



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO

60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/FR (Esp.)
6 de enero del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	7
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Adopción del orden del día.....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	8
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	9
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo.....	11
Asuntos relativos a la política de los programas	
Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad	12
Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control Del cáncer cervicouterino.....	13
Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño	16
Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes.....	17
Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.....	20
Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas	21
Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas	22
El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas	24
El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial.....	26
Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud.....	28
La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud	29
Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional.....	32

ÍNDICE (cont.)

Página

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

La aportación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud	35
Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional	36
15.ª Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSAs): “Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”	38
Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región	40

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de cuotas	42
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2006-2007	44
Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007	46
Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal	47

Premios

Premio OPS en Administración 2008	48
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana 2008	49

Asuntos de información general

Informe de la ejecución del presupuesto bienal por programas 2006-2007 de la Organización Panamericana de la Salud	50
Informe sobre los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas	51
Gripe aviar y los preparativos frente a una pandemia de gripe	51
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud	52
Plan estratégico 2008-2012 - revisado	53
Estado que guarda la revisión institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	54
Estado que guarda la revisión institucional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	54
Anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 de la Organización Mundial de la Salud	56
Presupuesto por programas 2006-2007 de la Organización Mundial de la Salud: evaluación de la ejecución e Informe de la Secretaría	59
Los mecanismos de la OPS para la compra de suministros estratégicos, incluidas las vacunas	61

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Otros asuntos	63
Clausura de la sesión	63
Resoluciones y decisiones	63
<i>Resoluciones</i>	
CD48.R1 Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007	63
CD48.R2 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas	66
CD48.R3 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Chile y Panamá	67
CD48.R4, Rev.1 Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño.....	68
CD48.R5 Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes.....	70
CD48.R6 Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.....	73
CD48.R7 Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas	75
CD48.R8 El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial	77
CD48.R9 Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad	80
CD48.R10 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino	83
CD48.R11 Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región	86
CD48.R12 Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas	88

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CD48.R13	15. ^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA): “Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”91
CD48.R14	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal92
CD48.R15	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional.....93
CD48.R16	La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud95

Decisiones

CD48(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....97
CD48(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva.....98
CD48(D3)	Adopción del orden del día.....98
CD48(D4)	Establecimiento de la Comisión General.....98

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se celebró en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. El orden del día y la lista de participantes se encuentran en los anexos *a* y *c*, respectivamente.
2. El doctor Leslie Ramsammy (Guyana, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Al hacer hincapié en los temas que creía que debían ser prioritarios en la agenda de salud pública en los próximos años, instó a los Estados Miembros a abrazar la meta de “70 por 25”, es decir, de garantizar una esperanza de vida al nacer de 70 años para el año 2025. También hizo un llamado a la eliminación de todas las muertes maternoinfantiles prevenibles para el 2025 y a que los gobiernos reafirmasen su compromiso con la vacunación como un bien público.
3. Además, afirmó que las enfermedades crónicas no transmisibles también debían seguir ocupando un lugar destacado en las agendas mundial y regional, al igual que la delincuencia y la violencia, incluida la violencia doméstica y el abuso sexual, y la salud mental, que esperaba que fueran temas centrales del 49.º Consejo Directivo. La Región debía seguir su cruzada para eliminar el consumo de tabaco y establecer una plataforma para abordar el consumo nocivo de alcohol. La emigración del personal sanitario de los países en vías de desarrollo a los países desarrollados era un tema fundamental y de su solución dependía que la Región pudiera lograr buenos resultados con respecto a la salud para todos. La crisis alimentaria mundial constituía un importante reto para la salud pública al que todos los sanitarios debían responder promoviendo intervenciones que permitieran tratar la desnutrición y aliviar los costos y la escasez cada vez mayores de los alimentos. La Región había avanzado mucho en la lucha contra la infección por el VIH y el sida, y debía continuar siendo una región líder con respecto a este tema. La responsabilidad de la lucha contra la infección por el VIH/sida, sin lugar a dudas un tema de salud pública, debía permanecer en manos de la comunidad de salud pública. Finalizó con un llamado en favor de la acción colectiva para acabar con la pobreza y para lograr vidas más productivas para las familias del continente americano.
4. También pronunciaron palabras de apertura la doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana), el doctor William Steiger (Asistente del Secretario para Asuntos Internacionales del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, país anfitrión), la señora Kei Kawabata (Banco Interamericano de Desarrollo), el señor José Miguel Insulza (Secretario General de la

Organización de los Estados Americanos) y la doctora Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud). El texto de los discursos puede encontrarse en el sitio web del 48.º Consejo Directivo (<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48index-s.htm> , documentos CD48/DIV/1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente).

Asuntos relativos al reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

5. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Honduras, Perú y Saint Kitts y Nevis para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD48[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

6. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a los siguientes integrantes de la Mesa Directiva (decisión CD48[D2]) :

<i>Presidencia:</i>	Brasil	(Dr. José Gomes Temporão)
<i>Vicepresidencia:</i>	Panamá	(Dra. Dora Jara)
<i>Vicepresidencia:</i>	San Vicente y las Granadinas	(Dr. Douglas Slater)
<i>Relatoría:</i>	México	(Dr. Fernando Meneses González)

7. La Directora fue la Secretaria *ex officio*, y la doctora Cristina Beato, Directora Adjunta de la Oficina Sanitaria Panamericana, actuó como Secretaria Técnica.

Adopción del orden del día (documento CD48/I, Rev. 3)

8. El Consejo adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CD48/I, Rev. 2 sin cambios (decisión CD48[D3]) y un programa de reuniones (documento CD48/WP/1, Rev. 3).

Establecimiento de la Comisión General

9. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Chile, Colombia y los Estados Unidos de América para integrar la Comisión General (decisión CD48[D4]).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD48/2)

10. La doctora María Julia Muñoz (Uruguay, Vicepresidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2007 y septiembre del 2008, subrayó los temas considerados por el Comité que no formaban parte del orden del día del Consejo Directivo y explicó que informaría sobre los temas que figuraban en el orden del día del Consejo cuando se trataran dichos temas. Uno de los puntos que no había sido sometido a la consideración del Consejo Directivo había sido la estrategia regional propuesta sobre la salud de las personas mayores. A pesar de que el Comité había expresado su apoyo unánime a la labor de la OPS en este sentido, hubo opiniones encontradas sobre la estrategia propuesta. Algunos Miembros del Comité habían opinado que sentaba una base sólida para la elaboración de planes de acción, tanto a nivel regional como nacional, mientras que otros habían indicado que una estrategia debía incluir metas y objetivos claros, así como indicadores que permitieran medir el avance. También se había opinado que la estrategia debía describir claramente la función de la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto a la ejecución de las líneas estratégicas de acción y al cumplimiento de los objetivos allí fijados. Un Miembro había cuestionado el valor agregado del relieve que se otorgaba a los derechos humanos en la estrategia. Después de examinarse la conveniencia de aprobar un proyecto de resolución sobre este tema, el Comité había decidido respaldar la estrategia, pero aplazar la aprobación de una resolución hasta que se hubiese formulado el plan regional de acción. En consecuencia, el Comité había solicitado a la Oficina que preparara un plan de acción para someterlo a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2009.

11. El Comité también había recibido informes sobre los progresos realizados con respecto a varios asuntos relativos a la política de los programas que habían sido objeto de resoluciones del Consejo Directivo en años anteriores, incluido el Plan estratégico regional contra la malaria en las Américas, la Estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países de las Américas y el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en la Región. En el Informe Final de la 142.^a sesión (documento CE142/FR) se podía encontrar un resumen de las deliberaciones del Comité sobre estos temas.

12. Al considerar los asuntos administrativos y financieros, el Comité había tratado dos temas que tampoco figuraban en el orden del día del Consejo: una actualización acerca del proceso para implantar la nueva escala de cuotas de la OPS, basada en la que había sido aprobada por la Organización de los Estados Americanos en noviembre del 2007, y un informe sobre la asignación de prioridades programáticas y los criterios de

asignación de los recursos. Con relación a este último tema, se había acordado que las prioridades debían examinarse nuevamente en cada bienio y revisarse a la luz de los cambios en las circunstancias, y que los procesos futuros de asignación de prioridades debían incluir participantes externos, especialmente expertos de los Estados Miembros versados tanto en salud pública como en temas de gestión.

13. El Comité también había examinado los informes sobre los siguientes asuntos de información general: las resoluciones y otras acciones de la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS, las resoluciones y otras acciones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su trigésimo octavo período ordinario de sesiones de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS, el informe sobre los Servicios de Supervisión Interna, el estado del compromiso de la OPS con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y el estado del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

14. El Consejo agradeció al Comité su labor y tomó nota del informe.

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documentos CD48/3, Rev. 1 y CD48/DIV/6)

15. Tras la proyección de un video que proporcionó un panorama de la labor de la OPS durante el año anterior, la Directora procedió a presentar su informe anual, dedicado al tema de la planificación estratégica. Puso de relieve algunas de las maneras en las que la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros de la OPS estaban usando la planificación para fortalecer el programa de acción sanitaria, mejorar la eficiencia y aumentar la responsabilización, y brindó abundantes ejemplos de las actividades de planificación en materia de salud a nivel regional, subregional, nacional y local. El Plan Estratégico de la Organización para el período 2008-2012, aprobado en octubre del 2007, brindaba un marco quinquenal para las operaciones de la OPS, basado en los principios y las áreas para la acción estipulados en la Agenda de Salud para las Américas, aprobada por los ministros de salud de la Región en el 2007. El Plan también concordaba con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la Organización Mundial de la Salud. Durante este período, la OPS había logrado progresos importantes en la ejecución del Plan Estratégico en todas las representaciones, los centros panamericanos y las áreas técnicas. La Organización también había logrado avances notables en cuanto a la planificación y ejecución de las estrategias de cooperación en los Estados Miembros. La OPS había tomado medidas para garantizar que sus procesos administrativos y sistemas de información apoyaran al Plan Estratégico, y estaba considerando el Sistema Mundial de Gestión de la OMS para mantener la alineación programática y velar por que la OPS pudiera cumplir su obligación de presentación de información a la OMS.

16. Durante el período 2007-2008, la OPS había colaborado con varios ministerios de salud para fortalecer la autoridad sanitaria nacional. También había trabajado con los Estados Miembros a fin de que utilizaran la planificación para aumentar la protección social y el acceso a la atención de calidad, abordar los determinantes sociales de la salud y aprovechar los adelantos en el conocimiento, la ciencia y la tecnología. La Organización también había emprendido diversas actividades encaminadas a fortalecer la fuerza laboral de salud y reducir la carga de morbilidad, en particular en relación con las enfermedades no transmisibles. La OPS había prestado apoyo constante para la planificación nacional y regional en dos áreas críticas de la seguridad sanitaria internacional: la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y los preparativos contra una eventual gripe pandémica.

