenio.

158. El Consejo Directivo acogió con beneplácito el informe y el proyecto de resolución. Esta última se consideró que era una manifestación de la determinación de los Estados Miembros de la OPS de no dar marcha atrás en lo que se refería al avance realizado hasta ese momento con la aplicación del Convenio Marco. El Consejo instó a los Estados Miembros que todavía no habían ratificado el Convenio a que consideraran la posibilidad de hacerlo. Algunos delegados opinaron que los Estados que no estaban trabajando para alcanzar las metas del Convenio Marco estaban dificultando la tarea de los demás y también estaban promoviendo el comercio ilícito de productos de tabaco.

159. Varias delegaciones informaron sobre las medidas adoptadas en sus países para poner en práctica las disposiciones del Convenio, entre ellas prohibiciones o restricciones de la publicidad y el patrocinio del tabaco; advertencias de mayor tamaño en los paquetes de cigarrillos, a menudo con imágenes gráficas; la prohibición de fumar en lugares públicos y medios de transporte; la prohibición de la venta de cigarrillos de juguete o de golosinas en forma de cigarrillos; la prohibición de la venta de cajas de menos de 10 paquetes a fin de mantener el precio de una caja disuasivamente alto; la eliminación de las exenciones aduaneras para productos de tabaco; e iniciativas educativas, como unidades móviles que iban a escuelas y universidades a fin de presentar información sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo para la salud y sobre las sanciones aplicables a la infracción de las leyes contra el tabaquismo.

160. Otras medidas tomadas en los diversos países incluían programas educativos encaminados a evitar que las personas, en particular los niños, comenzaran a fumar y persuadir a los fumadores de que dejaran el hábito. En esos programas se usaban diversos medios y técnicas de comunicación, entre ellos el teatro callejero, para transmitir los mensajes. Algunos países habían restringido el uso de términos que podían ser engañosos, como “suaves”, “livianos” o “ultra livianos” en la descripción de productos de tabaco.

Otros habían decretado que todos los lugares de trabajo, incluidos los del sector privado, debían estar libres de humo de tabaco. Se estaba capacitando a los profesionales de la atención primaria de salud en el área del abandono del tabaquismo y se estaban preparando manuales técnicos sobre la aplicación de ciertos artículos específicos del Convenio Marco. Los delegados pidieron que se vigilaran los intentos de la industria tabacalera de introducir formas nuevas de productos de tabaco en sus países, como golosinas a base de tabaco o los “cigarrillos electrónicos” que estaban comercializándose como una manera segura y no adictiva de eludir la prohibición de fumar en lugares públicos.

161. Algunos países habían tenido dificultades para reducir el consumo de tabaco con mayores impuestos, ya que el aumento del precio no parecía haber surtido un gran efecto. En algunos casos se estaban elaborando leyes para aumentar aun más los precios a fin de obtener mayores ingresos con objeto de sufragar el establecimiento de servicios de salud nuevos orientados al tratamiento de los efectos del consumo de tabaco. La experiencia de los países que habían promulgado leyes sobre el tabaco mostraba que era necesario eliminar constantemente las escapatorias que permitían a la industria tabacalera obviar las leyes y las normas de control del tabaco. Se señaló que la Oficina podía desempeñar una función en ese proceso distribuyendo información sobre las leyes, políticas y directrices, quizá por medio de un sitio web o portal especial.

162. También se solicitó la asistencia de la Oficina en la aplicación de las medidas relacionadas con el artículo 13 del Convenio Marco, sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Se señaló que en esa área se necesitaba un enfoque regional debido a la globalización, el alcance de televisión por cable, internet y otros medios. Por consiguiente, había que buscar colaboradores regionales apropiados que lideraran el proceso. Se habían programado deliberaciones sobre ese artículo en la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes, en la cual también se consideraría un proyecto de protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. Una delegada declaró que tenía varias inquietudes con respecto a un protocolo de ese tipo, ya que su extenso mecanismo de aplicación requeriría la asignación de mayores recursos a los servicios aduaneros.

163. La Delegada de Canadá presentó información actualizada sobre la elaboración de recomendaciones para la aplicación de los artículos 9 y 10 del Convenio, que Canadá presentaría en la Conferencia de las Partes y con respecto a las cuales se preveía la oposición enérgica de algunos interesados directos.

164. Algunos delegados señalaron que se enfrentaban con controversias de carácter legal con la industria tabacalera, que estaba tratando de entorpecer sus medidas de control del tabaco. La Delegada de Paraguay informó que se había suspendido la aplicación de los dos decretos presidenciales emitidos para reglamentar los lugares sin humo de tabaco y la rotulación de los productos de tabaco debido a la impugnación de la constitucionalidad de las medidas por la industria tabacalera, que con el apoyo de algunos legisladores había propuesto un proyecto de ley que dejaría sin efecto las medidas de control del tabaco

adoptadas hasta ese momento. El Ministerio de Salud contaba con que el Presidente vetara esa ley. La controversia había dado lugar a un debate público muy amplio y se esperaba que la respuesta de la población persuadiera al Senado de que apoyara el veto presidencial.

165. El Delegado de Uruguay informó que Philip Morris International había iniciado un juicio contra su gobierno, afirmando que las medidas adoptadas por Uruguay en cumplimiento del Convenio infringían las disposiciones de un antiguo tratado bilateral de inversiones entre Uruguay y Suiza, donde se encontraba el centro de operaciones de la empresa. El Gobierno de Uruguay estaba montando su defensa y había recibido expresiones de apoyo de numerosos gobiernos y organizaciones no gubernamentales. Esperaba recibir aun más apoyo en la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco, que se celebraría en Uruguay. Subrayó que Uruguay no iba a dar marcha atrás. Por el contrario, el gobierno tenía la intención de promulgar más leyes contra el consumo de tabaco.

166. El doctor Luiz Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) recibió con beneplácito la información actualizada sobre las medidas tomadas para aplicar el Convenio. Había tomado nota de la sugerencia de que la Oficina facilitara el intercambio de información sobre la legislación en este campo y aseguró al Consejo que se proporcionaría ese apoyo. La Oficina deseaba contar con un alto grado de participación de la Región en la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes, que ofrecería una oportunidad para continuar el debate sobre las formas de seguir contribuyendo a la aplicación del Convenio Marco.

167. La Directora dijo que la Oficina seguiría apoyando la labor de los Estados Miembros para aplicar el Convenio Marco, incluso proporcionando información acerca de las leyes promulgadas en los diversos países y la detección de lagunas en las leyes que pudieran conducir a juicios como el que Uruguay enfrentaba en ese momento.

168. El Consejo aprobó la resolución CD50.R6, mediante la cual apoyó las iniciativas de Uruguay para aplicar el Convenio Marco e instó a los Estados Miembros a que se opusieran a los intentos de la industria tabacalera de obstaculizar la aplicación de medidas de salud pública para proteger a la población de las consecuencias del consumo de tabaco.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CD50/21 y Add. I)

169. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio se había informado al Comité Ejecutivo que la recaudación de las contribuciones correspondientes al 2010 había ascendido a \$24,1 millones y que, posteriormente, se habían recibido otras contribuciones por un total de poco más de \$12,9 millones. Dieciséis Estados Miembros habían hecho pagos con respecto a las contribuciones correspondientes al 2010 y 11 de ellos las habían pagado en su totalidad. Se había abonado más del 78% de

las contribuciones atrasadas, con lo cual quedaba un saldo pendiente de sólo \$7,1 millones. La recaudación combinada de contribuciones atrasadas y del año en curso a mediados de junio ascendía a \$49,3 millones, en comparación con \$38 millones en el mismo momento del 2009.

170. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP) explicó que en el documento CD50/21 se mostraba la situación de las contribuciones al 31 de julio del 2010 y en el documento CD50/21, Add. I se presentaba información actualizada al 20 de septiembre del 2010. Posteriormente se había recibido \$1.000.000 de Argentina. El total adeudado al 1 de enero del 2010 por contribuciones correspondientes al año en curso y años anteriores ascendía a \$131 millones, de los cuales se habían recibido \$81 millones. Esa cifra representaba la recaudación de contribuciones más alta al mes de septiembre en más de 10 años. Esos \$81 millones comprendían \$54,4 millones en concepto de contribuciones del 2010 y \$26,4 millones en concepto de contribuciones atrasadas. Por lo tanto, el saldo pendiente se había reducido a sólo \$6 millones, el nivel más bajo de atrasos en muchos años.

171. Veinte Estados Miembros habían abonado sus contribuciones correspondientes al 2010, nueve habían efectuado pagos parciales y 10 Estados Miembros no habían efectuado pagos durante el año en curso. Todos los Estados Miembros con planes de pagos diferidos habían cumplido esos planes y ninguno estaba sujeto a las disposiciones de Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Cinco Estados Miembros habían efectuado contribuciones voluntarias por un total de \$236.505 para el fondo fiduciario establecido con el fin de apoyar las prioridades indicadas en la situación presupuestaria hipotética presentada al 46.º Consejo Directivo.

172. La Directora, recordando que a principios del bienio anterior había surgido una gran preocupación por los efectos de la crisis financiera mundial en la capacidad de los países para cumplir sus compromisos internacionales, agradeció a los Estados Miembros los esfuerzos para seguir pagando sus contribuciones a la OPS que, en su opinión, reflejaban la importancia que los gobiernos atribuían a la salud de su población.

173. El Consejo tomó nota del informe.

Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009 (Documento Oficial 337)

174. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Contador Principal de la Oficina y un representante del Auditor Externo habían presentado al Comité Ejecutivo el Informe financiero del Director. El Contador Principal había resumido el contenido del informe, señalando que la Organización había concluido el bienio 2008-2009 con un excedente de ingresos de \$4,2 millones del presupuesto ordinario respecto del gasto. Los gastos del presupuesto ordinario para el bienio habían ascendido a \$195,4 millones. Los gastos del presupuesto ordinario, los fondos fiduciarios y otros

fondos habían ascendido a \$547 millones. Los ingresos netos provenientes de las contribuciones durante el bienio habían sumado \$183,1 millones. Los ingresos varios habían totalizado \$23,5 millones y los ingresos recibidos para la compra de vacunas y otros suministros de salud pública por medio de los diversos mecanismos de compras de la Organización habían ascendido a \$745,7 millones.

175. El representante del Auditor Externo había informado al Comité que el Auditor Externo no había encontrado puntos débiles o errores sustanciales con respecto a la exactitud o el carácter integral de las cuentas de la Organización y, por consiguiente, había expedido un dictamen de auditoría sin reservas. El Auditor Externo también había determinado que la Organización había actuado de forma apropiada con respecto a las recomendaciones de auditorías anteriores y había llegado a la conclusión de que los resultados financieros generales indicaban que la OPS había respondido bien a las turbulencias de los mercados financieros y había salvaguardado el excedente de capital que tenía para inversiones. Asimismo, el Auditor había determinado que la OPS estaba progresando satisfactoriamente en la aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) y ya estaba produciendo estados financieros que se ceñían plenamente a estas normas. Se había informado al Comité que el mayor pasivo financiero en relación con la aplicación de las IPSAS era las primas del seguro de enfermedad después de la separación del servicio para el personal, que se calculaba que ascendían a \$181 millones.

176. El Comité Ejecutivo había celebrado el dictamen de auditoría sin reservas y le había complacido tomar nota de la buena situación financiera de la Organización. Sin embargo, el Comité había expresado preocupación por la gran cantidad que debía apartarse para financiar prestaciones futuras del personal y preguntó si la OPS planeaba crear un fondo de reserva con ese fin. El Comité había instado a la Oficina a que tomara medidas de inmediato para poner en práctica las recomendaciones del Auditor Externo en cuanto a la aplicación de las IPSAS, la supervisión y los controles internos, y otros asuntos.

177. Habida cuenta del excedente de ingresos de \$4,2 millones respecto del gasto durante el bienio, se había pedido al Comité que considerara la posibilidad de autorizar la transferencia de otros \$2 millones de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital, de acuerdo con la resolución CSP27.R19 de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Se había informado al Comité que ya se habían transferido \$2 millones del excedente al Fondo Maestro de Inversiones de Capital, de conformidad con dicha resolución. El Comité había aprobado la resolución CE146.R2, autorizando la transferencia solicitada.

178. Tras el informe del doctor Waterberg, una delegada agradeció las recomendaciones del Auditor Externo, especialmente con respecto a la supervisión y el control, en particular en las representaciones, donde, según el informe, se habían detectado algunas irregularidades en las compras y también con respecto a la aplicación de las IPSAS.

179. El Consejo tomó nota del informe.

Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (documento CD50/22)

180. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado un cambio propuesto en el cargo que se cobraba por la compra de suministros de salud pública. Se había explicado que se consideraba necesario aumentar el cargo actual de 3% a 3,5% para ayudar a sufragar el costo del tiempo del personal dedicado a las compras en nombre de los Estados Miembros. Se había informado al Comité que el cargo actual de 3% se depositaba en su totalidad en las cuentas de capitalización de los diversos fondos de compras y no se destinaba ninguna parte a costos de personal ni de otro tipo.

181. El Comité Ejecutivo había reconocido el valor de los servicios de compras de la OPS y había apoyado en general el aumento propuesto del cargo, aunque algunos delegados habían preguntado si un aumento de 0,5% sería suficiente. Un delegado había propuesto aumentar el cargo a 4% y usar el segundo aumento de 0,5% para ayudar a financiar la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana.

182. Tras las explicaciones del personal de la Oficina, el Comité Ejecutivo había estado de acuerdo en recomendar un aumento de 0,5%, tal como se proponía, y había aprobado la resolución CE146.R3, mediante la cual recomendaba que el Consejo Directivo aprobara un aumento del cargo a 3,5% a partir del 1 de enero del 2011.

183. Después del informe del doctor Waterberg, una delegada apoyó el aumento, subrayando que los presupuestos ordinarios de las organizaciones internacionales no debían subsidiar desproporcionadamente actividades financiadas con ingresos extrapresupuestarios. Sugirió que el Consejo aprobara el aumento propuesto de 0,5%, pero que se pidiera a la Oficina que hiciera un estudio para determinar los gastos generales reales de las actividades de compras y las proyecciones de la OPS de los aumentos futuros de los costos, y que volviera a tratarse el tema en el futuro próximo.

184. El Consejo aprobó la resolución CD50.R1, mediante la cual aumentó el cargo de 3% a 3,5% a partir del 1 de enero del 2011 y destinó el 0,5% adicional al fondo especial para gastos de apoyo a programas a fin de solventar los gastos de administración de las actividades de compras.

Sueldo del Director y modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (CD50/23)

185. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había respaldado una modificación propuesta para el párrafo 4.3 del Estatuto del

Personal a fin de aclarar que debían considerarse los principios de diversidad e inclusión en la contratación de personal y había establecido el sueldo que se pagaría al Director Adjunto y al Subdirector a partir del 1 de enero del 2010. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara la modificación propuesta para el párrafo 4.3 del Estatuto del Personal y estableciera un sueldo bruto anual de \$201.351 para el Director.

186. El Consejo aprobó la resolución CD50.R4, mediante la cual se estableció el sueldo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana con efecto a partir del 1 de enero del 2010 y se aprobó la modificación del párrafo 4.3 del Estatuto del Personal.

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Costa Rica (documento CD50/24)

187. El Consejo seleccionó a Perú como Estado Miembro facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común (decisión CD50[D5]) .

Premios

Premio OPS en Administración 2010 (documento CD50/25)

188. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2010, integrado por los delegados de Colombia, Guatemala y Suriname, se había reunido en ocasión de la 146.ª sesión del Comité Ejecutivo y, después de examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, había decidido otorgar el premio a la doctora Elsa Yolanda Palou, de Honduras, por las repercusiones nacionales y subregionales de sus actividades administrativas, médicas, didácticas y de investigación sobre la calidad de la atención proporcionada a los pacientes con enfermedades transmisibles, especialmente las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida.

189. El Presidente y la Directora entregaron el Premio OPS en Administración 2010 a la doctora Elsa Yolanda Palou, cuyo discurso de aceptación se encuentra en la página web del 50.º Consejo Directivo.

Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud pública interamericana 2010

190. El doctor Benjamín Caballero (Presidente de la Junta Directiva de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación) recordó que, durante 42 años, la Fundación había colaborado con la OPS para impulsar la meta común de proteger la vida y mejorar la salud

en la Región de las Américas. Como parte de esa alianza, cada año se adjudicaban varios premios a la excelencia en la salud pública interamericana, entre ellos el Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud interamericana, creado en homenaje del doctor Abraham Horwitz, ex Director de la OPS y ex Presidente de PAHEF. Con ese premio se reconocía a líderes que habían cambiado vidas y mejorado la salud de los habitantes del continente americano.

191. El doctor Caballero, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Abraham Horwitz a la excelencia en el liderazgo en la salud interamericana 2010 al doctor Carlos Monteiro, de Brasil, por su trabajo sobre los hábitos de consumo de alimentos y las características epidemiológicas de la obesidad en Brasil y otros países. El discurso de aceptación del doctor Monteiro se encuentra en la página web del 50.º Consejo Directivo.

Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética 2010

192. El doctor Caballero dijo que el Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética se había creado en el 2002 para reconocer el pensamiento pionero en el campo de la bioética, en homenaje al doctor Manuel Velasco Suárez, ciudadano mexicano, médico, investigador y experto que había dedicado más de 50 años de su vida a la salud pública y había sido uno de los fundadores de la Academia Mexicana de Bioética.