17. El texto del discurso de la doctora Roses podía obtenerse en el sitio web del 48.º Consejo Directivo (documento CD48/DIV/6).

18. En el debate sobre este punto, los Miembros aplaudieron los logros descritos en el informe y afirmaron nuevamente su compromiso con el panamericanismo y las ocho áreas de acción señaladas en la Agenda de Salud para las Américas. Los delegados subrayaron la importancia del multilateralismo y la acción conjunta de los países para afrontar los retos de salud comunes, y muchos transmitieron la voluntad de sus gobiernos de colaborar con otros países de la Región. Se puso de relieve la función crucial de la OPS para facilitar este tipo de iniciativas colectivas. Los Miembros recibieron con beneplácito la importancia que otorgaba la Organización a la planificación estratégica y su trabajo para fortalecer la planificación en materia de salud en los Estados Miembros. Sin embargo, se señaló que la planificación estratégica, a pesar de que indudablemente constituía un instrumento valioso, no podía sustituir la formulación de políticas sanitarias de los gobiernos.

19. Se manifestó la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud y de promover la acción intersectorial con este fin y de traducir el trabajo en gran parte conceptual de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud en hechos concretos en los países. Varios delegados pusieron de relieve la urgente necesidad de prestar atención a los temas relacionados con la fuerza laboral sanitaria, en particular la escasez de recursos humanos en algunos países causada por la emigración del personal de salud a otros países. También se subrayó la importancia de seguir fortaleciendo la atención primaria de salud. Se señalaron algunas otras áreas que requerirían atención y actividades continuas en los próximos años, como las enfermedades no transmisibles; el control del tabaco, la obesidad y la diabetes; la preparación en casos de desastres y pandemias; y la salud de la madre, los niños y los adolescentes, tema este último que se consideraba crucial para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un delegado, observando que cada vez resultaba más difícil que los funcionarios de salud asistieran a las muchas reuniones que se celebraban en relación con los compromisos

internacionales de salud, instó a la OPS a que brindase ayuda para lograr una organización más factible y productiva de tales reuniones.

20. La Directora dijo que había prestado atención cuidadosa a las áreas que los Miembros opinaban que necesitaban una acción mayor. Señaló que la Organización estaba trabajando cada vez más a nivel supranacional mediante las iniciativas y los procesos de integración subregionales. Los expertos de la OPS estaban también prestando servicios de cooperación técnica a países fuera de la Región, y otras regiones de la OMS estaban adoptando algunas de las iniciativas puestas en marcha por la Región de las Américas, en particular la Semana Anual de Vacunación. Al mismo tiempo, la OPS estaba procurando fortalecer la capacidad no solo de las autoridades sanitarias nacionales sino también de las autoridades sanitarias locales, puesto que a menudo era a nivel local donde tenían lugar las medidas intersectoriales concretas para abordar los factores determinantes de la salud.

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

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo (documento CD48/4)

22. El Comité eligió a la Argentina, Guatemala y Haití para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de Antigua y Barbuda, Chile y Panamá, cuyos mandatos en el Comité habían llegado a su fin.

23. El Delegado de Colombia dijo que su gobierno había tenido la intención de presentar su candidatura para integrar el Comité Ejecutivo, pero que había decidido retirarla a favor de la Argentina. Explicó que Colombia había deseado formar parte del Comité porque veía con preocupación que las políticas y la cooperación técnica de la OPS no concordaban con las políticas de su país y de otros Estados Miembros. Sin embargo, Colombia había llegado a un acuerdo con la Argentina por el cual ese país se había comprometido a expresar esas inquietudes en las deliberaciones del Comité Ejecutivo.

24. Los delegados de la Argentina, Guatemala y Haití expresaron gratitud al Consejo por la elección de sus países para integrar el Comité Ejecutivo.

25. El Consejo aprobó la resolución CD48.R3 por la cual se declaró a la Argentina, Guatemala y Haití elegidos para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años y se agradeció a Antigua y Barbuda, Chile y Panamá los servicios prestados.

Asuntos relativos a la política de los programas

Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad (documento CD48/5)

26. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había analizado la función de la Oficina de ayudar a los países a combatir la obesidad y la diabetes, y había estado de acuerdo en que los métodos individuales y poblacionales utilizados para la prevención y el tratamiento se debían emprender de una manera equilibrada y simultánea. Los delegados habían subrayado la necesidad de emprender una acción intersectorial para abordar los factores ambientales que estaban contribuyendo a la creciente ola tanto de obesidad como de diabetes y habían hecho hincapié en la necesidad de contar con programas de promoción de la salud y educación sanitaria que fueran culturalmente apropiados para los grupos de población específicos, como los pueblos indígenas. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en la resolución CE142.R6.

27. Tras el informe de la Representante del Comité Ejecutivo, se mostró un video sobre la iniciativa Veracruz para la concientización sobre la diabetes (VIDA por su sigla en inglés) puesta en marcha por la OPS en México.

28. Los delegados describieron a continuación los programas y las políticas que sus países estaban llevando a cabo para abordar los problemas de la diabetes y la obesidad, y sugirieron temas a los que se debía prestar atención especial a escala regional. La mayor parte de los delegados estuvieron de acuerdo en la importancia de contar con estrategias individuales y poblacionales, y subrayaron la necesidad de lograr un equilibrio entre los dos métodos y de promover las iniciativas y la coordinación intersectoriales. Algunos delegados opinaron que los enfoques poblacionales propuestos debían hacer más hincapié en abordar los determinantes sociales de la obesidad y la diabetes mediante, por ejemplo, una apropiada planificación urbana, condiciones de trabajo que fomentasen un modo de vida sano y la educación temprana para inculcar hábitos saludables en los niños. Un delegado, sin embargo, dijo que hacer esto no era aconsejable en la presente etapa, puesto que era necesario investigar más el asunto.

29. Los delegados manifestaron la importancia de la prevención, el control y el tamizaje de la diabetes. Sin embargo, se subrayó que el tamizaje debía realizarse solo dentro del contexto de los servicios de salud y que no debía recomendarse fuera de los entornos clínicos, ya que los resultados podían ser poco fiables y engañosos. Un delegado observó la necesidad de distinguir entre la diabetes de tipo 2 y la diabetes gestacional, las cuales eran prevenibles, y la diabetes de tipo 1, que en ese momento no lo era. También se destacó la importancia de promover la lactancia materna como una manera de prevenir

la diabetes en etapas posteriores de la vida. Varios delegados subrayaron la importancia de capacitar al personal sanitario, especialmente en la atención primaria, y de educar al público mediante campañas en los medios de difusión y actividades educativas en las escuelas.

30. Varios delegados mencionaron la necesidad de contar con programas concebidos para promover el bienestar y alentar modos de vida sanos en todas las edades, en particular programas nutricionales para los niños y los adolescentes. Se destacó la importancia de lograr que los alimentos sanos, en particular los de producción local, se pudieran conseguir a precios asequibles. Algunos delegados favorecieron la reglamentación de la comercialización y la rotulación de los productos alimentarios como una manera de promover hábitos de alimentación más sanos. Sin embargo, un delegado objetó la idea de reglamentar este tipo de productos, argumentando a favor de la autorreglamentación de la industria alimentaria.

31. Varios delegados dijeron que los programas para combatir la diabetes y la obesidad también debían tener en cuenta otras enfermedades afines, como las enfermedades cardiovasculares, y subrayaron la necesidad de reducir el consumo de azúcares, grasas y sal. También se mencionó que era necesario brindar programas de orientación y de salud mental para fomentar que las personas asumieran la responsabilidad de su propia salud. Varios delegados subrayaron que debían usarse algunos de los recursos excedentes del Presupuesto bienal por programas 2006-2007 en apoyo de las iniciativas para prevenir y controlar la diabetes, la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

32. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) agradeció a los delegados sus perspicaces observaciones y sugerencias, sumamente útiles para que la Oficina pudiera perfeccionar los enfoques propuestos para combatir la epidemia de la obesidad y la diabetes en la Región.

33. El Consejo aprobó la resolución CD48.R9 sobre este tema.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CD48/6)

34. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) recordó que el tema del cáncer cervicouterino había sido tratado por el Comité Ejecutivo en el 2007 y que el Comité había decidido pedir a la Oficina que revisase el enfoque propuesto y que presentase nuevamente la estrategia y el plan de acción a la consideración del Comité en el 2008. En la 142.^a sesión, en junio del 2008, el Comité Ejecutivo había acogido con agrado la oportunidad de examinar nuevamente el tema y había encontrado que el

documento había mejorado mucho con respecto a la versión presentada en el 2007, aunque se habían hecho varias sugerencias para mejorarlo aún más. Algunos Miembros del Comité habían sido de la opinión de que el aspecto primordial de la estrategia debía ser garantizar el acceso a la vacuna contra el virus del papiloma humano como el medio más rentable de prevenir el cáncer cervicouterino. Otros habían señalado que la vacuna no prevendría todos los casos de cáncer cervicouterino, aunque se lograra 100% de cobertura de la vacunación. Habían advertido que la vacuna no debía presentarse como una panacea y habían subrayado que se debía seguir adelante con las demás actividades de prevención del cáncer cervicouterino, en especial el tamizaje continuo. También se hizo hincapié en que el método de inspección visual con ácido acético solo debía usarse cuando el tamizaje por medio de la prueba de Papanicolaou no fuese factible. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en el documento CE142.R13.

35. El Consejo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción, y elogió el método integrado de prevención y control del cáncer cervicouterino allí propuesto. Se consideró que la estrategia era sólida desde la perspectiva técnica y científica, y que reflejaba los últimos adelantos en materia de la prevención y el control de esa enfermedad. También se consideró que presentaba un enfoque realista, que podía ser adaptado y aplicado por los países de acuerdo con sus necesidades y situación. Se opinó que el documento presentaba adecuadamente los temas que los encargados de adoptar decisiones a nivel nacional tendrían que considerar al determinar si se introduciría la vacuna contra el virus del papiloma humano. Se destacó la necesidad de contar con indicadores y datos de vigilancia para medir el progreso en cuanto a la disminución de las tasas de cáncer cervicouterino.

36. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo subrayó la necesidad de continuar con las actividades de tamizaje, independientemente de que se introdujera o no la vacuna contra el virus del papiloma humano. Varios delegados expresaron inquietud acerca del costo elevado de la vacuna e hicieron hincapié en la necesidad de investigar más la rentabilidad de su introducción. Se recomendó que, además de analizarse los asuntos relacionados con la asequibilidad, la sostenibilidad y la preparación del país para la introducción de esta vacuna, se debería examinar la Estrategia y el Plan de Acción Regionales a fin de abordar distintas cuestiones relacionadas con la eficacia de la vacuna. Se señaló que se necesitaba, por ejemplo, una investigación mayor para determinar la duración de la inmunidad y la necesidad de brindar dosis de refuerzo, y que también se necesitarían estudios acerca de los serotipos del virus prevalentes en cada país, al igual que estudios que evalúen la protección cruzada contra los genotipos del virus del papiloma humano que no estaban incluidos en la vacuna y estudios que examinaran la eficacia de la vacuna en mujeres ya infectadas por algún genotipo del virus. Se alentó a la OPS a que explorara la manera de ayudar a los países a obtener la vacuna a precios asequibles, en particular por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de

Inmunización para la Compra de Vacunas. Se indicó que los países quizá pudieran considerar la posibilidad de introducir la vacuna gradualmente, centrándose primero en las zonas donde se registraban las tasas más elevadas de cáncer cervicouterino.

37. Se manifestó la importancia de la educación sanitaria y la comunicación para aumentar la conciencia acerca de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y la posibilidad de prevenirlo, al igual que la necesidad de dirigir la educación sanitaria a las niñas y las mujeres en grupos vulnerables. Los delegados subrayaron la necesidad de fortalecer la capacidad de prevención y detección del cáncer cervicouterino al nivel de la atención primaria, de hacer que los servicios de tamizaje y de tratamiento se proporcionaran localmente y de incluir a la comunidad en las iniciativas de prevención. También se indicó que la prevención del cáncer cervicouterino debía emprenderse en el marco de las iniciativas generales para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

38. Se hicieron varias sugerencias técnicas con respecto a algunos aspectos específicos de la estrategia. Se recomendó, por ejemplo, que la referencia a la coinfección por el virus del herpes como un factor que contribuía a la aparición del cáncer cervicouterino debía eliminarse puesto que no se contaba con datos probatorios suficientes para apoyar esa afirmación. También se recomendó que se incluyera la inspección visual con solución de Lugol entre las técnicas de tamizaje alternativas promovidas en la estrategia. Con respecto a las acciones propuestas en el párrafo 15 del documento CD48/6, se señaló que debía garantizarse el seguimiento no solo para las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino sino también para aquellas a las que se les hubiesen detectado lesiones precancerosas, y que la quimioterapia debía mencionarse junto con la radioterapia como un método de tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino.

39. La Delegada de Honduras observó que los países de Centroamérica estaban ultimando un plan subregional sobre el cáncer, que priorizaba la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Otros delegados informaron acerca de los planes y las actividades para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el cáncer cervicouterino en sus respectivos países y varios señalaron que las iniciativas nacionales eran plenamente compatibles con el enfoque integrado propuesto por la OPS. Se subrayó el valor de intercambiar experiencias y de la cooperación entre los países en esta esfera.

40. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) observó que el extenso debate de este tema, tanto en la sesión de junio del Comité Ejecutivo como en el 48.º Consejo Directivo, mostraba claramente la importancia que los Estados Miembros le otorgaban. Agradeció a los Miembros sus observaciones y sugerencias, que serían de suma utilidad para que la Oficina pudiera mejorar la estrategia y el plan de acción.

41. El Consejo aprobó la resolución CD48.R10.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (documento CD48/7)

42. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito esta propuesta de estrategia y plan de acción regionales, que un Miembro había descrito como un complemento excelente de la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Se había indicado que la estrategia también debía estar estrechamente vinculada a la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. El Comité había considerado que las cuatro áreas estratégicas del plan de acción habían sido seleccionadas correctamente. En particular, había elogiado el relieve que se otorgaba a las intervenciones comunitarias, consideradas esenciales si se pretendía mejorar el acceso de los grupos pobres y vulnerables a los servicios de salud. El Comité había acogido con agrado que se insistiera en el fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto y había subrayado la importancia de contar con sistemas de seguimiento y evaluación como una manera de determinar las principales causas de mortalidad del recién nacido y de detectar los puntos flacos en el sistema de atención de salud.

43. Los delegados habían estado de acuerdo en que se necesitaban criterios diferenciados adaptados a los niveles dispares de mortalidad del recién nacido en los distintos países. En particular, se había indicado que el plan de acción debía incorporar recomendaciones específicas para lograr una disminución aun mayor de la mortalidad y morbilidad del recién nacido en los países que ya tenían tasas relativamente bajas. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en la resolución CE142.R10.

44. El Consejo Directivo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción, y observó que el enfoque concordaba tanto con las necesidades de la Región como con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se aplaudió el criterio del proceso continuo de la atención, puesto que la atención del recién nacido estaba vinculada inextricablemente a la atención de la madre. También se acogió con agrado la importancia atribuida a las intervenciones comunitarias e intersectoriales.

45. Varios delegados describieron las actividades que se habían emprendido en sus países para mejorar la salud del recién nacido y ofrecieron intercambiar los resultados y las experiencias con los demás países. Algunos describieron los obstáculos y las dificultades que habían afrontado. Se puso especialmente de relieve la escasez de personal capacitado y, en algunos casos, de equipos. Los delegados observaron que la tasa de éxito en cuanto a la reducción de la mortalidad del recién nacido variaba

enormemente de un país a otro. Además, en los países donde la tasa ya era baja, probablemente estas soluciones sencillas y de bajo costo ya se habían aplicado, y el proceso para obtener mayores mejoras sería lento. Los delegados agradecieron los esfuerzos de la OPS de proporcionar formas diferenciadas de apoyo y asistencia en respuesta a las necesidades dispares de los países.

46. Se sugirió que en la estrategia se debía mencionar de manera más explícita la contribución de la atención primaria de salud a su aplicación eficaz, que debía agregarse la salud materna entre los objetivos generales del plan de acción y que otra línea de acción debía ser el empoderamiento de las mujeres con respecto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

47. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS) agradeció las intervenciones puesto que estas observaciones fortalecerían la estrategia y el plan de acción y proporcionarían orientación a la Oficina para su ejecución. Recibió con agrado la concordancia del Consejo en cuanto a la importancia del tema, porque a pesar de que la Región había avanzado enormemente en la reducción de la mortalidad de menores de 1 y 5 años, la mortalidad del recién nacido no había experimentado el mismo ritmo de disminución. Tomó nota de las sugerencias concretas con respecto a la estrategia y el plan de acción, y se manifestó complacida de que los Miembros hubieran estado de acuerdo con el criterio propuesto del proceso continuo de la atención y con sus aspectos integrados e intersectoriales.

48. El Consejo aprobó la resolución CD48.R4, Rev. 1 con respecto a este tema, por la cual respalda la Estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño.

Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD48/8)

49. La doctora Dora Jara (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su apoyo general a la estrategia propuesta para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, aunque algunos delegados habían opinado que, para que se pudiera considerar realmente una estrategia, debía incluir objetivos concretos y describir claramente la función de la OPS para garantizar su cumplimiento. Se había indicado que una de las funciones de la OPS debía ser ayudar a los Estados Miembros a establecer sistemas de información exactos y fiables que les permitieran formular soluciones basadas en datos científicos. Se había alentado a la Oficina a que centrara su labor en la ejecución en la Región de la Estrategia de la OMS para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, y a que también vinculase su labor en torno a este tema con las actividades que se emprenderían en el marco de la Estrategia y el plan de acción

regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que figuraba en la resolución CE142.R16, en respaldo de la estrategia.

50. El Consejo expresó su firme apoyo a las líneas estratégicas de acción propuestas y la estrategia de salud pública integrada para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes. Se consideró que la estrategia sentaba bases sólidas para elaborar un plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. La inversión en la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes se consideró fundamental para el futuro de la infraestructura social y sanitaria de los países, y para la prevención de los problemas de salud en la edad adulta. Se manifestó la importancia de la atención tanto de las necesidades mentales como físicas de los adolescentes y los jóvenes. Los delegados además subrayaron varios asuntos relativos a la salud de los adolescentes y jóvenes que requerían atención urgente, en particular la violencia, los accidentes de tránsito, el consumo de drogas y alcohol, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo adolescente. También se hizo hincapié en la necesidad de prestar atención a los problemas nutricionales y los relacionados con la alimentación en los adolescentes y los jóvenes, incluidos los trastornos de los hábitos alimentarios como la anorexia y la bulimia. Alentar la participación en actividades deportivas y otras formas de ejercicio también se consideró muy importante. Varios delegados describieron los planes de acción y otras iniciativas relacionadas con la salud de los adolescentes y los jóvenes en marcha en sus países.

51. Se subrayó la necesidad de lograr la participación de los jóvenes en las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, y la importancia de aprovechar al máximo los medios de comunicación modernos para transmitir mensajes sanitarios a los jóvenes. Se aplaudió que la OPS hubiera incluido a los jóvenes en el proceso participativo de elaboración de la estrategia. Se consideró esencial reconocer los derechos y las responsabilidades de los padres y de otras personas legalmente responsables de los adolescentes para guiarlos y protegerlos de una manera compatible con sus capacidades en desarrollo. Los delegados elogiaron el reconocimiento que se hacía en el documento de la función que los padres y las comunidades religiosas podían desempeñar para permitir que los adolescentes eligiesen opciones saludables y recibieron con beneplácito el criterio de derechos humanos incorporado en la estrategia. También se recibió con beneplácito el reconocimiento otorgado en la estrategia a la necesidad de contar con programas de promoción y prevención que fueran culturalmente sensibles y se subrayó la importancia de procurar que los jóvenes indígenas permanecieran vinculados con su cultura e idioma.

52. La Delegada del Canadá observó que su gobierno había preparado y puesto a disposición de la OPS una “traducción” de la estrategia al lenguaje de los jóvenes, que se haría circular durante la 83.^a Reunión Ordinaria del Consejo Directivo del Instituto

Interamericano del Niño, a celebrarse en octubre del 2008 en Ottawa. La Delegada de las Bahamas puso de relieve el valor del Estudio mundial de la salud de los alumnos en las escuelas, en el que estaba participando su país, como una herramienta para la recopilación de datos específicos por edades sobre la salud de los adolescentes, que luego podría usarse para detectar tendencias y elaborar programas y políticas centrados en cambiar las prácticas nocivas para la salud y frenar la violencia, el consumo de drogas y otros comportamientos perjudiciales.

53. Se alentó a la OPS a que coordinara sus actividades con las de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas que estuvieran trabajando en relación con la salud de los adolescentes y los jóvenes a fin de procurar que el enfoque fuera integrado. También se sugirió que la OPS debía establecer un equipo regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes a fin de facilitar el intercambio de experiencias entre los países.

54. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS) dijo que la Oficina colaboraría con los Estados Miembros y otros asociados en la elaboración del plan de acción mediante un proceso participativo, como se había hecho con la estrategia. Señaló que la estrategia y el plan de acción estaban surgiendo en un momento crucial por la mayor atención que se estaba brindando a los temas relacionados con los adolescentes y los jóvenes en el mundo. Por ejemplo, el tema de la 10.^a Conferencia Iberoamericana de los Ministros de Salud, celebrada en julio del 2008 en El Salvador, había sido “Jóvenes, Salud y Desarrollo” y la 18.^a Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, que se celebraría en octubre también en El Salvador, se centraría igualmente en el tema de los jóvenes y el desarrollo. Afirmó que la inversión en la salud de los jóvenes era una estrategia clave para mejorar la salud de la población general, erradicar la pobreza y fomentar el desarrollo.

55. La Directora observó que, a pesar de que los jóvenes eran los líderes del futuro, los Miembros del Consejo Directivo, al aprobar la estrategia y manifestar su claro compromiso para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, habían mostrado que eran los líderes del presente. La Oficina esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros para traducir la estrategia en hechos concretos.

56. El Consejo aprobó la resolución CD48.R5, por la cual respaldó la estrategia y solicitó a la Oficina que elaborase un plan de acción para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes.

Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CD48/9)

57. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su firme apoyo al plan de acción propuesto y había respaldado sus objetivos. Los Miembros habían subrayado la necesidad de contar con datos completos, fidedignos y oportunos, y habían destacado algunos de los graves problemas que debían abordarse con respecto a los sistemas actuales de estadísticas vitales y de salud. Varios delegados habían descrito las medidas que se estaban adoptando con el fin de mejorar la cobertura y la calidad de los datos en sus respectivos países y se habían hecho varias sugerencias con miras a mejorar el plan de acción. Además, se había manifestado la importancia de armonizar el plan con los principios de la Red de Sanimetría y otras iniciativas mundiales que tuvieran por objeto fortalecer los sistemas de información sanitaria. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en la resolución CE142.R4.

58. El Consejo recibió con beneplácito el plan de acción, reconociendo la importancia de contar con estadísticas vitales y de salud que fueran oportunas y de alta calidad para poder fundamentar las políticas y las decisiones en datos científicos. Los delegados informaron acerca de los programas nacionales de estadísticas vitales y de salud, y describieron los logros y las deficiencias, en particular, la necesidad de contar con más recursos y de recibir capacitación técnica en el uso de instrumentos de recopilación de datos. Se indicó que el plan de acción debía incluir un componente más específico relacionado con el apoyo a la formación y la capacitación de los recursos humanos. Los delegados hicieron hincapié en la conveniencia de promover los sistemas de cibergobierno y cibersalud, y en la necesidad de contar con sistemas eficaces de seguimiento y evaluación, formatos normalizados para la recopilación de datos y la configuración de bases de datos, y marcos normativos nacionales. Varios delegados subrayaron la necesidad de contar con mejores estadísticas de mortalidad y morbilidad, dada su importancia en la planificación de los programas de salud. Un delegado sugirió que los datos de vigilancia sanitaria debían vincularse a los programas de asistencia social a fin de coordinar la atención de la salud con la asistencia a los necesitados. Otro puso de relieve la conveniencia de usar la programación de código abierto para que hubiera un acceso más amplio a los datos. Se destacó la importancia del instrumento de evaluación de la Red de Sanimetría. Los delegados también mencionaron la conveniencia de ampliar el tema de las estadísticas vitales y de salud con el transcurso del tiempo, así como la función de las estadísticas fidedignas para mejorar la capacidad de sus países de medir el progreso y de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

59. Agradeciendo a los delegados sus observaciones y sugerencias, el doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de

Enfermedades de la OPS) subrayó la importancia de contar con estadísticas fiables de vigilancia de salud para establecer prioridades, velar por la transparencia y evaluar las políticas y sus repercusiones. Informó al Consejo que la Oficina estaba proponiéndose llevar a cabo programas básicos y avanzados de formación en el área del análisis sanitario, conjuntamente con la Universidad de la Florida Meridional.

60. La Directora observó que estaban en marcha varias iniciativas para fortalecer las estadísticas vitales y de salud en la Región, incluidas las inversiones mediante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para mejorar los sistemas de información de salud. Además, el grupo de directores regionales de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas estaba trabajando en la armonización de los indicadores y estaba perfeccionando los métodos con miras a ayudar a los países a preparar informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio para someterlos a la consideración de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2010 y el 2015. Manifestó la importancia de velar por la recopilación de estadísticas vitales y de salud en las poblaciones marginadas, que a menudo eran “invisibles” porque no se las incluía en las estadísticas nacionales.

61. El Consejo aprobó la resolución CD48.R6, por medio de la cual se aprobó el plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.

Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas (documento CD48/10)

62. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo, en su 142.^a sesión, que, a pesar de que la Región no había alcanzado la meta de eliminar las enfermedades oculares relacionadas con la oncocercosis, estaba muy cerca de hacerlo. En la 17.^a Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis, celebrada en noviembre del 2007, se había recomendado que se fijara una nueva meta para el 2012 a fin de lograr la eliminación de la oncocercosis e interrumpir permanentemente la transmisión del parásito *Onchocerca volvulus* en los cuatro focos restantes. El Comité había expresado su apoyo a la labor continua del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas y a la nueva meta del año 2012, y había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que figuraba en la resolución CE142.R3, donde se apoyaba la meta de lograr la eliminación de la morbilidad por oncocercosis e interrumpir la transmisión de esta enfermedad en toda la Región para fines del 2012.

63. En el debate del Consejo acerca de este tema, los delegados del Brasil, Colombia, Guatemala, México y Venezuela describieron las iniciativas para eliminar los focos restantes de oncocercosis en sus países. El Delegado de Venezuela dijo que se habían logrado considerables avances en la eliminación de los focos en las regiones norcentral y

nororiental del país, pero que la situación era mucho más compleja en el foco del sur, en la región amazónica que lindaba con el Brasil. Como probablemente no sería posible alcanzar la meta propuesta para el 2012 en esa región en particular y, por consiguiente, sería necesario seguir el tratamiento más allá del 2012, solicitó que se modificase el punto *b* del párrafo 2 del proyecto de resolución y se agregase lo siguiente: "...y que se dé continuidad al Programa hasta que se certifique la eliminación total de la oncocercosis". Varios delegados expresaron su apoyo a esa modificación.

64. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias. También manifestó su agradecimiento al doctor Mauricio Sauerbrey, Director del Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, por su firme cooperación en el esfuerzo por eliminar esta enfermedad. Estuvo de acuerdo en que la sugerencia hecha por Venezuela mejoraría el proyecto de resolución.

65. La Directora expresó su reconocimiento al liderazgo proporcionado por el Centro Carter y por el propio ex presidente de los Estados Unidos, Jimmy Carter, que se había convertido en un defensor mundial de la eliminación de la enfermedad.

66. El Consejo aprobó la resolución CD48.R12, incluida la modificación propuesta por Venezuela.

Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas (documento CD48/11)

67. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su preocupación acerca de la falta de progreso hacia el cumplimiento de las metas del Plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones 2006-2010 desde su aprobación por parte del 46.º Consejo Directivo en el 2005. Sin embargo, varios Miembros habían expresado sus dudas acerca de que la aprobación de una nueva resolución sobre el tema sirviera de algo, en especial porque no se estaba proponiendo ningún programa o plan nuevo para mejorar la situación. Se había sugerido que la Oficina sencillamente debía intensificar sus iniciativas para ayudar a los países a que cumplieran los objetivos establecidos en el 2005. Con ese fin, la Oficina debía formular directrices técnicas destinadas a calcular las necesidades anuales de sangre en una población dada y a formular estrategias y recomendaciones para organizar los sistemas de sangre y atraer a donantes voluntarios. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que figuraba en la resolución CE142.R5, en el que se instaba a los Estados Miembros a que adoptasen varias medidas para ejecutar decididamente el Plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones y para poner fin a la donación de sangre remunerada y de reposición

antes de que termine el 2010, trazándose la meta de 100% de donaciones de sangre voluntarias, altruistas y no remuneradas para ese año.

68. En el debate de este punto, los delegados describieron las iniciativas de sus países para promover la donación voluntaria, mejorar el tamizaje de la sangre donada y fortalecer sus sistemas nacionales de sangre. Los delegados de Haití y Paraguay señalaron que sus países habían establecido la meta de 100% de donación voluntaria no remunerada y que las tasas de donación voluntaria habían aumentado significativamente: en el caso de Haití, habían pasado de 5% en el 2004 a 52% en el 2007 y se esperaba que el porcentaje llegara a 75% en el 2008. Además, en dicho país la producción de la sangre y de productos sanguíneos se había duplicado desde el 2004.

69. A pesar de que se reconocía la necesidad de intentar alcanzar la meta de 100% de donación voluntaria, se indicó que en algunas circunstancias limitadas de necesidad médica por una urgencia o en entornos con una vigilancia estrecha de la seguridad de las transfusiones, la donación remunerada o de reposición quizá fuera aceptable. Se señaló que la sangre para las transfusiones debía considerarse un medicamento esencial y debía estar sujeta a las mismas normas de calidad y los mismos procedimientos de garantía de la calidad que otros medicamentos esenciales. A este respecto, una delegada mencionó que el sistema de sangre de su país estaba aplicando las normas de calidad ISO 9000.

70. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación de la OPS) elogió a Haití y Paraguay por su progreso en el fortalecimiento de sus sistemas de sangre y en la protección de la seguridad de las transfusiones. Con respecto a la sugerencia en cuanto a la donación remunerada o de reposición, dijo que se debían definir claramente las circunstancias en las cuales se aceptarían tales donaciones.

71. La Directora observó que los logros de Haití y Paraguay demostraban que, con la voluntad política suficiente, era posible producir grandes mejoras en la seguridad y la disponibilidad de la sangre en un período relativamente corto, incluso para los países que se encontraban en una situación muy difícil. Alentó a todos los Estados Miembros a que redoblaran sus esfuerzos para cumplir las metas regionales fijadas en materia de seguridad de las transfusiones para el 2010.