193. El doctor Caballero, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética 2010 a la doctora Paulina Taboada, de Chile, por su trabajo en asuntos éticos relacionados con la sedación paliativa de los pacientes al final de la vida. El discurso de aceptación de la doctora Taboada también figura en la página web del 50.º Consejo Directivo.

Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal 2010

194. El doctor Caballero recordó que el Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal había sido creado a principios del 2010 por el Ministerio de Salud de Brasil y PAHEF en cooperación con la OPS. Con este premio se galardonaba a líderes reconocidos que habían trabajado para impulsar, moldear y fortalecer programas de atención sanitaria universal en la Región. El médico brasileño Sérgio Arouca, experto y defensor incansable de la atención sanitaria universal, en cuyo homenaje se había creado el premio, había sido uno de esos líderes.

195. El doctor Caballero, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal 2010 a la doctora María Fátima de Sousa, de Brasil, por su trabajo para fortalecer el sistema de salud de su país con la creación de una red de capacitación y educación permanente para profesionales en el campo de la salud familiar, entre otras cosas. El discurso de aceptación de la doctora Sousa se encuentra en la página web del 50.º Consejo Directivo.

Otros premios de PAHEF y la OPS

196. El doctor Caballero anunció que el Premio Clarence H. Moore a la excelencia en el servicio voluntario había sido otorgado a la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, organización con sede en Lima, por sus actividades de prevención del cáncer, educación y tratamiento con respecto a esa enfermedad en ese país, y que el Premio Pedro N. Acha a la excelencia en la salud pública veterinaria había sido otorgado a la doctora Luisa Zanolli Moreno, estudiante de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad de São Paulo, por su tesis de pregrado titulada “Epidemiología molecular de *Listeria monocitogenes* aislada de diferentes fuentes en Brasil”. Esos premios se entregaron en una cena que tuvo lugar en la semana del Consejo Directivo. En el 2010 no se adjudicó el Premio Fred Soper a la Excelencia en la Bibliografía de Salud Pública.

Reconocimiento de los Campeones de la Salud de la OPS

197. El Presidente anunció que el señor Fernando Javier Sendra, caricaturista y humorista argentino, había sido reconocido como Campeón de la Salud de la OPS por su colaboración con la Organización en el fomento de la lactancia materna. La OPS concedía la distinción de “Campeones de la Salud” a figuras destacadas que habían usado su influencia y prestigio para despertar la conciencia y aumentar la comprensión de temas de salud pública tales como la inmunización, la salud maternoinfantil, la infección por el VIH/sida, el tabaco, el consumo de alcohol y la violencia doméstica.

Asuntos de información general

Presupuesto por programas de la OMS (documento CD50/INF/1)

Presupuesto por programas 2008-2009: Evaluación de la ejecución (documento CD50/INF/1-A)

198. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado el informe sobre la evaluación del Presupuesto por programas 2008-2009 de la OMS, que fue presentado por el doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General de Administración General, OMS). El doctor Jama explicó que en ese informe se había evaluado el desempeño de la Secretaría de la OMS en lo que se refiere a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización establecidos en el Presupuesto por programas 2008-2009. También se señalaban los logros principales con relación a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Además, se presentaba un resumen de la ejecución financiera, las enseñanzas extraídas y los retos principales con relación a cada objetivo estratégico.

199. El doctor Jama había informado al Comité que se habían logrado plenamente 42 de los 81 resultados previstos a nivel de toda la Organización y 39 en parte, y había explicado que, si un resultado previsto particular no se había logrado en todas las regiones, se

consideraba que la Organización en su totalidad había logrado ese resultado solo parcialmente. Ninguno de los resultados había sido clasificado como “no logrado”. En el informe de evaluación también se había mostrado la medida en que de hecho se habían movilizad los recursos necesarios para alcanzar cada objetivo estratégico. El doctor Jama había dicho al Comité que la distribución de fondos entre los objetivos estratégicos y la convergencia de los recursos con las prioridades seguían siendo las principales dificultades para la OMS porque gran parte del financiamiento recibido estaba destinado a finalidades específicas.

200. Según el doctor Jama, una de las enseñanzas notables de la evaluación había sido que el establecimiento de metas de gran alcance con un plazo determinado, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y la creación de nuevos mecanismos de financiamiento, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, habían generado considerables recursos y orientado la atención al logro de las metas. La evaluación también había destacado la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, ya que los puntos débiles de los sistemas de salud y la gestión en el ámbito de la salud habían sido en gran medida el motivo por el cual no se habían alcanzado varias de las metas. Sin embargo, el doctor Jama también había señalado que en el bienio 2008-2009 se había observado una renovación firme del compromiso con los valores y los principios de la atención primaria de salud en todas las regiones, lo cual, en su opinión, era un buen augurio para el futuro.

201. Después del informe de la señora Naarendorp, un delegado agradeció los esfuerzos de la OMS para formular presupuestos que coincidieran con los objetivos estratégicos de la Organización establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, lo cual contribuiría al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También reconoció los esfuerzos de la Organización para mejorar la gestión de los escasos recursos en un contexto internacional de crisis económica. Con respecto al aumento propuesto del Presupuesto por programas 2012-2013, señaló que no debía suponerse que se podrían movilizar mayores recursos en el clima financiero actual y que, por consiguiente, debía examinarse la posibilidad de mantener un crecimiento cero del presupuesto.

202. La Directora dijo que la Región de las Américas, igual que las demás regiones de la OMS, había participado activamente en la evaluación de la ejecución del Presupuesto por programas 2008-2009 de la OMS, lo cual había mejorado la capacidad de las diversas regiones para dar seguimiento a la ejecución y procurar que se alcanzaran los resultados, tanto desde una perspectiva programática como desde el punto de vista del uso adecuado de recursos y la detección de brechas de financiamiento con el propósito de facilitar la movilización de recursos extrapresupuestarios. Además, como resultado de la acción colectiva encabezada por la OMS, se había logrado una distribución más equitativa de los recursos entre los países y las regiones, con miras a la consecución de los objetivos mundiales en el ámbito de la salud.

203. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Anteproyecto de Presupuesto por programas 2012-2013 (documento CD50/INF/1-B)

204. El doctor Elil Renganathan (Director de Planificación, Coordinación de Recursos y Monitoreo del Desempeño de la OMS) presentó el anteproyecto de Presupuesto por programas de la OMS para el 2012-2013, señalando que estaba examinándose en un contexto de crisis económica mundial que tenía implicaciones cruciales en el afianzamiento de los avances logrados hasta la fecha en cuanto a la salud y en la consecución de los objetivos futuros, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por lo tanto, el anteproyecto de presupuesto consistía más bien en una aspiración, ya que todavía no estaba financiado plenamente y, por ende, quizá fuese necesario ajustarlo según las circunstancias.

205. Desde el punto de vista programático, la finalidad del proyecto de presupuesto por programas era efectuar una contribución oportuna y crucial a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, contribuir a la gestión en el campo de la salud y responder a los pedidos de los Estados Miembros de una mayor transparencia y rendición de cuentas. En términos generales, la orientación de los 13 objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS permanecería en gran medida inalterada. No se introducirían resultados previstos nuevos a nivel de toda la Organización, aunque habría algunos cambios en el énfasis como consecuencia de la evolución de la situación sanitaria mundial y se habían hecho mejoras en algunos indicadores y sus metas sobre la base de los resultados de la evaluación de la ejecución del presupuesto de 2008-2009. El doctor Renganathan subrayó que los objetivos estratégicos no debían considerarse como programas verticales autónomos, ya que había considerable superposición entre ellos.

206. El anteproyecto de presupuesto por programas se presentaba con un formato unificado, mostrando el financiamiento proveniente tanto de las contribuciones señaladas como de las contribuciones voluntarias. Al mismo tiempo, se desglosaba en tres componentes: programas básicos, programas especiales y acuerdos de colaboración, y respuesta a los brotes epidémicos y las crisis. La OMS tenía distinto grado de control sobre los tres componentes, lo cual se trataba con mayor detenimiento en el documento CD50/INF/1. Puso de relieve los conceptos de integración, continuidad y consolidación, y cambio, que también se tratan en el documento.

207. El presupuesto general para el componente de programas básicos no había sufrido cambios mayores. Aunque la propuesta para ese componente mostraba un aumento de \$51 millones respecto de la cantidad asignada para el 2010-2011, en términos reales representaba una reducción habida cuenta de la inflación y el costo creciente de las operaciones. Había habido aumentos menores para los programas especiales y para el

componente de acuerdos de colaboración y el componente de respuesta a brotes epidémicos y crisis.

208. La OMS proponía un crecimiento nominal cero para las contribuciones señaladas; por lo tanto, esa porción seguiría siendo de \$944 millones. En consecuencia, como se indicaba en el documento, se preveía financiar solo 20% del presupuesto por programas 2012-2013 con contribuciones señaladas y habría que movilizar contribuciones voluntarias de donantes, que en su mayoría estaban destinadas a fines específicos, para el 80% restante. Se esperaba que, en vista de los esfuerzos realizados por la Directora General, los Estados Miembros comenzaran a efectuar contribuciones más flexibles, en vez de destinar fondos a fines determinados. La OMS también seguiría mejorando la eficacia institucional mediante la gestión basada en resultados, la reducción de costos y una mayor eficiencia.

209. En el debate subsiguiente, una delegada expresó satisfacción por la atención dada en el proyecto de presupuesto al objetivo estratégico relacionado con la salud materna, respondiendo de esa forma a las inquietudes expresadas por los Estados Miembros con respecto al logro de las metas pertinentes. Con respecto al tema de la gobernanza de las alianzas, la misma delegada recordó que un tema frecuente de deliberaciones anteriores había sido el manejo de las relaciones de la OMS con sus numerosos colaboradores, cada uno de los cuales tenía una estructura de gestión diferente. Preguntó si en el anteproyecto de presupuesto por programas se habían tenido en cuenta los deseos expresados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en ese sentido. También preguntó cuándo se produciría el aumento previsto del financiamiento flexible y si ese aumento resultaría en una alineación diferente con los objetivos estratégicos. Además, señaló que, si se vinculaba el desempeño al financiamiento, la Región de las Américas no tenía la historia de su parte, ya que parecía que se la había sancionado por su buen desempeño. Se preguntaba qué se estaba haciendo para rectificar esa situación.

210. Otra delegada expresó preocupación por la posibilidad de que la OMS no recibiera algunas de las contribuciones voluntarias previstas. Esa era una consideración especialmente importante para los objetivos estratégicos 4 y 6, para los cuales los fondos disponibles en el bienio 2008-2009 habían sido considerablemente inferiores a lo previsto. Tampoco resultaba clara la forma en que la OMS se proponía mantener el financiamiento para los objetivos estratégicos en relación con los cuales los Estados Miembros habían efectuado contribuciones mayores en respuesta a sucesos específicos, como la pandemia (H1N1) 2009. Eso sería un problema, en particular para los objetivos estratégicos 1 y 5. También observó que, aunque en la evaluación del desempeño del 2008-2009 se había observado una falta de uniformidad en la consecución de los resultados previstos en las seis regiones de la OMS, ese problema no se abordaba en el anteproyecto de presupuesto por programas.

211. El doctor Renganathan dijo que el tema de la gobernanza de las alianzas había sido un componente fundamental de las deliberaciones sobre el financiamiento futuro de la

OMS, y se esperaba que esas deliberaciones proporcionaran orientación adicional sobre el asunto y sirvieran de base para el presupuesto por programas para el 2012-2013. Con respecto al tema del financiamiento flexible, la OMS estaba trabajando con ahínco con los contribuyentes para aumentar esa cantidad de los \$200 millones recibidos de los Estados Miembros en el 2008-2009 a \$300 millones en el bienio en curso y, si todo iba bien con las conversaciones sobre el financiamiento futuro, la OMS podía estar razonablemente segura de que recibiría \$400 millones para el 2012-2013. En ese caso, con alrededor de \$940 millones en concepto de contribuciones señaladas y cerca de \$400 millones en concepto de contribuciones flexibles y no destinadas a un fin específico, la Directora General tendría cerca de \$1.300 millones, o 30% del presupuesto de \$4.800 millones, a su disposición para hacer converger mejor los recursos de la OMS con las necesidades mundiales en materia de salud. Por otro lado, un mayor financiamiento flexible ayudaría a la OMS a distribuir los recursos de forma más pareja entre todas las regiones. La distribución de los fondos se basaba en tres criterios: la brecha de financiamiento, el riesgo financiero y el desempeño. En la última distribución, el desempeño había representado 20% de la ponderación porque había habido grandes brechas de financiamiento y riesgos financieros. Sin embargo, el aspecto del desempeño podría ajustarse de acuerdo con la recomendación del Grupo Asesor sobre Recursos Financieros.

212. Con respecto a las corrientes de financiamiento, el doctor Renganathan dijo que en el marco de la gestión basada en resultados uno de los componentes fundamentales de la planificación de las operaciones para el 2010-2011 sería la planificación de los ingresos. En consecuencia, cuando los departamentos presentaran los planes también tendrían que señalar las fuentes de los ingresos requeridos y solo comprometerse con actividades para las cuales se disponía de recursos o había probabilidades razonables de conseguirlos.

213. El doctor Jama agregó que cuando se presentó el proyecto de presupuesto por programas no se habían mostrado todos los asociados de la OMS sino sólo aquellos que estaban incluidos en el presupuesto por programas. La OMS tenía otros asociados, como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. Aunque la Directora General no podía determinar la suma de dinero que una alianza dada recaudaría en un bienio, la OMS, mediante su participación en las estructuras de gestión de dichas alianzas, podía abogar por una mejor convergencia de los recursos con las prioridades indicadas por los Estados Miembros.

214. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS (documento CD50/INF/2)

215. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado un informe sobre el progreso de la Oficina con respecto a la ejecución de los cuatro componentes del marco para la gerencia basada en resultados en la OPS: planificación; ejecución, seguimiento y evaluación del desempeño; evaluación

independiente y aprendizaje; y, rendición de cuentas. El Comité había acogido con agrado las diversas políticas presentadas en los anexos del informe, en particular sobre la delegación de autoridad y la coordinación de recursos, observando que la política en materia de coordinación de recursos permitiría la transferencia de recursos entre entidades de la Organización y entre los objetivos estratégicos indicados en el Plan Estratégico 2008-2012. Como en el Plan Estratégico se señalaban numerosos resultados previstos a nivel regional con respecto a los cuales los Estados Miembros compartían la responsabilidad con la Oficina, se había propuesto que se intentara reducirlos a un número más manejable.

216. El Consejo Directivo también recibió con beneplácito el progreso de la Organización con respecto a la implantación de la gerencia basada en resultados como herramienta real para las decisiones programáticas y la asignación de recursos, y no simplemente como un concepto teórico. El Consejo también consideró que la gerencia basada en resultados conduciría a una mejora de la formulación y la evaluación de los planes estratégicos. Los delegados se manifestaron complacidos de que el marco incluyera una función de evaluación de recursos, puesto que la capacidad para evaluar el desempeño institucional y determinar cuán bien cada una de las entidades de la OPS estaba avanzando hacia la consecución de los objetivos estratégicos de la Organización era esencial para una buena gerencia basada en resultados.

217. Se recalcó que el personal de las oficinas subregionales y en los países debía tener la misma capacidad que el personal regional para aplicar la gerencia basada en resultados. Con objeto de mejorar la rendición de cuentas y los informes sobre los resultados era necesario fortalecer la capacidad institucional a nivel de país, haciendo hincapié en la recopilación de datos, la calidad de la información y análisis sólidos a fin de establecer puntos de comparación y medir los cambios con el transcurso del tiempo. También se propuso que la Organización ofreciera capacitación sobre la gerencia basada en resultados para el personal de los ministerios de salud nacionales.

218. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) afirmó que, como la gerencia basada en resultados estaba firmemente afianzada, la Oficina tendría más información para tomar decisiones mejor fundamentadas, en particular con respecto al uso de las contribuciones voluntarias recibidas. La Oficina ahora se concentraría en el fortalecimiento de la rendición de cuentas y la delegación de autoridad.

219. La Directora agradeció los aportes y la asistencia de los Estados Miembros en el proceso de transformación de la gerencia basada en resultados, que había partido de un conjunto de principios de aplicación general para convertirse en un marco aplicable específicamente a la realidad de una organización de salud pública como la OPS. Agradeció en particular el apoyo financiero que brindó Canadá a todo el proceso de gerencia basada en resultados. La gerencia basada en resultados contribuiría a metodologías tales como el enfoque de la cooperación centrada en los países y ayudaría a

la Oficina a ser proactiva, en lugar de reactiva, en la movilización y posterior asignación de contribuciones voluntarias. Recibió favorablemente la sugerencia de extender el conocimiento del marco a los países y dijo que los cursos de capacitación sobre la gerencia basada en resultados, que en breve comenzarían a proporcionarse al personal de la Oficina, podrían ofrecerse también a funcionarios de los ministerios de salud de los Estados Miembros.