72. El Consejo aprobó la resolución CD48.R7, en la que se insta a los Estados Miembros a que ejecuten con dinamismo el Plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones 2006-2010.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CD48/12)

73. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo, en su 142.^a reunión, en junio del 2008, había sido puesto al día con respecto a los progresos logrados en la Región en cuanto a la aplicación de las medidas que figuraban en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en particular con respecto al conjunto de seis medidas conocidas como MPOWER. También se había informado al Comité que la Región de las Américas presentaba el porcentaje más bajo de Estados Miembros que habían ratificado el Convenio. En el debate posterior, varios delegados habían descrito los pasos que estaban dando sus países para combatir el consumo de tabaco, como la prohibición del acto de fumar en edificios públicos, las restricciones a la publicidad, el aumento de los impuestos a los productos de tabaco y la adopción de medidas para desalentar el tabaquismo en los jóvenes. Muchos informaron que el público, incluida una gran proporción de los fumadores, se había mostrado receptivo a las medidas adoptadas. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en la resolución CE142.R11.

74. Tras la exposición de la doctora Muñoz, el doctor Haik Nikogosian (Jefe de la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco) puso al corriente al Consejo sobre el estado del Convenio e informó que 14 países se habían sumado a él en los últimos doce meses. Veinticinco países de la Región de las Américas eran entonces partes del convenio. La Conferencia de las Partes había establecido mecanismos institucionales y financieros y había creado instrumentos para la ejecución del tratado. Los dos primeros instrumentos, a saber, el sistema de notificación de conformidad con el Convenio y las directrices para la aplicación del artículo 8 acerca de la protección de humo del tabaco, ya habían sido adoptados.

75. Aunque la Región de las Américas todavía registraba la tasa más baja de ratificación en relación con las demás regiones de la OMS, nueve de los diez países de la Región que todavía no habían ratificado el tratado lo habían firmado y la Región había mostrado un firme liderazgo en el proceso de negociación y ejecución del Convenio. La Secretaría había preparado un informe sobre el avance de la aplicación del Convenio, que se trataría en la tercera reunión de la Conferencia de las Partes en noviembre del 2008. El informe hacía referencia, entre otros temas, a la necesidad de adoptar un método integral para la aplicación de las medidas y de una mayor cooperación internacional. También brindaba información sobre el progreso y las dificultades a nivel regional y revelaba, en particular, que el continente americano tenía el porcentaje más bajo de partes que informaban sobre la aplicación de medidas importantes como la prohibición total de hacer publicidad del tabaco. Por otro lado, varios países de la Región estaban elaborando

legislación antitabáquica y el continente tenía las tasas más elevadas de presentación oportuna de informes de las partes en relación con todas las demás regiones de la OMS.

76. Las negociaciones para elaborar un protocolo sobre el comercio ilícito de los productos de tabaco representaban un acontecimiento importante para la salud mundial. Se había aceptado ampliamente que las negociaciones requerían la participación de funcionarios de otros sectores, como los de finanzas, aduanas, comercio y justicia. En consecuencia, se alentaba a los gobiernos a que enviaran delegaciones intersectoriales a la próxima sesión del órgano de negociación para el protocolo. Después de describir varias actividades llevadas a cabo en la Región y a escala mundial y los preparativos para la tercera reunión de la Conferencia de las Partes, señaló que el Convenio había entrado en una fase en la cual la cooperación intergubernamental internacional y regional desempeñaría un papel cada vez más importante. A este respecto, destacó la función del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), que en breve se sumaría al grupo de observadores intergubernamentales regionales del Convenio.

77. En el debate que siguió, los delegados informaron acerca de las medidas que habían adoptado sus países con respecto a la lucha contra el consumo de tabaco, como los programas de abandono del hábito de fumar, la promoción de entornos sin humo de tabaco, los programas educativos y de información, el aumento de los impuestos sobre los productos de tabaco, la reglamentación de la publicidad y los requisitos de rotulación de los paquetes de cigarrillos. Los delegados subrayaron la utilidad del conjunto de medidas de política conocidas como MPOWER y señalaron a la atención algunos temas como la dimensión de género del consumo de tabaco, el consumo de tabaco en las escuelas y el contrabando de los productos de tabaco. También pusieron de relieve la necesidad de forjar alianzas internacionales e intersectoriales para brindar apoyo a la aplicación del Convenio, pero subrayaron que los asociados financieros internacionales debían respetar las políticas internas de los países.

78. Se manifestó la importancia de la prevención como la manera más rentable de detener la epidemia de tabaquismo, al igual que la necesidad de contar con programas educativos dirigidos específicamente a los niños y a los adolescentes. Se indicó que la OPS podría establecer una base de datos regional sobre las advertencias sanitarias gráficas que los países podrían usar en los paquetes de cigarrillos. También se indicó que la Organización debía preparar una lista de los laboratorios de referencia que podrían ayudar a los países a ejecutar las disposiciones del Convenio en cuanto a las pruebas y mediciones de los contenidos y las emisiones de los productos de tabaco. Se instó a los Estados Miembros que todavía no habían ratificado el Convenio a que adoptaran medidas para hacerlo cuanto antes. También se alentó a los países, ya sea que fueran partes en el Convenio o no, a que aplicaran las seis medidas denominadas MPOWER.

79. El Consejo aprobó la resolución CD48.R2 sobre el tema.

El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial (documento CD48/13)

80. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el método propuesto de control de vectores y había considerado que ayudaría a reducir la dependencia del rociado masivo de plaguicidas, lo que sería beneficioso para el ambiente. Se había indicado, sin embargo, que la estrategia debía dejar abierta una amplia gama de opciones para el control de vectores, incluido el uso sensato de plaguicidas donde fuera conveniente, y se subrayó que, si iban a utilizarse plaguicidas, debería darse preferencia a los que eran menos nocivos para el ambiente y las personas, como los plaguicidas biológicos. Varios delegados habían hecho hincapié en que, si bien era importante abordar el problema de los vectores en su conjunto, también lo era el fortalecer los programas para combatir ciertas enfermedades específicas. Los delegados también habían destacado la importancia de fortalecer la comunicación, tanto con la población como entre el gobierno y los medios de difusión, a fin de velar por que se transmitieran mensajes exactos y claros acerca de los peligros de las enfermedades de transmisión vectorial. Se había manifestado que toda la orientación técnica que se hubiese previsto debía subrayar la importancia de la participación comunitaria y debía contener ejemplos de las mejores prácticas aplicadas en países cuyas experiencias fueran positivas. El Comité Ejecutivo había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución que se encontraba en la resolución CE142.R9.

81. El Consejo recibió con beneplácito el enfoque propuesto en el documento CD48/13. Varios delegados apreciaron en particular su menor dependencia de los métodos tradicionales del rociamiento químico, que tenían desventajas evidentes para el ambiente y estaban también conduciendo a problemas de resistencia a los insecticidas. Varios delegados describieron los métodos que habían adoptado sus autoridades nacionales para tratar las enfermedades vectoriales. A pesar de que en algunos casos ya se estaba usando alguna variante de un programa integrado que incluyera medidas químicas, biológicas y físicas para el control de los vectores en todas las etapas de su ciclo de vida, se opinó que el enfoque integrado propuesto por la OPS ayudaría a mejorar la eficacia de los programas, a reducir los costos y a aumentar las repercusiones. También permitiría que cada país pudiera avanzar a su propio ritmo. Los delegados también mencionaron el hecho de que el aceleramiento del cambio climático estaba agravando el problema de los vectores.

82. Los delegados también expresaron apoyo a los aspectos intersectoriales de la estrategia, haciendo hincapié en que el control de los vectores no podía estar a cargo solamente de las autoridades sanitarias. Algunos delegados describieron la manera en que sus gobiernos estaban adoptando un enfoque intersectorial similar al que se proponía en el documento, que involucraba a las organizaciones privadas y del sector público, e

incluía a las comunidades y los organismos no gubernamentales, así como a los interesados directos clave de los sectores del turismo, la vivienda, el alcantarillado y los residuos sólidos. Se señaló que el control de las enfermedades de transmisión vectorial no consistía solamente en eliminar los vectores: se necesitaba modificar el entorno y el suministro alimentario para que los vectores dejaran de reproducirse, lo que significaba que se debían realizar actividades como la recogida de la basura, el drenaje y el control del agua, y la limpieza de los canales. Se señaló que dichas actividades también permitirían reducir el uso de los plaguicidas. Con respecto a aquellos casos en los que las iniciativas de control incluían el uso de plaguicidas, algunos países informaron que estaban colaborando con los proveedores para evaluar la eficacia de los productos y reducir al mínimo el riesgo de la resistencia. Algunos países estaban también trabajando en la aplicación de los métodos biológicos de control propuestos para prevenir la contaminación de los sistemas de agua subterráneos y evitar dañar especies distintas de los vectores.

83. Los delegados también describieron las iniciativas que estaban llevando a cabo sus países en las áreas esenciales de la investigación y los sistemas de información. Se señaló que se necesitaban estudios para evaluar las repercusiones de las medidas de control en las distintas zonas, dadas las diferencias en la prevalencia de las enfermedades de transmisión vectorial de una zona a otra, las diferencias en las tendencias de mortalidad y morbilidad resultantes entre los países y dentro de ellos, las distintas estrategias adoptadas por los países y el peligro constante de la resistencia a los insecticidas. Se subrayó que las propuestas incluidas en la estrategia de la OPS debían ser lo bastante flexibles como para adaptarse a estas diferencias.

84. Varios delegados hicieron hincapié en que las actividades de control de vectores debían sustentarse en una base científica sólida y estar basadas en datos probatorios. Se instó a la Oficina a que recopilara y difundiese las mejores prácticas. Los delegados manifestaron la necesidad de cooperar entre los países, para que aquellos con mayor pericia en entomología y mayor experiencia con respecto a la eficacia de diversos productos químicos o la resistencia a ellos pudieran brindar sus conocimientos a otros. También se mencionó la importancia de la educación, como las campañas de información para enseñar a las personas la importancia de la higiene con respecto a las enfermedades de transmisión vectorial y para alentarlas a que asumiesen la responsabilidad de su propia salud. También se subrayó que se necesitaría de la voluntad política para luchar contra la reaparición de enfermedades que no se habían visto en algunos países durante mucho tiempo, como la malaria en las Bahamas y Jamaica.

85. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) agradeció a los participantes sus sugerencias, que ayudarían a la OPS a mejorar su enfoque con respecto al tema. Como se había manifestado en varias intervenciones, algunos países de la Región ya habían

avanzado más allá de los métodos tradicionales de control de vectores. La resolución unificaría esos adelantos en una estrategia que podría modificarse para adaptarse a las características de cada enfermedad específica de transmisión vectorial, al proporcionar directrices y procedimientos comunes a muchas o a todas ellas.

86. Al proponer un uso moderado de los insecticidas, la vigilancia cuidadosa de la resistencia a los plaguicidas, una gran participación comunitaria y el establecimiento de alianzas con los interesados directos que no perteneciesen al sector de la salud, la estrategia ofrecía grandes perspectivas. El doctor Da Silva apoyó la idea de la cooperación entre los países, señalando en especial que se necesitaba una red fuerte de cooperación entre los centros de investigación en toda la Región. Recibiendo con beneplácito la idea de que la OPS debía colaborar con la difusión de las mejores prácticas, mencionó una reunión que se celebraría a principios de noviembre en el Brasil para estudiar las diversas opciones para el control del dengue.