220. El Consejo tomó nota del informe.

Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015 (documento CD/INF/3)

221. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, cuando el Comité Ejecutivo trató el procedimiento para nombrar el Auditor Externo en junio, se había propuesto que la Oficina considerara la posibilidad de adoptar un solo mandato de seis años, no renovable, para el Auditor Externo, que ofrecería un equilibrio entre la continuidad y un grado razonable de rotación, y propiciaría el mantenimiento de la independencia. Se había señalado al Comité que la Oficina examinaría la factibilidad de esa propuesta pero que, si se pasaba a un mandato no renovable, era necesario cerciorarse de que se recibieran candidaturas apropiadas para el mandato siguiente. De lo contrario, la Organización podría encontrarse sin un auditor externo.

222. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP) dijo que el Auditor Externo actual de la OPS —la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte— había indicado que no se presentaría como candidato para un segundo mandato e instó a los Estados Miembros a que propusieran candidatos para el cargo, observando que debían ser auditores internacionales de buena reputación, según lo estipulado en el documento. Tales candidaturas debían ser recibidas por la Oficina a más tardar en abril del 2011.

223. El Consejo tomó nota del informe sobre el tema.

Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (documento CD50/INF/4)

224. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado un informe sobre el progreso de la Oficina con respecto a la implantación del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos. Se había presentado información detallada sobre el trabajo del Comité Coordinador para el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos, incluido un examen reciente del sistema de administración de justicia de la Organización y los procedimientos que los funcionarios debían seguir para impugnar una decisión administrativa o disciplinaria en su contra. El examen había tenido por objeto lograr que el sistema de administración de justicia fuera independiente, robusto y profesional, y que funcionara

oportunamente. Se había informado al Comité que el Comité Coordinador estaba preparando un informe de dicho examen y se preveía que estaría listo para ser presentado a la Directora en julio del 2010.

225. El señor Philip MacMillan (Gerente de la Oficina de Ética, OSP) agregó que, en efecto, el informe sobre el examen había sido presentado a la Directora en julio del 2010. Se habían hecho algunos ajustes de conformidad con el informe, en tanto que otros todavía estaban en consideración, sobre lo cual se informaría al Comité Ejecutivo en su reunión de junio del 2011.

226. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas (documento CD50/INF/5)

227. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado y respaldado una propuesta de una celebración para rendir homenaje a los miles de agentes de salud y voluntarios de la comunidad que habían trabajado para lograr la erradicación de la viruela y reconocer la contribución del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas a la salud pública y a los buenos resultados del Programa Ampliado de Inmunización en la Región de las Américas.

228. La celebración del 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y el establecimiento del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas tuvo lugar el martes 28 de septiembre del 2010 en ocasión del 50.º Consejo Directivo. Como parte de la celebración, el Consejo rindió homenaje al doctor Ciro de Quadros por su contribución al Programa Ampliado de Inmunización de la OPS/OMS y por su papel en la creación del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Además, se develó una estatua del doctor Edward Jenner, pionero de la vacuna antivariólica. La estatua fue prestada a la OPS por el Museo Edward Jenner de Berkeley (Inglaterra).

229. El doctor Donald Henderson, que dirigió la campaña mundial de la OMS para erradicar la viruela y fue asesor técnico de la OPS sobre enfermedades prevenibles mediante vacunación; el doctor Ciro de Quadros, que promovió el Programa Ampliado de Inmunización y estableció el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas; la doctora Esperanza Martínez, Ministra de Salud de Paraguay y gran defensora del Fondo Rotatorio; la señora Sarah Parker, Directora del Museo Edward Jenner; y la doctora Mirta Roses, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, se dirigieron al Consejo. El doctor Henderson resumió los antecedentes de la iniciativa mundial para erradicar la viruela, destacando el hecho de que la mayoría de los adelantos en la lucha contra la viruela se habían originado en la Región de las Américas. El doctor de Quadros resumió la historia del Programa Ampliado de Inmunización y el Fondo Rotatorio, y expuso su visión con respecto a la labor de inmunización futura, subrayando la necesidad de programas similares al Fondo Rotatorio en otras regiones del mundo. La doctora Martínez destacó la

función que desempeñaba el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas al garantizar el crecimiento y la consolidación de los programas nacionales de vacunación. La señora Parker repasó brevemente la historia y la importancia del descubrimiento de la vacuna antivariólica. La doctora Roses habló de la introducción de la vacuna en la Región de las Américas y proporcionó más detalles sobre la historia del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Las intervenciones de la Dra. Roses, así como la de la Dra. Socorro Gross-Galiano al presentar el reconocimiento al Dr. De Quadros, constan en la página web del 50.º Consejo Directivo.

230. Los Estados Miembros agradecieron el trabajo de los doctores Henderson y De Quadros, y subrayaron el importante papel desempeñado por el Programa Ampliado de Inmunización y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas en la elaboración y el mantenimiento de programas nacionales de vacunación y en el fomento de la solidaridad y la equidad. Se puso de relieve también el papel de la Alianza GAVI, que facilitaba la disponibilidad de vacunas a precios asequibles, así como la importancia de la transferencia de tecnologías y el desarrollo de la capacidad de producción de vacunas en los países de la Región. Varios delegados informaron sobre sus actividades de inmunización a nivel nacional y describieron iniciativas para fortalecer sus programas de vacunación, introducir vacunas nuevas y mantener niveles elevados de cobertura.

231. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OSP) afirmó que la erradicación de la viruela y los triunfos posteriores en el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades prevenibles mediante vacunación se habían logrado gracias a la dedicación del personal sanitario en toda la Región.

Informes de avance en materia de asuntos técnicos (documento CD50/INF/6)

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (documento CD50/INF/6-A)

232. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había recibido con beneplácito los avances realizados hasta la fecha en la Región con respecto a la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), pero había observado que todavía no se lo había aplicado plenamente en todos los Estados Miembros, por lo que había instado a la OPS a que continuara intentando que todos los países de la Región cumplieran sus obligaciones de acuerdo con el Reglamento para junio del 2012. Los delegados habían destacado la necesidad de coordinación intersectorial a nivel nacional y de una estrecha colaboración, así como de un intercambio abierto y transparente de información, a nivel internacional, a fin de responder eficazmente a los riesgos para la salud pública que pudieran convertirse en situaciones de emergencia sanitaria mundial. Un delegado había subrayado la necesidad de que los Estados federales garantizaran una buena coordinación entre las autoridades sanitarias nacionales y las autoridades subnacionales.

233. También se había señalado la necesidad de abordar las lagunas en los preparativos para una pandemia y la respuesta. El Comité había señalado que la pandemia (H1N1) 2009 había puesto a prueba el Reglamento y había demostrado su eficacia; sin embargo, la pandemia también había revelado algunas áreas que era necesario reforzar, entre ellas la comunicación con los medios de difusión, la capacitación de recursos humanos y la coordinación entre el sector de la salud y otros sectores que intervenían en la vigilancia en los puntos de entrada y en la respuesta de urgencia. El Comité había recalcado la necesidad del apoyo constante de la OPS en esas áreas y en el examen y la modernización de la legislación nacional para armonizarla con los requisitos del Reglamento.

234. En las deliberaciones subsiguientes, el Consejo Directivo celebró el progreso en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), pero subrayó la necesidad de concluir la evaluación de las capacidades básicas y de mejorar esa capacidad, especialmente en los puntos de entrada, a fin de contar con la capacidad básica para la vigilancia y la respuesta que se requería en el Reglamento. Los delegados describieron las medidas tomadas en sus países para implementar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y destacaron la importancia del papel de la OPS para ayudar a los países a redactar leyes con el fin de armonizar la legislación nacional con el Reglamento. Varios delegados de la subregión del Caribe solicitaron asistencia específica de la Organización en esa área. Se destacó la utilidad de la cooperación horizontal para que los países pudieran introducir mejoras en las áreas donde se habían señalado puntos débiles, especialmente en los puntos de entrada. Varios también subrayaron la importancia de trabajar en el contexto de mecanismos regionales como el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), especialmente en cuanto a la vigilancia en puntos de entrada internacionales.

235. Los delegados mencionaron varias dificultades que estaban obstaculizando la acción para cumplir los requisitos en materia de capacidad básica, entre ellas la insuficiencia de recursos humanos, las deficiencias de la infraestructura y las limitaciones de los recursos financieros. Se propuso que la OPS apoyara la formación de capacidad en los puntos de entrada; por ejemplo, proporcionando traducciones al español de las directrices y las herramientas de evaluación pertinentes de la OMS y seleccionando módulos para la formación interdisciplinaria del personal. También se instó a la OPS a que fortaleciera su función como facilitadora de la comunicación entre los coordinadores nacionales y la OMS, especialmente en lo que se refería a asuntos que tenían implicaciones políticas para la Región. Se agradecieron la capacitación y el apoyo brindados por la OPS para los países que deseaban llevar a cabo los programas de epidemiología en el terreno elaborados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Tales programas se consideraban como una buena forma de mejorar la capacidad de los equipos de respuesta rápida a nivel local.

236. Varios delegados mencionaron la necesidad de mejorar los servicios de laboratorio a fin de contar con análisis oportunos de las muestras. Se sugirió que los países que

carecían de suficiente capacidad en materia de laboratorios a nivel nacional buscaran redes regionales de laboratorios de salud pública y fortalecieran la cooperación en cuanto al envío y el análisis de las muestras. Se destacó la importancia de las reuniones regionales e internacionales que ofrecían oportunidades para intercambiar experiencias; en particular, los delegados expresaron satisfacción por la organización de la primera reunión conjunta regional de coordinadores nacionales, directores de servicios de vigilancia nacionales y autoridades nacionales responsables de los puntos de entrada, celebrada en mayo del 2010 en Quito (Ecuador). Se recalcó la importancia de aprovechar al máximo las enseñanzas de la respuesta a la pandemia (H1N1) 2009. La Delegada de Chile informó que los puntos focales regionales designados en todo el país habían resultado muy útiles para la coordinación de la respuesta a la pandemia y también para la coordinación del socorro tras el terremoto de febrero del 2010.

237. La Delegada de los Países Bajos, refiriéndose a la próxima declaración de Curazao y Saint Maarten como países separados dentro del Reino de los Países Bajos, que tendría lugar el 10 de octubre del 2010, aseguró al Consejo que la legislación nacional de esos países nuevos se ceñiría al Reglamento antes de esa fecha.

238. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP), observando que, en algunos casos, la implementación del Reglamento implicaría una considerable reorganización de los sistemas nacionales, subrayó la necesidad de la participación y el apoyo de los más altos niveles políticos. Refiriéndose a los asuntos mencionados por el representante del Comité Ejecutivo en su informe, aseguró a los delegados que la Oficina asignaría prioridad a la capacitación de recursos humanos, la comunicación de riesgos y la coordinación. En efecto, ya se estaba impartiendo capacitación sobre comunicación de riesgos y se estaba trabajando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos en la elaboración de un programa de capacitación en epidemiología. También señaló que varias de las herramientas de la OMS se habían traducido al español y que la OPS estaba difundiendo las.

239. El Consejo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

Actualización sobre la pandemia (H1N1) 2009 (documento CD50/INF/6-B)

240. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había examinado el informe sobre la pandemia (H1N1) 2009 y había elogiado a la OPS por su liderazgo de la respuesta regional y había recalcado la necesidad de utilizar la experiencia y las enseñanzas extraídas de la pandemia a fin de fortalecer la planificación y mejorar la capacidad para responder a situaciones de emergencia en el campo de la salud pública en el futuro. Se había sugerido que el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS también tuviera en cuenta las enseñanzas de la pandemia en la Región. Se había subrayado la importancia de revisar o ampliar los planes nacionales de

preparativos contra una pandemia de gripe, así como la necesidad de establecer centros nacionales de gripe en todos los países de la Región. También se había destacado la necesidad de una estrecha coordinación entre los ministerios de salud y los ministerios de agricultura y ganadería en la vigilancia de enfermedades, la detección y la respuesta a los brotes.

241. En las deliberaciones del Consejo Directivo sobre el informe, los Estados Miembros agradecieron la asistencia oportuna y eficaz proporcionada por la OPS en respuesta a la pandemia (H1N1) 2009. También se agradeció la asistencia valiosa proporcionada por el Centro de Epidemiología del Caribe y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Los delegados pidieron que se hiciera un examen formal de las enseñanzas de la pandemia y describieron algunas de las enseñanzas extraídas de la experiencia en sus propios países. Se señaló que la pandemia había revelado algunos puntos débiles en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), así como la necesidad de proporcionar capacitación sobre la comunicación eficaz de los riesgos. Se destacó la importancia de la preparación estratégica por adelantado. Varios delegados subrayaron la necesidad de intensificar la prevención a nivel tanto comunitario como individual. También se señaló la importancia de la promoción de la salud y la enseñanza de hábitos básicos de higiene, como el lavado de las manos. Se manifestó la necesidad de campañas de información pública más eficaces, especialmente para promover el debate sobre las infecciones respiratorias agudas como causa de mortalidad en los grupos vulnerables.

242. Varios delegados recalcaron la importancia de un enfoque integrado y multisectorial de la vigilancia y la prevención de las enfermedades infecciosas emergentes. Se señaló que la colaboración entre los sectores de la salud humana y la salud veterinaria era especialmente importante en vista del origen zoonótico de la gripe por A (H1N1) y otras enfermedades recientes. La colaboración entre las autoridades de los sectores de la salud, la educación y el trabajo también se consideraba esencial para educar a la población acerca de la gripe y la forma de evitarla, y para facilitar la aplicación de medidas tales como el cierre de escuelas a fin de prevenir la propagación de la enfermedad. Se señaló que las pandemias eran problemas internacionales, no nacionales, y se destacó la necesidad de coordinar las respuestas regionales. En ese sentido se mencionó la necesidad de fortalecer los mecanismos de alerta y respuesta, y de implantar controles estrictos en las fronteras internacionales. El fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico de laboratorio también se consideraba crucial. Se subrayó la necesidad de acceso rápido a medicamentos, insumos de diagnóstico y vacunas, así como la necesidad de transferir tecnologías y desarrollar la capacidad de producción a nivel nacional, y se instó a la OPS a que intensificara la cooperación con los países en esas áreas. También se instó a la Organización a que apoyara el fortalecimiento de los planes para otras pandemias con la formulación de planes de preparativos para situaciones de emergencia que abarcaran varios

riesgos, aprovechando la experiencia adquirida con los preparativos y la respuesta para la pandemia (H1N1) 2009.

243. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) agradeció las contribuciones de los Estados Miembros y subrayó la necesidad de seguir vigilando la pandemia y fortalecer los sistemas de vigilancia. También señaló la necesidad de continuar la vacunación contra el virus pandémico, especialmente entre las embarazadas y otros grupos de alto riesgo.

244. La Directora agradeció a los delegados sus palabras de agradecimiento a la OPS y la OMS, y subrayó la necesidad de seguir trabajando para fortalecer la comunicación de riesgos, en particular para aliviar los temores del público con respecto a la inocuidad de la vacuna antipandémica. También señaló que, aunque el virus de la gripe A (H1N1) había resultado ser relativamente leve, las autoridades sanitarias no debían bajar la guardia, ya que en cualquier momento podía surgir un virus pandémico más virulento.

245. El Consejo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CD50/INF/6-C)

246. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que en junio se había informado al Comité sobre el progreso realizado con la ejecución del Plan de Acción para Fortalecer las Estadísticas Vitales y de Salud. Se había subrayado la importancia de disponer de estadísticas oportunas y fidedignas, y se había señalado que la falta de tales datos dificultaría la evaluación y el seguimiento del progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como del progreso de los diversos planes de acción que se estaban llevando a cabo en la Región. También se había informado al Comité que el plan de acción se reforzaría con la nueva Red Latinoamericana y del Caribe de Sistemas de Información en Salud, que también ayudaría a promover la cooperación horizontal entre los países de la Región. El Comité había afirmado la utilidad del plan de acción para ayudar a los Estados Miembros a mejorar la cobertura y la calidad de sus estadísticas.

247. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el progreso realizado en el fortalecimiento de los sistemas de estadísticas vitales y de salud en los países de la Región. Se destacó la importancia de la cooperación horizontal en esta área, así como la utilidad de las plataformas en la web para intercambiar información estadística. Se propuso que los informes futuros sobre los progresos realizados contuvieran mayor información sobre la colaboración con otras organizaciones y organismos técnicos internacionales en esta área y sobre las fuentes de los fondos extrapresupuestarios que se necesitarían para ejecutar el plan de trabajo para el bienio 2010-2011.

248. El Delegado de Argentina observó que, aunque en el informe sobre los progresos realizados se señalaba correctamente que el análisis de la situación y el plan estratégico de su país se habían elaborado en un marco diferente del recomendado por la OPS, Argentina había asignado recursos suficientes a su plan para mejorar la calidad y la cobertura de sus estadísticas y el plan preveía la cooperación técnica con países vecinos en el marco de la cooperación Sur-Sur, especialmente en el área de la capacitación de recursos humanos y la elaboración de material didáctico para mejorar la calidad de los datos sanitarios.

249. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) señaló la importancia no solo de la formulación, sino también de la ejecución de planes estratégicos para mejorar los sistemas de estadísticas vitales y de salud, y prometió que la Oficina continuaría cooperando con esa finalidad.

250. La Directora subrayó la importancia de tener sistemas de información fiables para determinar el progreso realizado y los contratiempos encontrados en la acción para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

251. El Consejo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

Iniciativa regional de datos básicos en salud y perfiles de país (documento CD50/INF/6-D)

252. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había examinado el informe sobre los progresos realizados en relación con la Iniciativa regional de datos básicos en salud, y había observado la estrecha relación entre esta iniciativa y la iniciativa para fortalecer las estadísticas vitales y de salud (véanse los párrafos 246 a 251). Se había subrayado que era fundamental fortalecer el diálogo y la coordinación entre el sector de la salud y los institutos nacionales de estadística a fin de que los sistemas de estadística nacionales recopilaran datos, como el peso al nacer, que eran importantes desde el punto de vista epidemiológico. Se había destacado la importancia de fortalecer la capacidad nacional para generar estadísticas sanitarias. Esa labor de formación de capacidad se consideraba especialmente importante en los países con grandes problemas de subnotificación o de falta de notificación sistemática de datos. Se había instado a la OPS a que proporcionara cooperación técnica para fortalecer la capacidad técnica y conceptual del personal responsable de la producción y difusión de estadísticas sanitarias. Además, se había propuesto colocar un enlace directo con el Observatorio Regional de Salud Pública en la página inicial del sitio web de la OPS para facilitar el acceso a los datos de salud básicos.

253. En las deliberaciones del Consejo acerca del informe de avance, los delegados apoyaron la iniciativa de datos básicos, expresaron satisfacción por los cambios introducidos en el Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud y subrayaron la necesidad de seguir trabajando para procurar la disponibilidad de estadísticas

sanitarias confiables, uniformes y oportunas. Se manifestó la necesidad de capacitar recursos humanos en los procedimientos de garantía de la calidad de los datos y en la evaluación y certificación periódica, tanto interna como externa, del personal responsable de la codificación de datos, y se solicitó el apoyo de la OPS con ese fin. Se sugirió que, como algunos de los indicadores básicos derivaban de la información obtenida de otras organizaciones internacionales, se especificaran las fuentes de la información usadas para calcular indicadores a fin de asegurar la comparabilidad de los datos.

254. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) instó a los Estados Miembros a que siguieran esforzándose por mejorar su capacidad para recopilar y validar estadísticas sanitarias, y les aseguró que la OPS seguiría apoyándolos en su labor. También dijo que la Oficina estaba segura de que el nuevo sistema basado en la web sería de mejor utilidad y facilitaría la comparación de datos.

255. La Directora observó que el sistema de indicadores básicos proporcionaba una fuente fácilmente accesible de información sanitaria no solo para los usuarios del sector de la salud, sino también para los legisladores, los periodistas y otros que tuvieran necesidad de tal información.

256. El Consejo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

Ejecución de la Estrategia regional y el Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud (documento CD50/INF/6-F)

257. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado un informe sobre el progreso en la ejecución de la Estrategia regional y el Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud, y había visto con beneplácito el progreso realizado hasta la fecha. El Comité había señalado que la OPS tenía un papel importante que desempeñar en la coordinación del intercambio de la experiencia y prácticas óptimas. Algunos delegados habían opinado que quizá se había prestado una atención desproporcionada a las enfermedades transmisibles, especialmente las de transmisión sexual, mientras que la información epidemiológica indicaba que las enfermedades crónicas no transmisibles ahora representaban la mayor carga de morbilidad en los países de la Región. Se había propuesto que se elaboraran indicadores y metas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para medir el progreso en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

258. El Consejo Directivo también aplaudió el avance logrado y acogió con beneplácito la orientación proporcionada en la Estrategia regional y el plan de acción, reconociendo que las enfermedades crónicas imponían una carga pesada para todos los países de la

Región. Muchos países habían basado sus estrategias nacionales en el plan de acción regional y sus cuatro líneas de acción. En muchos casos, el primer paso había consistido en realizar encuestas epidemiológicas y estudios para establecer puntos de comparación. Algunos delegados subrayaron la necesidad de incorporar una perspectiva de género y sensibilidad cultural en tales estudios, en particular en los países con grandes poblaciones indígenas.

259. Se informó que CARICOM había creado una matriz que mostraba el progreso de cada país del Caribe en la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, permitiéndoles comparar su avance y aprender de sí mismos con respecto al camino por delante. Se sugirió que esa matriz se copiase y se extendiera a otras partes de la Región. Los delegados respaldaron la sugerencia del Comité Ejecutivo de integrar los indicadores de las enfermedades no transmisibles en el sistema de seguimiento y evaluación para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

260. El Consejo reconoció que, para afrontar los retos de las enfermedades crónicas, se requeriría un enfoque integral de la sociedad que incluyera no solo el sector de la salud sino también la agricultura y la ganadería, el comercio, la educación, las finanzas y otros sectores. También sería necesario incluir a los representantes de la industria alimentaria a fin de obtener su apoyo y ofrecer productos alimenticios más saludables. Se subrayó la necesidad de fortalecer la capacidad de los servicios de atención primaria de salud para tratar a los pacientes con enfermedades crónicas, así como la necesidad de un enfoque basado en la totalidad del ciclo de vida para prevenir las enfermedades crónicas, orientado a las poblaciones vulnerables en particular.

261. Los delegados describieron los diversos órganos gubernamentales y normativos que sus países habían establecido con el fin de supervisar la ejecución de la estrategia regional y el plan de acción, así como la formulación de planes nacionales, el establecimiento de instituciones especializadas en enfermedades específicas tales como el cáncer o la diabetes, la adopción de medidas regulatorias de la calidad de los alimentos y la organización de campañas de educación del público para promover la actividad física y modos de vida sanos. Diversos delegados también describieron las actividades realizadas a nivel nacional para promover la consecución de la meta general de la estrategia, entre ellas la organización de eventos de actividad física y la construcción de instalaciones deportivas, la reformulación de alimentos y bebidas, la reducción del contenido de sal de los alimentos, directrices para alimentos nutritivos y saludables en las escuelas y medidas para proteger a los niños de los avisos publicitarios de alimentos insalubres, la designación de días de bienestar y la creación de “tarjetas de bienestar” que ofrecían descuentos para alimentos saludables y actividades deportivas.

262. Los delegados dijeron que la OPS podría desempeñar un papel importante al apoyar a los países en la formación de capacidad y el fomento del intercambio de prácticas óptimas. También esperaban un resultado provechoso de la reunión de alto nivel de las

Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles, que se realizaría en septiembre del 2011.

263. Un representante de Alzheimer's Disease International señaló que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias estaban teniendo efectos cada vez mayores en la salud en todo el mundo, con un costo económico superior que casi todas las demás enfermedades, pero a menudo no se las reconocía debido a la idea equivocada de eran una parte normal del envejecimiento. Su asociación había entablado conversaciones con la OMS acerca del establecimiento de un plan de acción conjunto y esperaba recibir el apoyo de los Estados Miembros en la Región.

264. Un representante de la Federación Internacional de Talasemia señaló que parecía que las hemoglobinopatías, como la talasemia, la anemia de células falciformes y la hemofilia, no se encontraban en el grupo de enfermedades crónicas que estaba examinando la Organización. Tales enfermedades podían detectarse rápidamente con pruebas sencillas y su organización esperaba persuadir a los gobiernos de que introdujeran esas pruebas, por ejemplo en el momento del matrimonio. Instó a la OPS a que prestara más atención a las hemoglobinopatías.

265. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) felicitó a los países que habían avanzado en el marco de la estrategia y el plan de acción, observando al mismo tiempo que sólo 16 habían preparado planes nacionales para el control de enfermedades no transmisibles. Era necesario aumentar esa tasa de ejecución. Era importante que los delegados instaran a sus jefes de Estado y de gobierno a que asistieran a la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles en septiembre del 2011, más aún porque estaba organizándose en respuesta a una iniciativa de CARICOM. Informó al Consejo que la Oficina estaba haciendo planes para las reuniones regionales de consulta que antecederían a la reunión de alto nivel.

266. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (documento CD50/INF/6-G)

267. El doctor Celsius Waterberg (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había visto con agrado el progreso realizado en la Región para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, pero había expresado inquietud acerca de la amenaza planteada por casos importados de la enfermedad. Se había subrayado la importancia de la vigilancia continua. A este respecto se había señalado que la existencia de casos subclínicos no detectados podía dar lugar a una subestimación de la verdadera incidencia de rubéola. También se había destacado la importancia de lograr y mantener una cobertura de vacunación de 95% o mayor en todos los niveles, no solo a nivel nacional, así como la necesidad de investigar todos los casos presuntos y de garantizar un diagnóstico

oportuno. Algunos delegados habían informado que, en sus países, los grupos que sostenían que la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola estaba vinculada al autismo habían montado campañas contra la vacunación. Los delegados habían subrayado la necesidad de que los funcionarios de salud tomaran medidas con prontitud para contrarrestar esa acción y mantener un nivel elevado de cobertura de vacunación.

268. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS) observó que la Región de las Américas estaba una vez más a la vanguardia con respecto a la erradicación y eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Los países de la Región primero habían erradicado la poliomielitis y luego habían eliminado el sarampión, y ahora habían transcurrido 19 meses desde el último caso endémico de rubéola, que se había confirmado en febrero del 2009. La Región, por lo tanto, había logrado la meta de la eliminación del síndrome de rubéola congénita para el 2010.

269. Ese éxito de salud pública sin precedentes no hubiera sido posible sin el compromiso de los Estados Miembros, las contribuciones de los colaboradores de la OPS y el compromiso irreductible del personal de salud de la Región. Todos los países de la Región habían puesto en marcha las estrategias recomendadas por el grupo consultivo técnico de la OPS, entre ellas la administración de la vacuna contra la rubéola como parte de los programas de vacunación sistemática y la realización de campañas de vacunación complementaria y acelerada. En consecuencia, para diciembre del 2009 unos 450 millones de personas se habían vacunado contra el sarampión y la rubéola, y se habían prevenido más de 112.500 casos de síndrome de rubéola congénita. La Región estaba documentando las enseñanzas de la iniciativa de eliminación para darlas a conocer a otras regiones.

270. Señalando que la Región de las Américas no podía mantener el éxito de la eliminación de las enfermedades por sí sola, la doctora Tambini instó a los Estados Miembros a que siguieran preconizando iniciativas de eliminación en otras regiones y a que promovieran las deliberaciones sobre el tema en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2011.

271. El Consejo aplaudió el éxito de la Región con la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, que se atribuyó al fuerte espíritu de panamericanismo y cooperación entre los países del continente americano, sumado al liderazgo y la coordinación de la OPS. También se destacó la función estratégica del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. El Consejo acogió con beneplácito el plan de la Oficina para documentar las enseñanzas de la iniciativa de eliminación. Se señaló que la inversión en la tarea de eliminación había ayudado a fortalecer la vigilancia epidemiológica, la atención primaria de salud, los programas de vacunación nacionales y las redes de laboratorios de salud pública, lo cual, a su vez, ayudaría a lograr la sostenibilidad de la eliminación. Se subrayó la importancia de mantener un nivel elevado de cobertura de vacunación, así como la necesidad de vacunar tanto a los hombres como a las mujeres. El Consejo destacó la importancia de mantenerse atentos para prevenir la reintroducción de la enfermedad

mediante casos importados y subrayó la necesidad de que los países situados fuera de la Región de las Américas aceleraran sus esfuerzos para eliminar la rubéola. Los delegados pidieron que se tratara el tema en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud y que se estableciera un plazo mundial para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. También hicieron un llamado a las autoridades sanitarias para que aumentaran la conciencia sobre el tema en los más altos niveles políticos de sus países y en otros foros internacionales.

272. La doctora Tambini agradeció a los delegados sus comentarios y su apoyo, y les aseguró que la OPS los apoyaría en la próxima Asamblea Mundial de la Salud en el llamamiento a las otras regiones para que redoblaran sus esfuerzos a fin de eliminar el sarampión y la rubéola.

273. El Consejo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

274. Se entregaron placas a los siguientes Estados Miembros e instituciones colaboradoras en reconocimiento de su trabajo con respecto a la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: el Ministerio de Salud de Costa Rica; el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España; la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y el Instituto del Suero de la India.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD50/INF/7)

63.^a Asamblea Mundial de la Salud (documento CD50/INF/7-A) y Cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (documento CD50/INF/7-B)

275. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había examinado un informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 127.^a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS que revestían un interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. En las deliberaciones subsiguientes se había señalado que en el informe no se mencionaba la decisión de la Asamblea de la Salud sobre el tema de la falsificación de medicamentos (decisión WHA63[10]) y se había indicado que se incluyera información al respecto en el informe que se prepararía para el Consejo Directivo.

276. El Delegado de Argentina había señalado que, durante la Asamblea de la Salud, muchos representantes de países de la Región de las Américas habían subrayado la necesidad de tratar los procedimientos para evaluar la seguridad y la eficacia de los medicamentos existentes. Había propuesto incluir en el orden del día del 50.^o Consejo Directivo un punto sobre la necesidad de fortalecer la capacidad de las autoridades reguladoras para velar por la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos.

Varios delegados habían apoyado la propuesta, en tanto que otros habían opinado que sería preferible presentar el tema por medio del Comité Ejecutivo en el 2011, a fin de que hubiera tiempo para preparar un documento basado en una buena investigación. La Directora había dicho que la Oficina podía preparar un documento de antecedentes para el nuevo tema propuesto, utilizando como base el informe de la quinta conferencia de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, y luego el Consejo podría decidir si incluiría el tema en su orden del día definitivo.

277. Se aprobó la inclusión del tema en el orden del día del Consejo (véanse los párrafos 146 a 156).

278. El Consejo tomó nota de los informes sobre las resoluciones relativas a diversos asuntos sanitarios que habían sido aprobadas en la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud y en el cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros (documento CD50/INF/8, Rev. 1)

Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público(IPSAS) (Documento CD50/INF/8, Rev. 1-A)

279. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que se había informado al Comité que la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) estaba a punto de concluir, aunque la transición había sido un reto considerable, en parte porque los recursos de la Organización habían aumentado considerablemente, en particular para sus actividades de compras. Debido a ese aumento, el personal responsable había tenido que hacer frente a un volumen de trabajo mayor, al mismo tiempo que cumplía todos los requisitos nuevos contables. Sin embargo, los resultados habían sido satisfactorios, según se confirmaba en el informe del Auditor Externo. También se había informado al Comité que, a marzo del 2010, se habían usado alrededor de \$200.000 del presupuesto original de \$300.000 para la implementación de las IPSAS y que quizá se necesitarían alrededor de \$20.000 más para concluir el proceso de implementación.

280. El Consejo Directivo agradeció la información actualizada sobre la implementación de las IPSAS, reconociendo que había sido un proceso prolongado, pero observando que era una manifestación concreta del compromiso de la Organización con el empleo de prácticas administrativas y financieras óptimas. Un delegado preguntó cuándo y de qué forma se pondría el manual de contabilidad de las IPSAS a disposición de los Estados Miembros.

281. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP) estuvo de acuerdo en que la implementación de las IPSAS había sido una lucha, pero

la Oficina continuaba avanzando. Se había escrito el manual de contabilidad y se le estaban agregando las observaciones formuladas por el Auditor Externo. Cuando estuviera listo, los Estados Miembros podrían consultarlo en el sitio web de la Organización. Agregó que la Oficina era uno de sólo siete organismos de las Naciones Unidas que habían cumplido el compromiso de implementar las IPSAS a más tardar el 1 de enero del 2010. Los últimos meses del año eran decisivos, ya que la Organización debía cerrar las cuentas anuales y cerciorarse de que todo estuviera haciéndose de conformidad con el proyecto de manual de contabilidad. Agradeció el apoyo de los Estados Miembros, en particular la aprobación del presupuesto de \$300.000 para la implementación de las IPSAS.

282. El Consejo tomó nota del informe.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (CD50/INF/8, Rev. I-B)

283. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había examinado un informe sobre el estado de los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital. El Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración también había abordado el asunto con anterioridad y había examinado el pedido de la Directora de que se transfirieran otros \$2 millones del excedente previsto del presupuesto ordinario por programas para el 2008-2009 al Fondo Maestro de Inversiones de Capital. El Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara esa solicitud. El Subcomité también había indicado que se necesitaba un análisis más detallado del trabajo en relación con los proyectos financiados por el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, ya que en algunos casos no resultaba claro cuánto dinero se había gastado en comparación con lo que se había presupuestado. El informe presentado al Comité Ejecutivo sobre este tema contenía la información solicitada por el Subcomité, así como datos actualizados sobre los daños sufridos por los establecimientos de la OPS como consecuencia de los terremotos de Haití y Chile.

284. Como se había informado antes durante las deliberaciones sobre el Informe financiero del Director correspondiente al bienio 2008-2009 (véanse los párrafos 174 a 179), el Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE146.R2 mediante la cual se autorizaba la transferencia de \$2 millones del excedente del presupuesto ordinario por programas para el 2008-2009 a fin de reponer el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

285. El Consejo Directivo agradeció la información actualizada sobre la ejecución de proyectos con recursos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital. En particular agradeció el compromiso de la Organización con el seguimiento constante y la priorización de tales proyectos. Se sugirió que se proporcionaran más detalles sobre los diversos proyectos, incluida su ubicación geográfica, así como las cantidades ya gastadas y las que todavía no se habían gastado, a fin de que los Cuerpos Directivos pudieran tomar decisiones mejor fundamentadas.

286. El señor Edward Harkness (Gerente del Área de Operaciones de Servicios Generales) agradeció el apoyo decidido de los Estados Miembros y se comprometió a suministrar en adelante la mayor información solicitada.