87. La Directora dijo que había escuchado con gran interés las sugerencias en relación con el mejoramiento de la capacidad de la Oficina de prestar apoyo en esta área y observó que en los últimos dos decenios la enseñanza de la entomología médica había sido insuficiente y que tampoco se había podido retener a los entomólogos capacitados en el sector de la salud y en otros sectores que eran cruciales para el control de los vectores. En consecuencia, una de las áreas en las que se debía trabajar era el reestablecimiento de una relación más estrecha con los centros colaboradores de la OPS y de la OMS y con otras instituciones pertinentes con miras a crear un programa específico de capacitación y formación en materia de entomología médica. A pesar de que no era posible que la Oficina proporcionase esa formación por sí misma, podría ayudar a aumentar la capacidad de los países de hacerlo.

88. El Consejo aprobó la resolución CD48.R8, por la cual respalda el enfoque de control integrado de vectores.

Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud (documentos CD48/14, Rev.1; CD48/14, Add. I; CD48/14, Add. I, Corrig.; CD48/14, Add. II y CD48/14, Add. II, Corrig.)

89. Sir Michael Marmot (Presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS) describió la labor de la Comisión, centrada en la consecución de la justicia social, el empoderamiento de las personas y las comunidades, y la creación de las condiciones necesarias para que las personas pudiesen llevar una vida plena. El doctor Wim Van Lerberghe (Grupo orgánico de Sistemas y Servicios de Salud de la OMS) habló de la necesidad de modificar los sistemas y servicios de salud a fin de satisfacer la demanda cada vez mayor de atención primaria de salud en todo el mundo. La doctora

Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) describió el marco de política de la Región en materia de la atención primaria de salud y los factores determinantes de la salud.

90. Luego hicieron uso de la palabra dos comentaristas: el doctor Hubert Alexander Minnis (Ministro de Salud, Bahamas) describió los vínculos entre la salud y la equidad, y el doctor José Guillermo Maza (Ministro de Salud, El Salvador) habló de las dificultades con que debía enfrentarse el sector de la salud en comparación con otros sectores gubernamentales. En las palabras de clausura, el Presidente subrayó la importancia de la investigación acerca de los factores determinantes de la salud, así como de brindar capacitación y apoyo a los recursos humanos para la atención sanitaria.

91. En el documento CD48/14, Add. II, se puede consultar el resumen de las ponencias de los seis oradores que expuso la doctora Gross.

92. En el debate de este punto, los delegados describieron los esfuerzos que se estaban realizando en sus países para revitalizar la atención primaria de salud, en particular al relacionarla con los factores determinantes de la salud. Algunos delegados describieron las iniciativas en marcha en otros sectores distintos del de la salud que tenían una repercusión directa sobre los determinantes de la salud, como la educación y el empleo. Varios ofrecieron compartir sus experiencias y mejores prácticas con otros países. También se puso de relieve la sinergia entre la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se señaló que en algunos casos debían fortalecerse los sistemas de atención primaria de salud para que los países pudieran cumplir esos objetivos. También se indicó que era necesario contar con estrategias para llegar a las personas que, por distintas razones, no estaban obteniendo acceso a los servicios de atención primaria de salud. En líneas generales, se acordó que el acceso universal a la atención de salud era sencillamente una cuestión de equidad. Se manifestó la necesidad de explorar las maneras de transferir las aptitudes del personal de salud sumamente capacitado a aquellos con menos capacitación.

93. El Consejo tomó nota del informe y de las opiniones expresadas en el debate.

La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud (documento CD48/15)

94. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el documento sobre este tema, que se había considerado pionero en varios aspectos, en particular por la vinculación de las relaciones internacionales con el desarrollo sanitario nacional. Se había señalado que el documento representaba un alejamiento de los temas técnicos que habitualmente trataba la OPS, puesto que abordaba temas de interés para profesionales de muchos sectores, entre otros los de relaciones exteriores, medio ambiente y comercio, por lo que

demostraba que la salud era verdaderamente un tema intersectorial. El Comité había analizado a fondo la función de cooperación técnica de la OPS en esta esfera. Los delegados habían determinado que la vigilancia de las enfermedades, en particular en zonas con grandes volúmenes de tránsito y de comercio internacional, era una de las áreas que se debía fortalecer especialmente. La armonización de los marcos normativos y de la prestación de los servicios era otra esfera en la que se necesitaba el apoyo de la OPS. El mejoramiento de la capacidad de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales y la ayuda a los gobiernos en el análisis de las repercusiones sobre la salud de las políticas públicas propuestas se habían considerado como otras funciones importantes de la OPS. Se había hecho hincapié en que la Organización debía centrar sus actividades de cooperación técnica en los ámbitos que entraban claramente dentro de su mandato y sus competencias básicas.

95. La mayoría de los Miembros del Comité había estado de acuerdo en que debía redactarse un proyecto de resolución sobre este tema y transmitírsele al Consejo Directivo para su aprobación, con el objeto de sentar las bases para actividades futuras relacionadas con la salud y las relaciones internacionales. Este proyecto de resolución había sido considerado y revisado ampliamente, y gran parte de las deliberaciones se habían centrado en la función de la OPS. El resultado del debate del Comité, la resolución CE142.14, se encontraba en uno de los anexos al documento CD48/15.

96. En el debate del Consejo Directivo, los Estados Miembros recibieron con beneplácito las iniciativas de la OPS para fortalecer la capacidad institucional de los gobiernos en materia de salud y relaciones internacionales, subrayando la necesidad de fomentar una mayor cooperación y solidaridad entre los países para abordar los problemas mundiales de salud, cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, velar por la seguridad sanitaria mundial y fomentar una mayor equidad y justicia social. Se manifestó la importancia de la salud en la política exterior y las relaciones internacionales, al igual que la necesidad de fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias para procurar que se prestase la debida atención a la salud en la negociación de acuerdos bilaterales y multilaterales. Varios delegados describieron las iniciativas nacionales y subregionales encaminadas a fortalecer la cooperación internacional en materia de salud y la promoción del desarrollo sanitario nacional. Un representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) destacó la importancia de la colaboración internacional en materia de salud para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 relativo a la reducción de la mortalidad en la niñez.

97. Se señaló que la salud ya no podía verse como una inquietud estrictamente nacional y que, en un mundo cada vez más globalizado e interdependiente, era necesario “pensar a nivel local y actuar a nivel mundial”, puesto que tanto la salud nacional como la salud mundial dependían en gran medida de una mayor cooperación y colaboración internacionales entre los países. Varios delegados hicieron un llamado a una mayor

cooperación entre los países desarrollados y los menos desarrollados de la Región. Se consideró esencial que los países desarrollados cumplieran o incluso superaran el compromiso contraído en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Monterrey, marzo del 2002) de dedicar 0,7% del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo. También se subrayó la importancia de aplicar plenamente la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda.

98. Los delegados señalaron que en los últimos años la política exterior de los países había evolucionado y se había pasado del hincapié tradicional en temas de economía y seguridad nacional a incluir preocupaciones de salud. También se mencionaron los vínculos estrechos entre la salud, el desarrollo nacional y las relaciones internacionales. Se señaló que, al surgir el concepto de la diplomacia en salud, debía reconocérsela como un área de especialización que requería capacitación y la adquisición de aptitudes de negociación. Se consideró que promover y facilitar este tipo de formación sería un papel importante para la OPS. A este respecto, se aplaudió el Programa de Líderes en Salud Internacional puesto en marcha por la Organización. También se reconoció la contribución de la OPS al fortalecimiento de las relaciones bilaterales entre los países y su capacidad de negociar alianzas en la nueva estructura sanitaria mundial.

99. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo dedicó un tiempo considerable a analizar el punto central de la cooperación técnica de la OPS en esta materia. Se subrayó que la Organización debía enmarcar su labor claramente dentro de su mandato y sus competencias técnicas. Se determinó que el fortalecimiento de la capacidad y la infraestructura de los Estados Miembros para administrar y aplicar eficazmente los recursos internacionales de cooperación era un área importante de cooperación para la Organización. También se consideró que ayudar a los Estados Miembros a formar la capacidad necesaria para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) era otra función importante. Se indicó que la OPS debía establecer un mecanismo dentro de la Oficina para coordinar un método integrado de cooperación técnica basada en las prioridades determinadas por cada país.

100. Se analizó en detalle la función de la OPS consistente en facilitar el análisis de la dimensión de la salud en las políticas consideradas, adoptadas y ejecutadas a nivel internacional. La mayor parte de los delegados fue del parecer de que la OPS, como organismo especializado en salud, debía sin duda facilitar ese análisis. Un delegado consideró que el análisis de las repercusiones de salud pública de las políticas internacionales era una función inherente de los Estados Miembros, no de la OPS.

101. El doctor Pedro Brito (Gerente del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS) recibió con beneplácito el debate entusiasta del Consejo en torno al tema de la salud y las relaciones internacionales. El intercambio rico en puntos de vista proporcionaría una orientación importante para definir el mandato de la Organización y

orientar su cooperación técnica con los Estados Miembros. En respuesta a la observación con respecto a la necesidad de pensar localmente y actuar a nivel mundial, recordó que el tema del Día Mundial de la Salud en 1990 había sido “Pensad globalmente, actuad localmente” y explicó que creía que ambos criterios eran necesarios para abordar los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud en un mundo globalizado. Poniendo de relieve algunos de los puntos principales que habían surgido del debate, observó que los Estados Miembros habían subrayado, entre otras cosas, la necesidad de fortalecer la capacidad de los gobiernos para alinear, coordinar y armonizar la cooperación internacional en materia de salud, y de promover la colaboración y solidaridad internacionales para abordar los retos comunes en materia de salud.

102. La Directora comentó que la OPS estaba recibiendo un número cada vez mayor de solicitudes de apoyo, tanto de los países como de las instituciones académicas, para la elaboración de programas de capacitación en salud internacional. También observó que parecía haber un interés cada vez mayor por parte de los jóvenes de proseguir estudios en salud mundial o en temas afines, aunque su carrera estuviera dedicada a otra área. Como reflejo de esa tendencia, el Programa de la OPS de Líderes en Salud Internacional en ese momento tenía, por primera vez, participantes de sectores distintos al de la salud. Al mismo tiempo, había una gran demanda de cooperación técnica de la OPS para ayudar a las autoridades sanitarias nacionales a fortalecer su capacidad de negociar y administrar la cooperación internacional. Como había manifestado el doctor Brito, el debate abierto y franco de este tema por parte del Consejo proporcionaría una buena base para la elaboración del método general de cooperación técnica de la Organización, que luego podría centrarse de una manera más específica en el marco de cada estrategia de cooperación en los países.