287. El Consejo tomó nota del informe.

Situación del Comité de Auditoría de la OPS (CD50/INF/8, Rev. I-C)

288. La señora Miriam Naarendorp (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había nombrado a los integrantes del Comité de Auditoría en junio, de conformidad con la recomendación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, el cual, en su sesión de marzo, había formado un grupo de trabajo para examinar la idoneidad de los candidatos seleccionados por la Directora. El grupo de trabajo había hecho una lista de cuatro candidatos por orden de preferencia. Había recomendado que se nombrara a los tres primeros candidatos de la lista, pero había incluido a cuatro para dar al Comité Ejecutivo la posibilidad de elegir. Esos cuatro candidatos eran, por orden de preferencia, el señor Alain Gillette, el señor Peter Maertens, la señora Carman LaPointe y la señora Amalia Lo Faso.

289. El Comité Ejecutivo había aceptado la recomendación del Subcomité y había seleccionado los tres primeros candidatos propuestos. Esa decisión se reflejaba en la resolución CE146.R5. Posteriormente se había determinado por sorteo que el señor Alain Gillette formaría parte del Comité de Auditoría durante cuatro años, la señora Carman LaPointe durante tres años y el señor Peter Maertens durante dos años.

290. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica de la OSP) informó al Consejo que, tras la reunión de junio del Comité Ejecutivo, todos los candidatos seleccionados habían aceptado prestar servicios en el Comité de Auditoría, pero posteriormente la señora Carman LaPointe había sido nombrada Subsecretaria General de las Naciones Unidas en Nueva York y se había visto obligada a retirarse. El cuarto finalista, la señora Amalia Lo Faso, había expresado su disposición a servir en reemplazo de la señora Carman LaPointe y su candidatura sería considerada en el 147.º Comité Ejecutivo. Si se aprobaba su nombramiento, el Comité de Auditoría celebraría una reunión preliminar a principios de noviembre y comenzaría su trabajo de fondo en el 2011.

291. Un delegado expresó satisfacción por el hecho de que el Comité de Auditoría iniciaría su labor en breve.

292. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Otros asuntos

293. La Directora informó al Consejo que el Gobierno de Estados Unidos de América había distribuido un comunicado el 1 de octubre del 2010, en el cual lamentaba

profundamente que en el período 1946-1948 su servicio de salud pública había participado en un experimento en el cual algunas personas había sido infectadas deliberadamente con sífilis en Guatemala como parte de un estudio de la prevención de infecciones de transmisión sexual. La OPS lamentablemente había participado en ese experimento deplorable, que había sido financiado con una contribución de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y había sido dirigido por el doctor John Cutler, que posteriormente había sido nombrado Director Adjunto de la Organización. La OPS deseaba expresar su profundo pesar al pueblo de Guatemala y afirmar que, igual que la OMS, ahora tenía normas rigurosas de ética para las investigaciones con sujetos humanos que garantizaban que tal trato indebido nunca volvería a producirse.

294. El Delegado de Cuba lamentó que, por razones políticas, su delegación una vez más no había recibido visas oportunamente del Gobierno de Estados Unidos, a pesar de haber cumplido todos los requisitos y, por lo tanto, no había podido asistir los dos primeros días del 50.º Consejo. Deseaba dejar constancia del desacuerdo de su gobierno con el procedimiento que impedía a un Estado Miembro de un órgano de las Naciones Unidas asistir a las reuniones.

295. Muchos delegados expresaron solidaridad con el pueblo de Ecuador por los disturbios civiles que se habían producido durante la semana del Consejo Directivo y expresaron apoyo a las víctimas de las inundaciones recientes de Haití, Jamaica y México.

Reconocimiento del Dr. Gerald Hanson

296. En el marco de la celebración del 50.º aniversario del Programa de Radiología y Radioprotección de la OPS, el Consejo reconoció el trabajo del doctor Gerald Hanson, ex jefe de ese Programa y posteriormente jefe de radiomedicina en la OMS. También se reconoció a los sucesores del doctor Hanson en la OPS, los doctores Cari Borrás y Pablo Jiménez. El discurso del doctor Hanson se encuentra en la página web del 50.º Consejo Directivo.

Clausura de la sesión

297. Tras el intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Vicepresidente declaró clausurado el 50.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

298. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 50.º Consejo Directivo:

Resoluciones

CD50.R1: Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CD50/22);

Teniendo en cuenta el aumento considerable de las actividades de compras de insumos de salud pública por medio de los tres mecanismos de compras de la Oficina Sanitaria Panamericana en nombre de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, y que cada vez más resultan insuficientes los recursos financieros disponibles para los servicios administrativos de apoyo requeridos para dichas actividades de compra,

RESUELVE:

1. Aumentar el cargo actual de tres por ciento (3%) que se le aplica a la compra de insumos de salud pública que realiza la Oficina para los Estados Miembros de la OPS en medio punto porcentual (0,5%), quedando establecido el total de dicho cargo en tres y medio por ciento (3,5%), con efecto a partir del 1 de enero del 2011.
2. Destinar el medio punto porcentual 0,5% adicional de este cargo al Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas con el objeto de sufragar los gastos de administración de las actividades de compra a lo largo de la Organización de los siguientes tres mecanismos de compra:
 - Compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros,
 - Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas,
 - Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

(Segunda reunión, 27 de septiembre del 2010)

CD50.R2: Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD50/18, *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*;

Reconociendo la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad relacionada con los trastornos debidos al consumo de sustancias en el mundo y en la Región de las Américas, así como la laguna existente en el tratamiento y la atención de las personas afectadas por tales trastornos;

Entendiendo que se necesita una estrategia equilibrada que incluya enfoques de control de la oferta como de la reducción de la demanda que satisfagan la necesidad fundamental de proporcionar servicios de prevención, detección, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y apoyo a fin de disminuir las consecuencias adversas del consumo de sustancias y promover la salud y el bienestar social de las personas, las familias y las comunidades;

Considerando el contexto y el marco para la acción que ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, la Estrategia hemisférica sobre drogas de la Organización de Estados Americanos/Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA/CICAD) y el Programa de Acción de la Organización Mundial de la Salud para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, que reflejan la importancia del problema del consumo de sustancias y establecen objetivos estratégicos para abordarlo;

Observando que en la Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública propuesta se señalan las principales áreas de trabajo a abordarse, así como las áreas de cooperación técnica para atender las diferentes necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo de sustancias,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública, y apoya su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con relación al consumo de sustancias.
2. Instar los Estados Miembros a que:
 - a) señalen el consumo de sustancias como una prioridad de salud pública y adopten planes para enfrentar los problemas del consumo de sustancias que sean acordes con su repercusión para la salud pública, especialmente con respecto a la reducción de las lagunas en el tratamiento;
 - b) reconozcan que los problemas relacionados con las sustancias son el resultado de una interacción entre la salud, por una parte, y los determinantes sociales y los

resultados, por la otra, y que para hacer frente a los problemas del consumo de sustancias es necesario aumentar la protección social, el desarrollo sostenible y el acceso a servicios de salud de buena calidad;

- c) promuevan el acceso universal y equitativo a la asistencia para el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias y la intervención temprana para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios en el marco de sistemas basados en la atención primaria de salud y redes de servicios integrados y una acción progresiva para eliminar el modelo del pasado centrado en el hospital residencial;
- d) continúen fortaleciendo su marco jurídico con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias y hacer cumplir eficazmente las leyes sin que ello tenga efectos negativos en la salud pública;
- e) promuevan iniciativas intersectoriales para prevenir el inicio del consumo de sustancias, prestando especial atención a los niños, las niñas y los adolescentes, y reducir la estigmatización y la discriminación de las personas que tienen trastornos debido al consumo de sustancias;
- f) promuevan la participación eficaz de la comunidad, de ex usuarios de sustancias y de familiares en las actividades de formulación de políticas, prevención y tratamiento mediante el apoyo a las organizaciones de ayuda mutua;
- g) reconozcan la formación de recursos humanos en el área de la prevención del consumo de sustancias, la asistencia y el tratamiento como componente clave de la mejora de los planes y servicios nacionales de salud y elaboren y ejecuten programas sistemáticos de capacitación y cambios en los programas de estudios;
- h) cierren la brecha actual en la información sobre el consumo de sustancias por medio de mejoras en la producción, el análisis y el consumo de información, así como de investigaciones, con un enfoque intercultural y de igualdad de género;
- i) fortalezcan las alianzas entre el sector público y otros sectores, incluidas las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y actores sociales clave, poniendo de relieve su participación en la formulación de políticas y planes relacionados con el consumo de sustancias;
- j) asignen suficientes recursos financieros para lograr un equilibrio adecuado entre las actividades de control de la oferta y de reducción de la demanda.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que prepare un plan de acción decenal, en estrecha colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de investigación, los centros colaboradores de la OPS/OMS, la OEA/CICAD y otras organizaciones internacionales, a fin de presentarlo al Consejo Directivo en el 2011;
 - b) que apoye a los Estados Miembros en la preparación y ejecución de planes nacionales en relación con el consumo de sustancias en el marco de su política social y de salud pública, teniendo en cuenta la Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública, esforzándose para corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención de los grupos vulnerables y con necesidades especiales;
 - c) que colabore en la evaluación de los problemas y los servicios relacionados con el consumo de sustancias en los países con miras a que se tomen medidas eficaces apropiadas a fin de disminuir estos problemas;
 - d) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras y fomente la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
 - e) que promueva las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organizaciones internacionales y otros actores regionales, a fin de apoyar la respuesta multisectorial que se necesita para ejecutar esta Estrategia;
 - f) que coordine la aplicación de la estrategia con la OEA/CICAD y con las comisiones nacionales antidrogas, según corresponda.

(Tercera reunión, 28 de septiembre del 2010)

CD50.R3: *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, México y Suriname*

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 9.B y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que fueron elegidos los Estados Unidos de América, Granada y Perú para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, México y Suriname,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a los Estados Unidos de América, Granada y Perú para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Bolivia, México y Suriname los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R4: Sueldo del Director y modificaciones del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD50/23;

Habiendo considerado la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en vigor a partir del 1 de enero del 2010;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 146.^a sesión de ajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE146.R13),

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2010, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, en \$201.351 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$143.878 (con familiares a cargo) o de \$129.483 (sin familiares a cargo).
2. Aprobar la modificación del párrafo 4.3 del Estatuto del Personal, mediante la cual se aclara que deben considerarse los principios de diversidad e inclusión para la contratación del personal.

(Quinta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R5: Fortalecimiento de los programas de inmunización

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Fortalecimiento de los programas de inmunización* (documento CD50/14) y considerando los importantes avances logrados por los países en el campo de la vacunación;

Reconociendo que los Estados Miembros y la Organización Panamericana de la Salud han realizado esfuerzos efectivos por homogeneizar las políticas y estrategias de vacunación, promoviendo la capacitación de los equipos nacionales para la gerencia y ejecución efectiva de los programas nacionales e incluyendo la integración del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas como el mecanismo de cooperación que favorece el acceso a productos biológicos y otros insumos por parte de todos los Estados Miembros;

Reconociendo que algunos Estados Miembros han definido a las inmunizaciones como un bien público que ha contribuido de manera significativa a la reducción de la mortalidad infantil y logrado la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como el control epidemiológico de otras enfermedades prevenibles por vacunación en la Región;

Reiterando que el Fondo Rotatorio ha sido determinante en el acceso oportuno y equitativo a vacunas para los Estados Miembros y que como parte de la cooperación técnica ha permitido la estandarización de los esquemas de vacunación en los países de las Américas, el logro de elevadas coberturas de vacunación y la respuesta oportuna ante brotes y otras emergencias sanitarias, así como una acelerada introducción en el uso de las denominadas nuevas vacunas, tales como las vacunas contra el rotavirus, contra el VPH neumococo, contra el virus de papiloma humano (VPH) y, recientemente, contra el virus de la gripe por A(H1N1);

Reconociendo que la protección de los programas nacionales y regionales de inmunización es una condición indispensable para mantener los logros alcanzados por todos los Estados Miembros y que la reducción en los niveles de vacunación en cualquiera de los países afecta de manera directa al resto de los países,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) ratifiquen a los programas nacionales de vacunación como un bien público;

- b) respalden la visión y la Estrategia Regional de Inmunización y cumplan los siguientes objetivos:
- mantener los logros: una Región libre de poliomielitis, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita, con el control de la difteria, tos ferina y Hib;
 - completar la agenda inconclusa: eliminar el tétanos neonatal; lograr el control epidemiológico de la hepatitis B, la influenza estacional y la fiebre amarilla; lograr que todos los municipios tengan coberturas mayores de 95% (tomando DPT3 como trazador), y completar la transición de un enfoque de vacunación dirigido al niño hacia un enfoque de inmunización integral de la familia;
 - hacer frente a los nuevos desafíos: introducir nuevas vacunas que contribuyan a los logros de los ODM; fortalecer la capacidad nacional en la toma de decisiones; promover la sustentabilidad financiera del PAI, y fortalecer los servicios de vacunación e inmunización dentro del marco de los sistemas y servicios basados en la atención primaria de salud;
 - respaldar al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS como el mecanismo de cooperación estratégico que permite el acceso oportuno y equitativo de los Estados Miembros a los insumos de sus programas de inmunización.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que continúe brindando apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer la capacidad operativa de los programas nacionales de inmunización en el marco de la atención primaria de salud, utilizando estrategias que permitan garantizar acciones en los municipios con bajas coberturas, así como en poblaciones en situación de vulnerabilidad y de difícil acceso;
 - b) que brinde acompañamiento técnico a los Estados Miembros para la toma de decisiones basada en evidencias, por medio de la Red ProVac de Centros de Excelencia;
 - c) que fortalezca y mantenga el Fondo Rotatorio eficiente y activo, basado en los principios y reglas que han dado resultados exitosos a través de sus 30 años de operación;

- d) que continúe apoyando firmemente la promoción y la movilización social ante los sentimientos en contra de la vacunación cada vez mayores que siguen cuestionando las iniciativas de vacunación.

(Sexta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R6: Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta el *Informe de avance sobre el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco: Oportunidades y desafíos para su implementación en la Región de las Américas* (documento CD50/26);

Reconociendo que existe evidencia científica sustancial de que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, con gran peso en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y que generan un inmenso costo sanitario, económico y social; y que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como principio fundamental que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” y que este derecho esta reconocido también en varias convenciones internacionales y regionales ratificadas por la mayoría de los Estados Miembros de la Región;

Considerando que las conclusiones del Comité de Expertos en Documentos de la Industria Tabacalera, citadas en la resolución WHA54.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, destacan que “la industria tabacalera ha funcionado durante años con la intención manifiesta de socavar el papel de los gobiernos y de la OMS en la aplicación de las políticas de salud pública encaminadas a combatir la epidemia de tabaquismo”;

Profundamente preocupados por las campañas de desinformación, así como por las acciones judiciales iniciadas por la industria tabacalera en contra de las medidas de control del tabaco adoptadas por los Estados Miembros;

Teniendo en cuenta que el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en su Artículo 5.3 dispone que “a la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional”;

RESUELVE:

1. Expresar su apoyo a la República Oriental del Uruguay por todas las medidas nacionales adoptadas, de acuerdo a las disposiciones del Convenio Marco y sus directrices y, en particular, aquellas en relación al empaquetado de los productos de tabaco cuyo fin es informar a la población sobre los riesgos del tabaco y evitar que, directa o indirectamente, se sugiera que algunos productos son menos nocivos para la salud.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que se opongan a los intentos por parte de la industria tabacalera o de sus grupos aliados, de interferir, demorar, obstaculizar o impedir la implementación de las medidas de salud pública orientadas a proteger a la población de las consecuencias del consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco ajeno;
 - b) a que reconozcan la necesidad de monitorear, documentar y, de acuerdo a la legislación nacional vigente, hacer públicas las actividades de la industria tabacalera a fin de poner sus estrategias en evidencia y reducir su eficacia;
 - c) a que promuevan prácticas de salud pública que protejan a los niños, las niñas y a las y los adolescentes de los peligros del consumo de tabaco y sus consecuencias negativas para la salud y, en última instancia, reducir la carga de enfermedad y las muertes causadas por el consumo de tabaco;
 - d) a que consideren la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, si aún no lo han hecho, y a que implementen sus disposiciones y directrices.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que continúe fortaleciendo la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;
 - b) que fortalezca, promocióne y facilite el intercambio de información entre los Estados Miembros sobre legislaciones, directrices, mejores prácticas y experiencias con la industria tabacalera, entre otros.

(Sexta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R7: *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (documento CD50/11), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008–2012,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) reiteren su compromiso con el logro de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007–2015 y el desarrollo de planes nacionales de recursos humanos en concertación con los sectores y actores sociales relevantes;
 - b) establezcan mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con las instancias nacionales encargadas de la educación, las instituciones académicas y otros actores interesados para promover una mayor convergencia de los perfiles y competencias de los futuros profesionales con las orientaciones y necesidades del sector salud;
 - c) formulen una política de aprendizaje que incluya, como un recurso complementario, el aprendizaje por medios virtuales dirigida a todos los niveles y entidades del sistema de salud, así como la definición de marcos de competencia para los equipos de salud familiar y comunitaria;
 - d) promuevan el desarrollo de competencias del personal de salud, con especial énfasis en la interculturalidad y la equidad de género;
 - e) adopten una estrategia de redes de aprendizaje (*eLearning*) con el enfoque de educación permanente, haciendo uso de las tecnologías de información y comunicación orientadas a la transformación de las prácticas de salud vigentes y del comportamiento institucional;
 - f) promuevan, entre los países y territorios de la Región, la producción e intercambio de recursos abiertos de aprendizaje y de experiencias.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros en la formulación de políticas y de planes de aprendizaje y de *eLearning* dirigidos al personal de los servicios de salud;
 - b) que apoye el diseño y el fortalecimiento de la infraestructura necesaria en apoyo del *eLearning*;
 - c) que apoye a los países de la Región así como las iniciativas subregionales en el desarrollo de estrategias y mecanismos de coordinación y cooperación entre la autoridad sanitaria nacional y las instituciones de educación en el marco de un compromiso y una responsabilidad social compartidos hacia la renovación de la atención primaria de salud;
 - d) que promueva la creación de redes de aprendizaje articuladas a nivel regional y la producción de recursos de aprendizaje para fortalecer las capacidades de liderazgo y de conducción del sector salud en temas prioritarios para la Región;
 - e) que contribuya a fortalecer, a través del Campus Virtual de Salud Pública, las capacidades de los países en el desarrollo de las competencias de su personal de salud y en la utilización de las tecnologías de información y de comunicación.

(Sexta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R8: *La salud y los derechos humanos*

El 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La salud y los derechos humanos* (documento CD50/12);

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

Reconociendo que en la Agenda de Salud para las Américas (2008–2017) los(as) ministros(as) y secretarios(as) de salud: a) declararon su compromiso renovado con el principio mencionado anteriormente establecido en la Constitución de la OMS; b)

reconocieron que los derechos humanos son parte de los principios y valores inherentes a la Agenda de Salud, y c) declararon que, con el propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, los países deben procurar la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusión en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades;

Consciente de que el Plan Estratégico de la OPS 2008–2012 Modificado señala que “El derecho internacional de derechos humanos, consagrado en convenios y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias, así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados”;

Reconociendo que los instrumentos de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano son útiles para el progreso de los Estados Miembros con relación al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), en especial aquellos relacionados con erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1), reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6);

Observando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo han recomendado a los Estados Miembros que formulen y adopten políticas, planes y legislaciones en materia de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, en el contexto de la salud mental (documento CD49/11), el envejecimiento activo y saludable (documento CD49/8), la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD49/12), la igualdad de género (documento CD49/13), la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (documento CSP26/14), el acceso a la atención para las personas que viven con el VIH (documento CD46/20), la salud de los pueblos indígenas (documento CD47/13) y la prevención y rehabilitación de la discapacidad (documento CD47/15), entre otros;

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

RESUELVE:

1. Exhortar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional, posibilidades financieras y presupuestarias, así como su legislación vigente, a que:
 - a) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, tales como las defensorías y secretarías de derechos humanos, para evaluar y vigilar la

- implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;
- b) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria a fin de apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;
 - c) apoyen la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, especialmente las disposiciones referentes a la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad;
 - d) promuevan y fortalezcan los programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables;
 - e) formulen y, de ser posible, adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, educativo y de otra índole para difundir los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados entre el personal apropiado de los poderes legislativos, judiciales y otras autoridades gubernamentales;
 - f) promuevan la difusión de información entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, con respecto a los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud, a fin de abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.
2. Solicitar a la Directora, dentro de las posibilidades financieras de la Organización:
- a) que facilite la colaboración técnica de la OPS con los comités, órganos y relatorías de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano;
 - b) que capacite al personal de la Organización para que, progresivamente, las áreas técnicas, en especial aquellas más relacionadas con la protección de la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, incorporen en sus programas los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud;
 - c) que promueva y estimule la colaboración e investigación con las entidades docentes, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores

sociales, cuando corresponda, a fin de promover y proteger los derechos humanos en consonancia con los instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud;

- d) que promueva el intercambio de buenas prácticas y experiencias exitosas entre los Estados Miembros de la OPS a fin de evitar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

(Sexta reunión, 29 de septiembre del 2010)

CD50.R9: Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos* (documento CD50/20);

Considerando las resoluciones WHA45.17 (1992) y WHA47.17 (1994) de la 45.^a y 47.^a Asamblea Mundial de la Salud, respectivamente; el documento EB113.10 (2004) del 113.º Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el documento CD42/15 (2000) del 42.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, sobre las funciones esenciales de salud pública y el fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado, así como el Procedimiento para la designación de autoridades reguladoras de referencia regional de medicamentos y productos biológicos de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que el fortalecimiento de la capacidad de las autoridades reguladoras nacionales y que la designación de autoridades reguladoras de referencia regional puede dar lugar al reconocimiento de las capacidades instaladas en la Región de las Américas y al establecimiento de mecanismos de cooperación que permitan fortalecer a otras autoridades reguladoras nacionales en su función rectora;

Reconociendo la iniciativa de los Estados Miembros y la OPS/OMS en la elaboración de un instrumento consensuado y la creación de un procedimiento para la calificación de las autoridades reguladoras de referencia regional;

Reconociendo la posibilidad de contar con la participación de las autoridades reguladoras de referencia regional en los procesos de evaluación de productos como parte de los mecanismos de compras de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fortalezcan y evalúen su capacidad reguladora con respecto a las funciones propias de un organismo de regulación y fiscalización de medicamentos y productos biológicos, mediante un examen del cumplimiento de sus funciones esenciales;
 - b) utilicen los resultados de la calificación y la designación de la autoridad reguladora de referencia regional para fortalecer su desempeño en cuanto a la función rectora de la autoridad sanitaria;
 - c) apoyen a las autoridades reguladoras nacionales para que puedan beneficiarse de los procesos y la información de las autoridades reguladoras nacionales de referencia;
 - d) promuevan la difusión de información sobre los resultados y procesos de regulación y fiscalización de medicamentos, productos biológicos y otras tecnologías sanitarias;
 - e) promuevan el intercambio y la cooperación técnica entre países;
 - f) participen activamente de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF).
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye las iniciativas para el fortalecimiento y calificación de las autoridades reguladoras nacionales a fin de garantizar la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos, biológicos y otras tecnologías sanitarias;
 - b) que difunda ampliamente en los países de la Región de las Américas las herramientas y los procedimientos disponibles para la calificación de las competencias de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos y brinde apoyo para la elaboración del sistema de calificación de las autoridades reguladoras nacionales y su designación como autoridad reguladora de referencia regional;
 - c) que mantenga y fortalezca la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con los Estados Miembros en materia de regulación en medicamentos y biológicos;

- d) que promueva la cooperación técnica entre las autoridades reguladoras de los países así como el reconocimiento de las capacidades instaladas en la Región;
- e) que vele por que los procesos de compra de medicamentos y productos biológicos de la Organización Panamericana de la Salud se apoyen en la capacidad instalada de las autoridades reguladoras nacionales de referencia para garantizar la calidad, inocuidad y eficacia de dichos productos.

(Séptima reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R10: Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana* (documento CD50/7);

Observando que la Oficina Sanitaria Panamericana se beneficiará considerablemente de la modernización de su sistema de información gerencial;

Reconociendo que existe y seguirá existiendo la necesidad continua de responder a los requisitos del Sistema Mundial de Gestión de la OMS y de interconectarse con él;

Teniendo en cuenta el trabajo del Comité de Sistema de Información Gerencial de la Oficina, que elaboró los Principios rectores que proporcionan el contexto y las metas de la modernización; analizó y documentó rigurosamente por primera vez los procesos institucionales de la Organización, lo que ya ha producido algunas mejoras; y encontró, analizó y documentó diversas opciones para la modernización, incluidas las ventajas, las desventajas y los costos previstos;

Reconociendo los beneficios que la Oficina ya ha obtenido del análisis de los procesos institucionales y las medidas de eficiencia ya puestas en marcha;

Teniendo presente que hay requisitos fundamentales que influyen firmemente en la evaluación de las opciones y que estas opciones tienen que tener en cuenta la condición jurídica independiente de la OPS y asegurar que se mantengan y mejoren los niveles de servicio a los Estados Miembros de la OPS;

Reconociendo que la implementación de un software de planificación de recursos institucionales (ERP) logrará el grado deseado de modernización, abordará temas de

gobernanza de la OPS relacionados con la modernización del sistema, implicará un costo relativamente bajo y brindará la mejor oportunidad de equiparar los procesos institucionales de la Oficina con las mejores prácticas disponibles en el software, lo que permitirá mejorar, por lo tanto, el nivel de servicios a los Estados Miembros de la OPS al tiempo que se asegura que se cumplan los requisitos del Sistema Mundial de Gestión,

RESUELVE:

1. Respalda la modernización del sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Aprobó los Principios rectores para la modernización.
3. Aprobó la modernización por medio de un software comercial de ERP en el que la Oficina incorporará un mínimo de modificaciones y adaptaciones, como la solución de ERP presentada por la Oficina como la opción 3 en el documento CD50/7.
4. Aprobó el uso de hasta \$10 millones de la Cuenta Especial para cubrir los costos de esta modernización.
5. Solicita a la Directora que empiece los preparativos detallados del proyecto, investigue fuentes adicionales de financiamiento e informe sobre el avance al Consejo Directivo en el 2011.
6. Solicita a la Directora que asegure que la implementación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana y cualquier actualización futura logren la integración necesaria con el Sistema Mundial de Gestión y proporcionen un nivel similar de notificación, transparencia y rendición de cuentas que el Sistema Mundial de Gestión.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R11: Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (documento CD50/13);

Teniendo en cuenta los mandatos internacionales emanados de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular las resoluciones WHA55.23 (2002) y WHA56.23

(2003), así como los compromisos de los Estados Miembros de la Región de las Américas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Reconociendo las consecuencias de la desnutrición infantil para el desarrollo físico y cognitivo, la respuesta inmunológica y el riesgo de enfermar o de morir prematuramente, así como para el rendimiento escolar y la capacidad funcional, la formación de capital humano, la productividad y el bienestar individual y colectivo;

Reconociendo el derecho de los niños a desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad;

Reconociendo que las condiciones de vida y la desnutrición en edad temprana de la vida condicionan el desarrollo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, aterosclerosis, entre otras) con graves consecuencias para el bienestar de la población, la carga social por la invalidez resultante y los años de vida productiva perdidos;

Resaltando que en la Región de las Américas el indicador talla para la edad refleja mejor tanto la falta prolongada de acceso a una alimentación adecuada como el efecto de otros factores sociales ligados con la pobreza, y que con la tendencia actual que presenta este indicador es posible que varios países no logren alcanzar para el año 2015 la meta 2 del ODM 1 y que difícilmente alcancen el ODM 4 y el ODM 5;

Reiterando que la nutrición es un factor condicionante del desarrollo humano y es afectado, a la vez, por un conjunto de determinantes sociales y económicos;

Reconociendo que, a pesar de que todavía existe la desnutrición crónica, en especial en la población pobre de las zonas rurales de la Región, no puede descuidarse el alarmante aumento simultáneo de la obesidad infantil y, en consecuencia, las intervenciones deben ser integrales para abordar la malnutrición infantil;

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta Estrategia y otras como la Estrategia y el Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015, y la resolución sobre el Apoyo a los Esfuerzos para la Erradicación de la Desnutrición Infantil en las Américas de la Asamblea General de la OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acogiendo con satisfacción el marco conceptual y operativo logrado por consenso interinstitucional en la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (APND), para el abordaje de la malnutrición (desnutrición aguda y crónica, sobrepeso, obesidad y deficiencias específicas de micronutrientes),

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica y su consideración en políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, que les permita crear las condiciones propicias para prevenir la desnutrición crónica.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) den prioridad a las acciones intersectoriales para prevenir la desnutrición crónica;
 - b) promuevan el diálogo y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para lograr consensos nacionales en relación con el enfoque de los determinantes sociales y el enfoque de curso de vida en la prevención de la desnutrición crónica;
 - c) propongan y pongan en marcha políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales en todos los niveles de gobierno de los Estados Miembros, encaminados a prevenir la desnutrición crónica;
 - d) establezcan un sistema integrado de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de políticas, planes, programas e intervenciones, que permita no solo conocer su impacto sobre la reducción de la desnutrición crónica sino la situación de sus determinantes sociales, y orientar la toma de decisiones de manera oportuna;
 - e) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente Estrategia y el Plan de acción, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que proporcione apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otras agencias internacionales, para iniciar un proceso de análisis interno de la aplicabilidad de la presente Estrategia y Plan de acción y la puesta en marcha de actividades tendientes a su ejecución;
 - b) que promueva la implementación y coordinación de esta Estrategia y el Plan de acción, garantizando su carácter transversal a través de las áreas programáticas y los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización;

- c) que promueva y consolide la colaboración con los países y entre ellos, así como el intercambio de experiencias y de lecciones aprendidas;
- d) que promueva la incorporación de evaluaciones externas independientes en la medición de la reducción de la desnutrición crónica;
- e) que respalde el desarrollo y el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos y la prestación de servicios con calidad;
- f) que promueva la formación de alianzas internacionales, nacionales, municipales y locales con otras agencias, instituciones científico-técnicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, siguiendo el conjunto de intervenciones integradas acordadas por la APND;
- g) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución de la presente Estrategia y el Plan de acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicas.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R12: Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento CD50/15), sobre la base del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008–2012;

Considerando que la revisión de la situación actual indica que las dos condiciones básicas para la eliminación de ambas enfermedades están al alcance de los países de las Américas: disponibilidad de medios eficaces para interrumpir la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (viabilidad biológica) y disponibilidad de medidas prácticas de tratamiento y herramientas de diagnóstico simples, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera);

Resaltando que aunque muchos países han ampliado exitosamente la respuesta frente al VIH mediante la generalización de las pautas de prevención de la transmisión maternoinfantil, no se ha mejorado en forma simultánea el acceso al diagnóstico y

tratamiento de la sífilis congénita y que persisten problemas organizativos y de gestión en los sistemas de salud de la Región, como la fragmentación de servicios, inequidad en la prestación, carencia y capacidad de recursos humanos y falta de insumos;

Reconociendo que se busca superar la arcaica concepción de que la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita se abordaban de manera separada, con un enfoque más dirigido a la enfermedad que a la persona, y que ambas condiciones se dan, o pueden darse, en una misma mujer y los servicios provistos tendrán un impacto en el conjunto de la familia;

Teniendo presente los compromisos de las resoluciones: *Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita* (resolución CE116.R3 [1995]); *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA* (resolución CD45.R10 [2004]); *Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)* (resolución CD46.R15 [2005]); y *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (resolución CD49.R19 [2009]);

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales, técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales de salud reproductiva y sexual, con enfoque en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita;

Considerando la importancia de un plan de acción para poner en marcha la Estrategia para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, que guiará la preparación de futuros planes nacionales, según corresponda, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación para la salud con esta meta en los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia y aprobar el Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita hasta el 2015 para responder de manera eficaz y eficiente a las necesidades actuales y emergentes, con consideración específica a las desigualdades prevalecientes en el estado de la salud, para fortalecer la respuesta del sistema sanitario a fin de elaborar y ejecutar políticas, leyes, planes, programas y servicios para este problema de salud pública.