103. En el debate del proyecto de resolución propuesto para este punto del orden del día, el Consejo consideró varias modificaciones, la más polémica de las cuales fue una propuesta de eliminar el inciso g del párrafo 2. El Consejo aprobó, en un voto a mano alzada, conservar ese párrafo y aprobar la resolución CD48.R16. El Delegado de los Estados Unidos solicitó que quedase constancia expresa en actas de que su delegación había votado en contra de la inclusión del inciso g del párrafo 2 y de que los Estados Unidos no consideraban que la resolución gozara de consenso.

Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional (documentos CD48/16; CD48/16, Add. I, Rev. 2 y CD48/16, Add. II)

104. Se convocó una mesa redonda a fin de que los países pudieran intercambiar opiniones acerca del cambio climático y sus repercusiones sobre la salud pública. El doctor Luiz Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS) presentó el tema, señalando que en la Región de las Américas los asuntos de

especial interés en relación con el clima eran los fenómenos climáticos extremos, la seguridad de los alimentos y del agua, la transmisión de enfermedades por vectores y el ascenso del nivel del mar. El tema no era nuevo para la OPS y la OMS, que desde principios de los años noventa habían venido tratando de concientizar acerca de las repercusiones del cambio climático sobre la salud humana. “Proteger la salud frente al cambio climático” había sido el tema del Día Mundial de la Salud en el 2008. Una de las actividades organizadas para conmemorar ese día había sido un taller celebrado en el Brasil para preparar un plan regional de acción que permitiera proteger la salud frente al cambio climático. Las consultas sobre el plan a nivel de país se habían realizado en junio y julio. Este debate de tipo mesa redonda brindaría a los delegados la oportunidad de examinar el plan regional de acción propuesto, un bosquejo del cual se encontraba en el anexo al documento CD48/16. La Oficina deseaba saber si los delegados creían que el plan reflejaba adecuadamente las inquietudes y las necesidades de sus países, si pensaban que se debían incluir otras acciones, y cuáles creían que eran los puntos fuertes y flacos que tenía.

105. La doctora María Fernanda Espinosa (Representante Permanente del Ecuador ante las Naciones Unidas) pronunció unas palabras de apertura acerca de los principales problemas con los que se enfrentaba la Región de las Américas en cuanto al cambio climático. Explicó que el cambio climático no era realmente el problema, sino tan solo un síntoma de otro aún más grave: el modelo económico predominante, en el cual el crecimiento y la acumulación eran los conceptos máspreciados por encima de todos los demás. El modelo era insostenible, tanto desde la perspectiva ecológica como la social, y ya había causado muchos problemas, desde la crisis alimentaria hasta la crisis energética. Citando datos publicados en el Informe Stern sobre la economía del cambio climático, observó que se necesitaría invertir de manera sostenida 1% del PIB anual mundial para prevenir o revertir los efectos del cambio climático y que, sin tal inversión, podrían ocurrir pérdidas de producción e infraestructura que ascenderían a 20% de PIB mundial. Esos efectos incluían las inundaciones, el aumento del nivel del mar, el derretimiento de los glaciares, las sequías, los períodos de escasez de alimentos, las migraciones masivas, las crisis en el suministro de alimentos y agua, y la pérdida de la diversidad biológica, entre otros. La salud humana se vería afectada puesto que algunas enfermedades como la malaria y el dengue se propagarían a zonas que no habían sido afectadas anteriormente por ellas. Por lo tanto, el cambio climático era uno de los obstáculos principales al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

106. Después de examinar algunas de las medidas que habían sido adoptadas y que estaban adoptándose a nivel internacional para abordar los temas relacionados con el clima, en particular la decisión aprobada en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Bali, 2007), en la que se instaba a crear un fondo para ayudar a los países en desarrollo a que afrontasen el costo de la adaptación al cambio climático, la doctora Espinosa dijo que objetaba al uso de la palabra “adaptación” en este contexto,

puesto que lo importante no era “adaptarse” y vivir con los efectos adversos del cambio climático, sino dar pasos para abordar eficazmente sus causas. La prevención era la clave, no la adaptación.

107. Era alentador darse cuenta de que el tema del cambio climático se consideraba ahora como un asunto de interés para diversos sectores y no solo como un tema ambiental. El debate político se había elevado al nivel de los jefes de Estado y también involucraba a los ministros de salud, de economía y finanzas, de agricultura y ganadería, y otros. El debate no debía limitarse a los expertos ambientales, sino que además debía incluir a los encargados de adoptar las decisiones políticas y económicas, dado que debían hacerse cambios en los modelos de producción y consumo, y en la manera en que se utilizaban los recursos.

108. Los delegados participaron luego en uno de los tres grupos de debate organizados. El debate del grupo 1 se centró en la manera en que el cambio climático estaba afectando a la salud pública, en especial a los grupos vulnerables en toda la Región de las Américas. En el grupo 2 se analizaron las repercusiones que el cambio climático tendría en los diversos grupos poblacionales, en especial los grupos más pobres, las mujeres, los niños y los ancianos. En el grupo 3 el debate se centró en las inquietudes de los pequeños estados insulares en desarrollo, en particular los del Caribe.

109. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) presentó el informe final del debate de los distintos grupos (documento CD48/16, Add. II), señalando que los participantes habían subrayado algunas de las áreas principales de preocupación para sus países y habían tratado 14 temas principales, incluidos los efectos sanitarios del cambio climático, algunas cuestiones morales y éticas, los modelos económicos y de desarrollo económico no sostenibles, los modelos de producción y consumo, los programas de educación e información, las estrategias ecológicas, la detección y la movilización de recursos, la armonización y la cooperación dentro de los ministerios nacionales, las alianzas, los desplazamientos poblacionales y la propagación de las enfermedades. Los grupos opinaron que el plan regional de acción propuesto era pertinente, oportuno e integral, pero habían subrayado que, si bien algunos aspectos podrían ponerse en marcha de inmediato, gran parte debería traducirse en planes nacionales de acción centrados en las necesidades y prioridades locales. También se señaló la necesidad de elaborar indicadores para evaluar el cumplimiento de las metas del plan propuesto.

110. La Directora dijo que, sobre la base de las consultas celebradas anteriormente con los Estados Miembros y las recomendaciones y las conclusiones de la mesa redonda, la Oficina llevaría adelante la elaboración del plan regional, con miras a someterlo a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2009.

111. El Consejo tomó nota del informe y de las conclusiones del debate.

La aportación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud (documentos CD48/17 y CD48/17, Add. I)

112. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo, en junio, que la OPS prepararía una contribución regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud, que se celebraría en Bamako (Malí), en noviembre del 2008, como continuación del proceso que había empezado con la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud celebrada en México, D.F., en el 2004. La contribución regional describiría los logros de la Región de las Américas en cuanto a la investigación en materia de salud durante los cuatro años anteriores y establecería los criterios de la Región con respecto a los retos pendientes. La aportación regional se encontraba en el documento CD48/17, Add. I.

113. El Consejo Directivo recibió con beneplácito el informe de la Oficina sobre este tema, en particular su hincapié sobre la necesidad de mejorar las capacidades nacionales de investigación y salvar la distancia entre el conocimiento y la práctica. La información contenida en el documento apoyaría y estimularía la investigación, lo que podría conducir a mejoras útiles en los sistemas nacionales de salud. Se observó que la visión estratégica podría ayudar a traducir el conocimiento generado mediante las investigaciones en medidas prácticas concretas que guiasen las políticas sanitarias y ayudasen a reducir al mínimo las desigualdades de salud y a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida.

114. El Delegado de Cuba propuso que, aunque la OPS no tendría terminada la política de investigación hasta el 2009, quizás debería aportarse al Foro de Bamako la parte que ya estuviera lista como una manera de contribuir con las deliberaciones que tendrían lugar allí. También planteó la posibilidad de que se celebrase un foro ministerial sobre la investigación para la salud en Cuba en el 2009.

115. Varios delegados describieron las actividades de investigación en marcha en sus países. La Delegada de Jamaica hizo referencia a la labor del Consejo del Caribe de Investigación de Salud, que prestaba apoyo a los países de esa subregión. La Delegada del Canadá describió la iniciativa de investigación de la salud mundial de su país, que vinculaba a los investigadores de los países de ingresos bajos y medianos con investigadores canadienses a fin de ayudar a responder a las dificultades de salud actuales y emergentes. Varios delegados ofrecieron compartir los resultados de las iniciativas de investigación puestas en marcha por sus países con otros Estados Miembros.

116. Un representante de la Asociación de Alzheimer del Canadá también hizo uso de la palabra en nombre de Alzheimer's Disease International e instó a los países a que consideraran a la enfermedad de Alzheimer como una prioridad de investigación en materia de salud mundial.

117. El doctor Luis Gabriel Cuervo Amore (Jefe de la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OPS) dijo que las observaciones del Consejo se agregarían a las que ya se habían recibido en los foros electrónicos y que formaban parte del documento CD48/17, Add. I, el cual se convertiría en la aportación regional al Foro Ministerial de Bamako. Observando los grandes avances que se habían logrado en todas las áreas desde la Cumbre Ministerial en la ciudad de México en el 2004, subrayó que el concepto de “investigación para la salud” era una idea más amplia que la investigación de salud en el sentido estricto.

118. La Directora, señalando que Bamako se encontraba a una distancia considerable de la Región, comentó que esperaba no obstante que pudieran asistir delegados de algunos Estados Miembros, quizás por medio de algún tipo de asistencia de los asociados. La participación en el Foro permitiría que los países pudieran garantizar que se estuviesen utilizando los resultados de la investigación para adoptar decisiones fundamentadas en materia de política sanitaria.

119. El Consejo tomó nota del informe.

Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional (documento CD48/18)

120. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la aprobación, por parte de la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud, de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. El Comité había señalado que aún no se habían acordado algunos aspectos del plan de acción, pero que, no obstante, había considerado que proporcionaba una base sólida para adoptar medidas inmediatas. El Comité había estado de acuerdo en que este tema debía enviarse al Consejo Directivo y había solicitado a la Oficina que preparase un documento y un proyecto de resolución, en el que se señalasen las necesidades y prioridades regionales con respecto a los diversos elementos de la estrategia mundial y se describiesen los criterios para aplicarla en la Región.