2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) prioricen la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y la reducción de los factores de riesgo mediante la integración de intervenciones de prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los servicios de atención prenatal, salud sexual y reproductiva, y otros relacionados;
 - b) elaboren y ejecuten los planes nacionales y promuevan el establecimiento de políticas públicas guiadas por la Estrategia y el Plan de acción, centrándose en las necesidades de las poblaciones en riesgo y en situación de vulnerabilidad;
 - c) coordinen con otros países de la Región para el intercambio de experiencias y herramientas, abogacía conjunta, seguimiento y evaluación de los avances de la iniciativa de eliminación;
 - d) ejecuten la Estrategia y el Plan de acción, según corresponda, dentro de un enfoque integrado del sistema de salud sobre la base de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial, vigilando y evaluando la eficacia del programa y la asignación de recursos;
 - e) promuevan la recopilación y el uso de datos sobre la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, desglosados por edad, sexo y grupo étnico, y el uso del análisis de género, de nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y de modelos de proyección para fortalecer la planificación, ejecución y vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e intervenciones nacionales relacionados con la salud reproductiva y sexual;
 - f) aumenten la cobertura de los servicios de salud de calidad y el acceso a ellos — incluidos la promoción, la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento eficaz y la atención en curso— para que estimule una mayor demanda y utilización por las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y sus parejas;
 - g) fomenten el aumento de la capacidad de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria, para elaborar políticas y programas que procuren la promoción del desarrollo de la comunidad, y presten servicios de salud de calidad y eficaces que atiendan las necesidades de salud reproductiva y sexual y sus determinantes de la salud relacionados;
 - h) mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con los asociados de otros sectores a fin de procurar que se pongan en práctica medidas e iniciativas sobre la salud y el desarrollo de la salud reproductiva y sexual y, aunado a ello, reducir al

mínimo la duplicidad de funciones y potenciar al máximo la repercusión de los recursos limitados;

- i) promuevan una participación comunitaria activa y protagónica en el sector salud.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que promueva la coordinación y la puesta en práctica de la Estrategia y el Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS, en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
 - b) que colabore con los Estados Miembros en la puesta en práctica de la Estrategia y el Plan de acción según su propio contexto y prioridades nacionales, y que promueva la difusión y el uso de los productos derivados de ello en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
 - c) que fomente el desarrollo de iniciativas colaborativas de investigación que puedan ofrecer datos probatorios necesarios para establecer y difundir programas e intervenciones efectivos y adecuados para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y para la mejoría de la salud reproductiva y sexual;
 - d) que establezca nuevas alianzas y fortalezca las existentes dentro de la comunidad internacional, a fin de movilizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos necesarios para la puesta en marcha de la Estrategia y el Plan de acción;
 - e) que fomente la cooperación técnica entre países, subregiones, organizaciones internacionales y regionales, entidades del gobierno, organizaciones privadas, universidades, medios de comunicación, sociedad civil y comunidades, en actividades que promuevan la salud sexual y reproductiva;
 - f) que promueva la coordinación entre la Estrategia y el Plan de acción e iniciativas similares de otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento;
 - g) que rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones evaluados durante la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción, y que considere la adaptación del Plan para responder a los contextos variables y los nuevos retos en la Región.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R13: Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD50/8, *Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica*;

Considerando el artículo 71 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el artículo 26 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los marcos de gobernanza y mandatos emitidos por el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS (la resolución CD19.R37 [1969]; la resolución CE61.R12 [1969]; la resolución CE64.R19 [1970]; la resolución CSP18.R33 [1970]; la resolución CD25.R31 [1977]; el documento CD25/29 [1977]; la resolución CSP20.R31 [1978]; el documento CSP20/3 [1978]; el documento CE99/9 [1987]; la resolución CE126.R15 [2000]; el documento CE126/7 y Add. I [2000]; el documento CE136/12 [2005], y el documento CE139/7 [2006]);

Reconociendo que uno de los objetivos fundamentales de la OPS/OMS es el fortalecimiento de las capacidades nacionales para el logro sostenible de metas de salud pública de orden nacional y mundial, y que estas capacidades demandan enfoques amplios que puedan incidir sobre los factores determinantes de la salud, asegurar una colaboración intersectorial y promover iniciativas público-privadas y con la sociedad civil;

Tomando nota que a través de los años la cooperación técnica de la OPS/OMS con sus Estados Miembros se ha sustentado en forma significativa en la participación de las instituciones nacionales, y que se requiere de un proceso de formalización de relaciones institucionales de trabajo que permita a la OPS actuar como catalizador en la movilización y el fortalecimiento de estas capacidades;

Destacando que la presente propuesta complementa el trabajo de la OPS/OMS con los Centros Colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS/OMS,

RESUELVE:

1. Aprobar una nueva categoría de relaciones con instituciones a ser conocida como Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica y los procedimientos para la identificación, designación y seguimiento de las mismas.

2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fomenten la movilización, utilización y fortalecimiento de las capacidades de las Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica del país en apoyo a los procesos de desarrollo de la salud a nivel nacional y subnacional en alianza estratégica con la OPS/OMS;
 - b) colaboren con la OPS/OMS en la implementación de un proceso formal de selección de instituciones nacionales que participen en la cooperación técnica en salud, así como en el establecimiento de mecanismos para la supervisión y monitoreo de la calidad y efectividad de la cooperación brindada;
 - c) realicen un análisis de las capacidades institucionales existentes con potencial para ser designadas Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que consolide las relaciones de trabajo entre la OPS/OMS y las instituciones nacionales de los Estados Miembros a través de la selección y designación de Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica, lo que favorecerá una articulación más eficiente y efectiva de los esfuerzos nacionales dirigidos a la consecución de metas y resultados previstos en las agendas y planes de salud nacionales y subnacionales;
 - b) que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros en la identificación de instituciones nacionales que podrían ser designadas como Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica, al igual que de mecanismos para su supervisión y monitoreo;
 - c) que fomente y desarrolle el establecimiento progresivo de redes de Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica;
 - d) que abogue por la movilización de recursos adicionales a nivel nacional e internacional que apoyen el plan de trabajo consensuado entre la OPS/OMS y las Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R14: Centros Panamericanos

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Situación de los Centros Panamericanos* (documento CD50/9);

Considerando el mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP20.R31 [1978]) para que se efectúe una evaluación periódica de cada uno de los Centros Panamericanos;

Tomando nota que la constante evolución del entorno político, tecnológico y económico en los Estados Miembros de la OPS hace necesario actualizar y reexaminar las modalidades de cooperación técnica que presta la Organización, a fin de optimizar su eficacia;

Reconociendo los esfuerzos de la Oficina para armonizar los Centros Panamericanos con las políticas regionales aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS,

RESUELVE:

1. Tomar nota de la transferencia exitosa de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) al Consejo Directivo del Instituto, y agradecer a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por haber conducido este proceso de transferencia de manera participativa, eficaz y transparente, habiendo logrado los consensos necesarios para permitir la viabilidad del Instituto en esta nueva etapa de su autonomía administrativa.
2. Tomar nota de la firma del Acuerdo entre el Gobierno del Perú y la OPS para la transformación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS) ubicado en el Perú.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen colaborando con la Oficina en la evaluación periódica de los Centros Panamericanos, con el objeto de determinar si éstos continúan ofreciendo la modalidad más apropiada y eficaz de cooperación técnica;
 - b) continúen trabajando estrechamente con la Oficina en el desarrollo institucional de los Centros Panamericanos, en su redefinición hacia otras modalidades de

funcionamiento que permitan optimizar sus gastos operativos y, cuando sea oportuno, en la transferencia de la responsabilidad por la administración u operación de los mismos a los Estados Miembros o a organizaciones subregionales conformadas por éstos.

4. Solicitar a la Directora:
 - a) que continúe trabajando en consulta con el Gobierno del Brasil en la elaboración de un proyecto de desarrollo institucional del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para su presentación a los Cuerpos Directivos de la OPS en el año 2011;
 - b) que apoye el establecimiento de un fondo fiduciario que concentrará recursos financieros movilizados para la eliminación de la fiebre aftosa en la Región de las Américas;
 - c) que continúe las negociaciones con el Gobierno del Brasil a fin de concluir el establecimiento del nuevo marco institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), incluyendo la conclusión de un nuevo convenio básico para BIREME en el Brasil y un nuevo acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP);
 - d) que continúe la evaluación del acuerdo sobre el Programa Regional de Bioética con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile, y las distintas modalidades disponibles para continuar el trabajo de la Organización en bioética en la Región;
 - e) que continúe trabajando con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para implementar la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe en su tercera etapa (CCH 3) y la transferencia de las funciones y recursos pertinentes del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) al ámbito de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), de conformidad con los términos y condiciones que se acuerden oportunamente con los Estados Miembros.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R15: Plan de acción de hospitales seguros

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción de hospitales seguros* (documento CD50/10), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012;

Teniendo en cuenta que los Cuerpos Directivos de la OPS han apoyado firmemente la adopción de una iniciativa regional sobre hospitales seguros;

Notando que la resolución CD45.R8 del 45.º Consejo Directivo (2004) resuelve “exhortar a los Estados Miembros a que adopten el lema de ‘hospitales seguros frente a desastres’ como una política nacional de reducción de riesgos; a que establezcan la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre; y a que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, especialmente los que brindan atención primaria”;

Resaltando que la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (2005) de las Naciones Unidas aprobó el “Marco de Acción de Hyogo para 2005–2015”, en el que los 169 países participantes adoptaron como meta que, para el 2015, todos los países deberán “Integrar la planificación de la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud; promover el objetivo de ‘hospitales a salvo de desastres’...”;

Recordando que la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2007) aprobó la resolución CSP27.R14, *Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres*;

Tomando nota de que el informe final de la Mesa Redonda, *Hospitales seguros: una meta a nuestro alcance*, presentado en el 49.º Consejo Directivo, recomienda a los países elaborar planes de trabajo para alcanzar la meta de hospitales seguros;

Reconociendo que para alcanzar la meta de hospitales seguros frente a desastres para el 2015, es necesario implementar un plan de acción regional con amplia participación de los Estados Miembros de la Organización y el apoyo de la Secretaría,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción de hospitales seguros.

2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) prioricen la adopción de una política nacional de hospitales seguros;
 - b) mejoren la coordinación dentro y fuera del sector salud a fin de conjugar esfuerzos a nivel nacional y subnacional para hacer mejor uso de los recursos disponibles;
 - c) implementen progresivamente las actividades contenidas en el Plan de acción para lograr la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice su funcionamiento en casos de desastres;
 - d) implementen medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes;
 - e) coordinen con otros países de la Región el intercambio de experiencias y herramientas, abogacía conjunta, monitoreo y evaluación de los avances en la implementación del Plan de acción.
3. Solicitar a la Directora a:
 - a) que promueva la coordinación y la puesta en marcha del Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
 - b) que siga fortaleciendo la capacidad de la Organización de brindar cooperación técnica a los Estados Miembros en la puesta en práctica del Plan de acción de acuerdo a las necesidades y prioridades nacionales específicas;
 - c) que apoye el desarrollo de instrumentos y guías técnicas comunes como la lista de verificación y el Índice de Seguridad Hospitalaria para facilitar el seguimiento del avance en la implementación del Plan de acción;
 - d) que fomente el fortalecimiento de alianzas con organismos especializados y centros de excelencia en el campo de la reducción de riesgo de desastres, a fin de movilizar los recursos humanos y financieros y la tecnología necesarias para mejorar la seguridad de los servicios de salud frente a desastres;
 - e) que presente informes periódicos a los Cuerpos Directivos sobre el estado de avance en la implementación del Plan de acción.

(Octava reunión, 30 de septiembre del 2010)

CD50.R16: Salud, seguridad humana y bienestar

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Salud, seguridad humana y bienestar* (documento CD50/17);

Reconociendo el compromiso de los Estados Miembros de examinar y definir el concepto de seguridad humana en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y los esfuerzos que se han llevado a cabo en esa dirección y que aún continúan en curso;

Reconociendo los múltiples y complejos componentes de la seguridad humana y la contribución crucial de la salud pública a su logro pleno;

Reconociendo que diversos factores económicos, sociales, culturales y ambientales inciden en la salud, la seguridad humana y la calidad de vida de las poblaciones, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad;

Considerando que las condiciones de la seguridad humana se mejoran mediante la promoción del desarrollo económico y social, la participación ciudadana, la inclusión social, la equidad, la educación y la lucha contra la pobreza, las enfermedades y el hambre;

Comprendiendo que la inequidad en salud amenaza la seguridad humana y limita el desarrollo, en especial entre los grupos en situación de vulnerabilidad;

Considerando la importancia de la relación entre la seguridad humana y la salud para el avance del enfoque de los determinantes de salud y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Reconociendo la importancia del Reglamento Sanitario Internacional para la salud y la seguridad humana;

Teniendo presente la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, el Documento final de la Cumbre Mundial 2005 y el Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, entre otros instrumentos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que continúen promoviendo el análisis sobre el concepto de la seguridad humana y su relación con la salud, tendiente a su incorporación

en los planes de salud de los países, en conformidad con su legislación nacional, haciendo hincapié en la coordinación y participación multisectorial e interagencial para reflejar los aspectos multidimensionales de este tipo de enfoque.

2. Solicitar a la Directora que:
 - a) dé seguimiento al desarrollo del debate sobre el concepto de seguridad humana y su relación con la salud en los foros multilaterales que correspondan;
 - b) explore la posibilidad de desarrollar, en consulta con los Estados Miembros, lineamientos de política y herramientas metodológicas para la incorporación del enfoque de la seguridad humana y su relación con la salud dentro de los programas y actividades de la Organización;
 - c) promueva el debate en el ámbito de la Organización, con la activa participación de los Estados Miembros, sobre la seguridad humana dentro del contexto de la salud, tomando en cuenta los elementos del párrafo 143 sobre seguridad humana del documento final de la Cumbre Mundial del 2005 y del párrafo 25 del documento final de la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio del sexagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre del 2010;
 - d) promueva la sensibilización del personal de la OPS y de los Estados Miembros, cuando corresponda, acerca de los temas y los enfoques para abordar la seguridad humana y su relación con la salud.

(Novena reunión, 1 de octubre del 2010)

CD50.R17: *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado documento CD50/16, *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*, y tomando en consideración:

- que existen mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud, como la resolución CD49.R19 del 49.º Consejo Directivo (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas*

con la pobreza, y la resolución WHA63.20 de la Asamblea Mundial de la Salud (2010), Enfermedad de Chagas: control y eliminación;

- la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas, y de abordar los determinantes de la salud para reducir la carga sanitaria, social y económica que representa la enfermedad de Chagas;
- la vasta experiencia de la Región de las Américas en la implementación de estrategias para la eliminación de enfermedades transmisibles y los progresos logrados en la reducción de la carga que significa la enfermedad de Chagas, para cuya prevención y control existen intervenciones de salud pública adecuadas y efectivas en función del costo;
- los logros obtenidos por los Estados Miembros por medio de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, pero consciente de la necesidad de ampliar las acciones existentes,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y la optimización del acceso a la atención médica de la enfermedad de Chagas con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - b) fortalezcan y privilegien el ámbito de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, incorporando a las mismas el componente de atención médica a los afectados, para seguir avanzando mediante la cooperación técnica entre países hacia el logro de los objetivos propuestos;
 - c) provean los recursos necesarios e implementen la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;
 - d) multipliquen esfuerzos para alcanzar la meta ya establecida de eliminación de la transmisión vectorial de *T. cruzi* para el año 2015, así como para actuar sobre las vías de transmisión transfusional, transplacentaria, por donación de órganos y otras;

- e) pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, atención médica, tratamiento y control vectorial de una manera integrada, con amplia participación comunitaria, de manera que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, incluidos la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia, y de alerta y repuesta, teniendo en cuenta las particularidades de género y de los grupos étnicos;
 - f) apoyen las investigaciones tendientes a suministrar evidencia científica apropiada en las áreas de control, vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas para alcanzar las metas establecidas en la presente Estrategia y Plan de acción, con énfasis en el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles y oportunas, incluida la prueba de cura, y medicamentos más seguros; y estudien y, cuando proceda, promuevan una variedad de planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, incluso abordando, cuando proceda, la desvinculación del costo de las actividades de investigación y desarrollo, y del precio de los medicamentos, por ejemplo, mediante la concesión de premios.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas y provea la cooperación técnica necesaria a los países para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
 - b) que continúe abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución, caso del fondo fiduciario destinado a apoyar la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza como se cita en la resolución CD49.R19 (2009);
 - c) que promueva la identificación, el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en datos fidedignos que sean técnica y científicamente sólidas;
 - d) que promueva la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnologías y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas y sus consecuencias;
 - e) que refuerce los mecanismos regionales para mejorar el acceso y la distribución del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas y estimule nuevos avances en esta materia, para superar barreras y dificultades en materia de accesibilidad al tratamiento;

- f) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países y la generación de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades dirigidas a la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública;
- g) que brinde su apoyo al fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción.

(Novena reunión, 1 de octubre del 2010)

Decisiones

Decisión CD50(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Chile, Jamaica y Nicaragua para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 27 de septiembre del 2010)

Decisión CD50(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a México para ocupar la Presidencia, a Perú y Santa Lucía para las Vicepresidencias, y a Canadá para la Relatoría del 50.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 27 de septiembre del 2010)

Decisión CD50(D3) Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Cuba, Panamá y Uruguay para integrar la Comisión General.

(Primera reunión, 27 de septiembre del 2010)

Decisión CD50(D4) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada (documento CD50/1, Rev. 3).

(Primera reunión, 27 de septiembre del 2010)

Decisión CD50(D5)

Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Costa Rica

El Consejo Directivo eligió a Perú como el Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para formar parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) durante un período de cuatro años a partir del 1 de enero del 2011.

(Quinta reunión, 29 de septiembre del 2010)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del 50.º Consejo Directivo, Delegado de México, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, en este primer día de octubre del año dos mil diez. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

José Ángel Córdoba Villalobos
Presidente del 50.º Consejo Directivo
Delegado de México

Mirta Roses Periago
Secretaria *ex officio* del 50.º Consejo Directivo
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
- 2.2 Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator
- 2.3 Establecimiento de la Comisión General
- 2.4 Adopción del orden del día

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

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

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS
- 4.2 Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas
- 4.3 Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

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

- 4.4 Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica
- 4.5 Situación de los Centros Panamericanos
- 4.6 Plan de acción de hospitales seguros
- 4.7 Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud
- 4.8 La salud y los derechos humanos
- 4.9 Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica
- 4.10 Fortalecimiento de los programas de inmunización
- 4.11 Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita
- 4.12 Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas
- 4.13 Salud, seguridad humana y bienestar
- 4.14 Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
- 4.15 Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable
- 4.16 Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos
- 4.17 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009
- 5.3 Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
- 5.4 Sueldo del Director y Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

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

- 6.1 Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/ Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Costa Rica

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración 2010

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Presupuesto por programas de la OMS:
 - A. Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución
 - B. Anteproyecto de Presupuesto por programas 2012-2013
- 8.2 Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS

8 ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL (Cont.)

- 8.3 Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015
- 8.4 Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos
- 8.5 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas
- 8.6 Informes de avance en materia de asuntos técnicos:
 - A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - B. Actualización sobre la pandemia (H1N1) 2009
 - C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
 - D. Iniciativa regional de datos básicos en salud y perfiles de país
 - E. [Movido a Asuntos relativos a la política de programas como CD50/26]
 - F. Ejecución de la Estrategia regional y el Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud
 - F. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita
- 8.7 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
 - A. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- 8.8 Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros:

- A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público(IPSAS)
- B. Plan Maestro de Inversiones de Capital
- C. Situación del Comité de Auditoría de la OPS

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento oficial 337 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009

Documentos de trabajo

CD50/1, Rev. 3	Orden del día
CD50/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CD50/3, Rev. 1	Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD50/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, México y Suriname
CD50/5	Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS
CD50/6	Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas
CD50/7	Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD50/8	Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica
CD50/9	Situación de los Centros Panamericanos
CD50/10	Plan de acción de hospitales seguros

Documentos de trabajo *(cont.)*

CD50/11	Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud
CD50/12	La salud y los derechos humanos
CD50/13	Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica
CD50/14	Fortalecimiento de los programas de inmunización
CD50/15	Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita
CD50/16	Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas
CD50/17	Salud, seguridad humana y bienestar
CD50/18, Rev. 1	Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública
CD50/19, Add. I y Add. II	Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable
CD50/20, Rev. 1	Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos
CD50/21 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CD50/22	Cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
CD50/23	Sueldo del Director y Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

Documentos de trabajo *(cont.)*

- CD50/24 Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Costa Rica
- CD50/25 Premio OPS en Administración 2010
- CD50/26 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas

Documentos de Información

- CD50/INF/1 Presupuesto por programas de la OMS
- A. Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución
 - B. Anteproyecto de Presupuesto por programas 2012-2013
- CD50/INF/2 Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS
- CD50/INF/3 Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015
- CD50/INF/4 Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos

Documentos de Información (cont.)

- CD50/INF/5 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas
- CD50/INF/6 Informes de avance en materia de asuntos técnicos:
- A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - B. Actualización sobre la pandemia (H1N1) 2009
 - C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
 - D. Iniciativa regional de datos básicos en salud y perfiles de país
 - E. [Movido a Asuntos relativos a la política de programas como CD50/26]
 - F. Ejecución de la Estrategia regional y el Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud
 - G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita
- CD50/INF/7 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos

Documentos de Información *(cont.)*

CD50/INF/8

Informes de avance sobre asuntos administrativos
y financieros:

- A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
- B. Plan Maestro de Inversiones de Capital
- C. Situación del Comité de Auditoría de la OPS

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

**ANTIGUA AND BARBUDA/
ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Sebastian Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Francisco Baquero
Ministro de Salud de la Provincia
del Chaco
Ministerio de Salud
Chaco

Dra. María Grieco
Ministra de Salud de la Provincia
de Tierra del Fuego
Ministerio de Salud
Tierra del Fuego

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Pablo Yedlin
Ministro de Salud de la Provincia
de Tucumán
Ministerio de Salud
Tucumán

Sr. Maximiliano Ojeda
Coordinador de Ceremonial
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesoschny
Coordinadora de Prensa y
Comunicación Social
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Cornelius Smith
Ambassador
Embassy to the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

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

Alternates – Alternos

Dr. Cherita Moxey
Senior House Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Donville Inniss
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

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

His Excellency John Beale
Ambassador, Permanent Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

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

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Kendall Belisle
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nila Heredia
Ministra de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

Dra. Janette Vidaurre Prado
Coordinadora del Proyecto GAVI
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Erika Dueñas
Ministra Consejera
Embajada de Bolivia
Washington, D.C.

Sra. Aylin O. Bleichner
Primera Secretaria, Representante Alternas
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srita. Claudia Corminales
Abogada
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Reinaldo Guimarães
Secretário de Ciência, Tecnologia e
Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

Ministro Silvio José Albuquerque e Silva
Chefe da Divisão de Temas Sociais
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Paulo E. Gadelha Vieira
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Prof. Paulo Buss
Diretor do Centro de Relações Internacionais
em Saúde
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. Dirceu Raposo
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Renata Carvalho
Chefe da Unidade de Cooperação
Internacional
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Igino Rodrigues Barbosa
Assessor do Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Francisco Eduardo de Campos
Secretário de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sra. Viviane Rios Balbino
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Alternates – Alternos

Ms. Jane Billings
Senior Assistant Deputy Minister
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Ranu Sharma
Senior Policy Analyst
Planning and Public Health
Integration Branch
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Mr. Benoît-Pierre Laramée
Director, Inter-American Program
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Sarada Leclerc
Health A/Team Leader
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

His Excellency Allan Culham
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Darren Rogers
Alternate Representative of Canada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Horacio Arruda
Director
Public Health Protection
Ministry of Health and Social Services
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Liliana Jadue
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Su Excelencia Dario Paya
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sr. Rodrigo Olsen
Consejero, Representante Alterno
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Mauricio Santamaría
Ministro de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegates – Delegados

Su Excelencia Luis Alfonso Hoyos
Embajador, Representante Permanente
de Colombia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Sandra Mikan
Segunda Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Dra. Erika Schutt Pardo
Secretaria Privada del Ministro
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Her Excellency Rita María Hernández
Ambassador, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Daniel Salas Peraza
Director de Mercadotecnia de la Salud
Ministerio de Salud
San José

COSTA RICA (cont.)

Alternate – Alternos

Mr. David Li Fang
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Eleuterio R. González Martín
Viceministro de Docencia e
Investigaciones
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Antonio Diosdado
González Fernández
Jefe del Departamento de Organismos
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Jorge Bolaños
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez
Segundo Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy
Minister for Health and Environment
Ministry for Health and Environment
Roseau

Delegates – Delegados

Dr. Paul Ricketts
National Epidemiologist
Ministry for Health and Environment
Roseau

Dr. Dorian Shillingford
Chairman
Dominica Medical Board
Ministry for Health and Environment
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada
Directora de Desarrollo Estratégico
Institucional
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Virgilio Alcántara
Embajador, Representante Permanente de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Fernández Guzmán
Ministro Consejero, Representante Alternativo
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA (cont.)**

Alternates – Alternos

Sr. Ricardo Pérez Fernández
Ministro Consejero, Representante Alternativo de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Luis Domínguez Brito
Consejero, Representante Alternativo de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Xavier Solorzano
Subsecretario de Extensión de la Protección
Social en Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegate – Delegado

Dr. Juan Moreira
Director de Control y Mejoramiento de la
Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Políticas Sectoriales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Palma de Ruiz
Viceministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Delegate – Delegado

Lic. Ivette Anzueto de Mazariegos
Asesora de la Viceministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

HAITI/HAÏTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegate – Delegado

Dr Ariel Henry
Membre du Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Arturo Bendaña Pinel
Secretario de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho
de Salud
Tegucigalpa, M. D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Leila McWhinney-Dehaney
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate – Alterno

Dr. Karen Lewis-Bell
Director of Family Health Services
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Delegates – Delegados

Dr. Bernardo Fernández del Castillo
Director General de Coordinación de
Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

Lic. Francisco Hernández Aguilar
Director General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Carlos Olmos Tomassini
Director General de Comunicación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Fernando Meneses González
Director de Investigación Operativa
Epidemiológica
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Renée Salas Guerrero
Encargada de la Coordinación General
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Mariana Ramírez Aguilar
Directora Ejecutiva de Evidencia y Manejo
de Riesgos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtra. Rocío Alatorre Eden Wynter
Comisionada de Evidencia y Manejo
de Riesgos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Martha Caballero
Responsable de Comunicación Social
ante Medios Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Su Excelencia Gustavo Albin
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alternata de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo José González
Ministro Asesor del Presidente de la
República
Secretaría de la Presidencia de la República
Managua

Delegate – Delegado

Sr. Luis E. Alvarado
Ministro Consejero, Permanente Alternato
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Félix Bonilla
Secretario General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Lic. Gabriel Cedeño
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Su Excelencia Guillermo Cochez
Embajador, Representante Permanente
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

Alternate – Alternato

Sr. Milton Ruiz
Consejero, Representante Alternato
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Lic. Enrique García de Zuñiga
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Iván Allende Criscioni
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

Dr. Carlos Daniel Torres
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Su Excelencia Rigoberto Gauto
Embajador, Representante Permanente
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Heriberto A. Ortiz
Primer Secretario, Representante Alterno
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Jorge Ruiz Díaz
Attaché
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Francisco barreiro
Consejero, Representante Alterno
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Manuel Jumpa Santamaría
Asesor de la Alta Dirección
Ministerio de Salud
Lima

PERU/PERÚ (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Hamilton García Díaz
Director de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud
Lima

Lic. Liliana La Rosa
Director General de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Equipo de Políticas en Salud
Ministerio de Salud
Lima

Ministro Raúl Salazar Cosío
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Giancarlo Gálvez
Segundo Secretario, Representante Alterno
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Keith Mondesir
Minister for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs, National Mobilization and
Gender Relations
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs, National Mobilization and
Gender Relations
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

His Excellency Michael Louis
Ambassador, Permanent Representative of
Saint. Lucia to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Clenie Greer-Lacascade
Alternate Representative of Saint. Lucia
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Marcella Liburd
Minister of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Ministry of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Basseterre

Delegates – Delegados

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Ministry of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Basseterre

His Excellency Dr. Izben C. Williams
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Kits and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Ms. Kemay Liburd-Chow
First Secretary
Mission of Saint Kits and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Delegates – Delegados

Her Excellency La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Vincent and the Grenadines to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Asram Y. S. Soleyn
Counselor, Embassy of Saint Vincent and the
Grenadines to the United States
of America
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp
Pharmacy Policy Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate – Alternos

Ms. Jessica Lansheuvél
Coordinator of Bilateral Relations
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**TRINIDAD AND TOBAGO/
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Therese Baptiste-Cornelis
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

Dr. Anton Cumberbatch
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Ms. Sandra Jones
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

Ms. Dana Wallace
Second Secretary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Kathleen Sebelius
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados

Mr. Bill Corr
Deputy Secretary of Health and Human
Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Nils Daulaire
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized
Agencies Bureau of International
Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary for Global
and Economic Issues
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Kevin De Cock
Director
Center of Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Ms. Elizabeth Griffith
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

A. George Herrfurth
Multilateral Affairs Coordinator
Fogarty International Center
National Institute of Health
Department of Health and Human
Services
Bethesda, MD

Mr. David Hohman
Deputy Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Latin America and Regional Coordinator
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Craig Shapiro
Interim Director for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Pattie Simone
Acting Principal Deputy
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Susan Thollaug
Team Leader
Health, Population and Nutrition Team
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Commissioner for International
Programs
Office of the Commissioner
US Food and Drug Administration
Silver Spring, MD

Mr. Harley Feldbaum
White House Fellow
Bureau for Global Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Ms. Stephanie McFadden
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Carla Menendez McManus
Foreign Affairs Officer
United States Mission to the
Organization of American States
Department of State
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Dr. Gilberto Rios
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima Dra. María del Luján Flores
Embajadora, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sra. Adriana Isabel Rodríguez
Consejera, Representante Alternas
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Miriam Morales
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegates – Delegados

Dr. Julio Colmenares
Internacionalista
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Caracas

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Pierre-Henri Guignard
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

M. Gérard Guillet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Professeur Jacques Drucker
Conseiller santé près l'Ambassade
de France aux États-Unis
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Philippe Damie
Manager
Health Regional Agency
French Antilles and Guiana

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Omayra Victoria E. Leeflang
Minister of Education, Public Health
and Social Development
Ministry of Education, Public Health
and Social Development
The Hague

Delegates – Delegados

Hon. Richard Wayne Milton Visser
Minister of Health and Sport
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Fred Labefer
Head, Global Affairs Unit
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

Alternates – Alternos

Mrs. Ann Groot-Philipps
Minister Plenipotentiary
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Dr. Ángel Caballero
Senior Advisor
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

Mr. Cornelis De Graaf
Executive Assistant
Ministry of Education and Public Health
Punda, Curaçao

Mr. Peter Bootsma
Ministry of Health, Welfare and Sport
Punda, Curaçao

Ms. Danielle Lautenslager
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Suzanne Koopmans
Liaison Officer
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Nicola Watt
Global Health Team Leader
Department of Health
London

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegate – Delegado

Hon. Colin Riley
Minister of Education, Health, Community
Development, Youth Affairs and Sport
Ministry of Education, Health, Community
Development, Youth Affairs and Sport
Brades, Montserrat

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

PUERTO RICO

Dra. Concepción Quiñones de Longo
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

PUERTO RICO (cont.)

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Asesor del Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

Sr. José M. de la Torre
Observador Permanente Alterno de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. José A. Rosado
Asistente, Observador Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVE OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2010/
Premio OPS en Administración 2010**

Dr. Elsa Yolanda Palou
Honduras

**Manuel Velasco Suárez Award for
Excellence in Bioethics/
Premio Manuel Velasco Suárez a la
excelencia en la bioética**

Dr. Paulina Taboada
Chile

**PAHO Champion of Health Recognition/
Reconocimiento a los campeones de la
salud de la OPS**

Fernando Javier Sendra
Argentina

**Pedro N. Acha Award for Excellence in
Veterinary Public Health/
Premio Pedro N. Acha a la Excelencia en la
Salud Pública Veterinaria**

Dr. Luisa Zanolli Moreno
Brasil

**Abraham Horwitz Award for Excellence in
Leadership in Inter-American Health /
Premio Abraham Horwitz al la Excelencia en
el Liderazgo en la Salud Interamericana**

Dr. Carlos Monteiro
Brasil

**Sergio Arouca Award for excellence in
Universal Health Care/
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la
atención sanitaria universal**

Dr. María Fátima de Sousa
Brasil

**Clarence H. Moore Award for Excellence for
Voluntary Service/
Premio Clarence H. Moore a la Excelencia
en el Servicio Voluntario**

Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer
Perú

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

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

Dr. Enrique Paz

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

Ms. Sonia Heckadon

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Rudolph O. Cummings
Dr. Jerome Walcott

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

Ms. Kei Kawabata

**Hipólito Unanue Agreement/Convenio
Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dra. Gloria Lagos

**The World Bank/
Banco Mundial**

Dr. Amparo Gordillo Tobar
Dr. Fernando Lavadenz
Dr. Joana Godinho

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

Sr. José Miguel Insulza

**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 Interamericana de Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

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

Dr. Rubén Abete

**EMBARQ – The WRI Center for Sustainable
Transport**

Mr. Luis Gutiérrez
Mr. Benjamin Welle
Ms. Claudia Adriazola
Ms. Larissa Fernandes da Silva

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

Ms. Marcela Gaitán

**Inter-American College of Radiology/
Colégio Interamericano de Radiología**

Sr. Rodrigo Restrepo González

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

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

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine
Mrs. Zadah Tulloch

**International Council for Control of Iodine
Deficiency Disorders/
Consejo Internacional para la Lucha contra
los Trastornos por Carencia de Yodo**

Dr. Eduardo Pretell

**American College of Obstetricians and
Gynecologists/
Colegio estadounidense de Obstetras y
Ginecólogos**

Ms. Jan Chapin

**International Federation on Aging/
Federación Internacional de la Vejez**

Mrs. Irene Hoskins

**Doctors Without Borders/
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Dr. Henry Rodríguez

**International Federation of Health Records
Organizations**

Ms. Carol Lewis

**Framework Convention Alliance FCA on
Tobacco Control**

Mr. Laurent Huber

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

Ms. Roopa Dhatt
Ms. Sandra Tang

**International Alliance of Patients'
Organizations/
Alianza internacional de organizaciones de
pacientes**

Ms. Eva Ruiz de Castilla

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

Mr. Robert Simpson
Ms. Susan Crowley
Mr. Leo Farber
Ms. Corry Jacobs
Ms. Jacqueline Keith

**International Association for Dental
Research/
Asociación Internacional para la
Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

**International Generic Pharmaceutical
Alliance/
Alianza Farmacéutica Genérica
Internacional**

Mr. Gordon Johnston

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

**International Hospital Federation/
Federación Internacional de Hospitales**

Ms. Pamela A. Thompson

**Thalassaemia International Federation/
Federación Internacional de Talasemia**

Mr. Bob Ficarra

**International Infant Food Manufacturers
Association**

Mr. Robert Rankin

World Vision International

Ms. Amanda Rives

**International Society of Blood Transfusion/
Asociación Internacional de transfusión de
sangre**

Dr. Amalia Bravo

World Confederation for Physical Therapy

Ms. Stacy de Gale

**Medical Women's International Association/
Asociación Internacional de Médicas**

Dr. Claudia Morrissey

World Self Medication Industry

Dr. Héctor Bolaños

World Organization of Family Doctors

Dr. Liliana Arias-Castillo

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Dr. Brent Burkholder
National Center for Immunization and
Respiratory Diseases

Ms. Sarah Parker
Edward Jenner Museum

Dr. Gerald Hanson

Dr. Cyrus S. Poonawalla
Serum Institute

Dr. Donald A. Henderson

Dr. Ciro A. de Quadros
Sabin Vaccine Institute

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Carissa F. Etienne
Assistant Director-General, HSS

Dr. Jacob Anantharayan Kumaresan
Director, Centre for Health Development

Dr. Najeeb Mohamed Al Shorbaji
Director, Knowledge Management and
Sharing

Dr. Francesco Branca
Director, Nutrition for Health and
Development

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General, General
Management

Dr. Gottfried Otto Hirschall
Director, HIV/AIDS

Dr. Elil Renganathan
Director, Planning, Resource Coordination
and Performance Monitoring

Dr. Raquel Child
Director, UNITAID International drug
purchase facility

Dr. M. Maged Younes
Director, Governing Bodies and External
Relations

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

**Director and Secretary *ex officio* of the
Council/
Directora y Secretaria *ex officio* del Consejo**

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica

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