121. El Consejo Directivo recibió con beneplácito las iniciativas de la OPS para coordinar la aplicación regional de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, y respaldó la propuesta que figuraba en el documento CD48/18 de crear una plataforma regional como un mecanismo para establecer las prioridades en materia de innovación, facilitar la aplicación de la Estrategia, intercambiar la información pertinente y vigilar el proceso. Los delegados instaron a la OPS a que iniciara el proceso de ejecución por medio de una amplia difusión de la estrategia mundial y las partes acordadas del plan de acción. También se alentó a la Organización a que difundiera el informe final de la consulta subregional sobre el tema,

celebrada en Paramaribo (Suriname) en febrero del 2008, así como la propuesta conjunta sobre los mecanismos del fondo de premios presentada al Grupo de Trabajo Intergubernamental por Barbados y Bolivia. Además, se pidió a la OPS que velase por que la Región y sus diversas subregiones estuvieran representadas en el grupo de trabajo especial integrado por expertos que se establecería de conformidad con la resolución WHA61.21.

122. Se consideró esencial traducir la estrategia a hechos concretos encaminados a garantizar el acceso a medicamentos asequibles de alta calidad y seguros para todos los pueblos de la Región. Los delegados afirmaron que los derechos y las leyes de propiedad intelectual debían trabajar a favor de la salud y no en detrimento de esta. Se expresó pesar de que no hubiera sido posible obtener consenso sobre el principio de que el derecho a la salud debía prevalecer sobre los intereses comerciales durante las negociaciones dentro del Grupo de Trabajo Intergubernamental. Se señaló que los esfuerzos por desarrollar medicamentos nuevos para tratar enfermedades como el sida serían de poco valor si esos medicamentos no estaban al alcance de quienes los necesitaban. Se subrayó que era necesario aprovechar plenamente las flexibilidades que ofrecía el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio, al igual que la necesidad de promover la transferencia de tecnologías de Norte a Sur y mejorar la capacidad de producción de los países de la Región. También se consideró esencial buscar nuevos mecanismos de apoyo y financiamiento para la innovación en materia de salud.

123. Los delegados opinaron que la Región de las Américas, que había sido una fuerza impulsora en las negociaciones de la estrategia mundial, debía desempeñar una función clave en su ejecución. El liderazgo y el multilateralismo de la OPS se consideraban fundamentales para la aplicación de la Estrategia. Al mismo tiempo, se hizo hincapié en que las únicas funciones apropiadas para la Oficina Sanitaria Panamericana serían aquellas señaladas en la resolución WHA61.21 para la OMS a nivel regional. También se señaló que la Región no podía elegir ejecutar solo algunas partes específicas de la estrategia, puesto que hacerlo contravendría el espíritu de la estrategia y el extenso proceso de negociación que había conducido a su adopción.

124. La mayoría de los delegados expresaron apoyo al proyecto de resolución contenido en el documento CD48/18, aunque un delegado indicó que se necesitaba más tiempo para elaborar un enfoque válido para la aplicación de la estrategia mundial y el plan de acción a nivel regional, por lo que se propuso que se examinaran el documento y la resolución y se los sometiese nuevamente a la consideración del Consejo Directivo, por conducto del Comité Ejecutivo, en el 2009. Otros subrayaron la urgencia de aplicar la estrategia y el plan, y la importancia de hacerlo de acuerdo con las necesidades y las prioridades de los países de la Región.

125. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación de la OPS) recibió con beneplácito el intercambio de opiniones sobre el documento y el proyecto de resolución y observó que, como no había sido tratado por el Comité Ejecutivo antes de presentárselo al Consejo Directivo como era la práctica usual, las observaciones y las sugerencias del Consejo serían particularmente importantes para la Oficina a fin de perfeccionar el enfoque regional que se propondría para la aplicación de la estrategia. Subrayó que el objetivo del documento y la resolución era adaptar la aplicación de la estrategia mundial y el plan de acción a las necesidades y las características de la Región, no proponer una estrategia alternativa o paralela. Era necesario armonizar la Estrategia con los mandatos y objetivos contenidos en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012 y en la Agenda de Salud para las Américas. La estrategia tendría que adaptarse no solo a nivel regional sino también a los niveles subregional y nacional porque había importantes diferencias entre las subregiones y los países de las Américas con respecto a las necesidades y las posibilidades.

126. Con respecto a la plataforma propuesta en el documento, aclaró que tenía por objeto ser un foro virtual para el debate. Sería una manera de difundir información acerca de la estrategia y de facilitar el debate continuo entre los Estados Miembros acerca de su aplicación en la Región.

127. Tras el debate posterior sobre el proyecto de resolución, se acordó que se formaría un grupo de trabajo para formular un texto consensuado. El resultado del trabajo del grupo se encuentra en la resolución CD48.R15, posteriormente aprobada por el Consejo.

***15.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA):
“Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”
(documento CD48/19, Rev.1)***

128. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo, en su 142.^a sesión, un informe sobre la 15.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura. Se había pedido al Comité que solicitase a la Directora que sometiese el texto final de la Declaración de Rio de Janeiro, adoptado en esa reunión, a la consideración del 48.º Consejo Directivo y que prosiguiera las negociaciones con el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos para que se incluyese este tema en el orden del día de la Quinta Cumbre de las Américas. El Comité había solicitado aclaración acerca del procedimiento para tratar la Declaración dentro de los Cuerpos Directivos de la OPS. También había señalado que en la reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA), celebrada inmediatamente antes de la 15.^a RIMSA, se habían tratado varios temas que no estaban, en un sentido estricto, relacionados con la inocuidad de los alimentos y se había sugerido que quizás debía ampliarse el mandato de la Comisión para que incluyese la nutrición y otros temas afines.

129. La Directora había explicado que, a pesar de que la Declaración no había sido resultado de los procesos de gobernanza de la OPS, formulaba algunas solicitudes a la Organización. Había informado al Comité que se prepararía un documento de antecedentes que describiese las funciones de asistencia técnica que la 15.^a RIMSA había solicitado a la OPS que desempeñase, junto con un proyecto de resolución que estableciera recomendaciones para los Estados Miembros y mandatos para la Oficina. El Comité había estado de acuerdo en que el tema se remitiera a la consideración del Consejo Directivo como un asunto relativo a la política de los programas y había pedido a la Oficina que preparase un documento y un proyecto de resolución.

130. El Consejo Directivo consideró que estas reuniones eran un mecanismo muy bueno para promover el desarrollo de las poblaciones rurales de la Región. La labor conjunta de los sectores de salud y de agricultura y ganadería hacía que se tuvieran en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones rurales y que la producción de alimentos se hiciera sobre una base verdaderamente responsable. Algunos delegados describieron las medidas tomadas en sus países para garantizar la inocuidad de los alimentos. Se consideró que estas reuniones eran el foro regional ideal en el cual se podían aunar los esfuerzos de los sectores sanitario y agropecuario para fijar normas altas de calidad alimentaria. Se hizo hincapié en que el tema no podía ser abordado exclusivamente por un sector o el otro.

131. La Delegada del Canadá observó que, a pesar de que su gobierno apoyaba el proyecto de resolución sobre este punto, no había podido brindar apoyo a toda la Declaración de Rio de Janeiro y que, en consecuencia, en esta se había incluido una nota a pie de página a tal efecto.

132. El Delegado de los Estados Unidos dijo que parte del texto en el párrafo 8 de la Declaración de Rio de Janeiro se había colocado entre corchetes debido a que resultaba inaceptable para su gobierno y que, en consecuencia, los Estados Unidos no habían dado su apoyo a la Declaración, aunque no se opondrían a la resolución.

133. El Delegado del Brasil expresó el agradecimiento de su gobierno a la OPS por haberle dado la oportunidad de ser anfitrión de la 15.^a RIMSA. También reconoció la excelente labor que había realizado el equipo del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en apoyo de la reunión.

134. El doctor Albino Belotto (Director de PANAFTOSA) agradeció a los delegados sus observaciones positivas, que fortalecerían la determinación de PANAFTOSA de continuar colaborando con el sector agropecuario a fin de lograr una mejor coordinación de los esfuerzos para garantizar la inocuidad de los alimentos y el desarrollo rural, y para llevar a cabo todas las tareas que habían sido solicitadas por la 15.^a RIMSA.

135. PANAFTOSA estaba procurando colaborar de una manera cada vez más estrecha con los demás organismos activos en el campo de la agricultura, la ganadería y la salud. Desde la reunión de RIMSA, se habían logrado grandes avances con respecto a algunas medidas, en particular en relación con la formación de capacidad y el manejo de situaciones de emergencia que pudieran surgir a partir de cualquier enfermedad o problema de salud vinculados a la agricultura y la ganadería, ya sea por alimentos contaminados o por enfermedades de los animales como la gripe aviar.

136. La Directora agradeció al Gobierno del Brasil su apoyo económico y logístico de la reunión. También rindió homenaje al trabajo del organismo hermano de la OPS, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), que por primera vez había sido coorganizador de la reunión. También expresó su satisfacción por la colaboración y la coordinación cada vez más estrechas entre las dos organizaciones. Observó que había habido alguna sugerencia en el sentido de que se debía examinar la posibilidad de que COPAIA cubriese no solo la calidad alimentaria en su sentido más estricto sino también su valor nutritivo, tema que ella propondría en la próxima reunión de COPAIA.

137. El Consejo aprobó la resolución CD48.R13 sobre este tema.

Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región (documento CD48/20)

138. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité, en su 142.^a sesión, había recibido un informe acerca de la primera Reunión de Ministros de Salud de las Américas sobre Prevención de la Violencia y las Lesiones, celebrada el 14 de marzo del 2008 en Mérida (México), en la que se había aprobado la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas (“la Declaración de Mérida”). En el debate que había seguido a la exposición del informe, el Delegado de México había señalado que su gobierno creía que la Declaración de Mérida, en la que se destacaba la función de los ministerios de salud para abordar el tema de la violencia y los traumatismos, debía difundirse ampliamente. Había propuesto que el Comité aprobase una resolución sobre el tema y remitiese el punto a la consideración del 48.^o Consejo Directivo con miras a darle más relieve a esta cuestión en los programas públicos y a movilizar un mayor apoyo financiero y técnico para la prevención de la violencia y los traumatismos. Otros Miembros del Comité habían apoyado la propuesta de la Delegación de México y habían expresado su acuerdo acerca de la necesidad de dar más relieve a la violencia como un problema de salud pública y de aumentar el financiamiento de las iniciativas de prevención de la violencia.

139. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica de la OPS) había señalado que el informe sobre la reunión de ministros era un documento de información y que no se

podían aprobar resoluciones sobre temas de información. Había sugerido que el Comité remitiera el punto a la consideración del 48.º Consejo Directivo, que luego podría, si así lo deseaba, aprobar una resolución en apoyo de la Declaración. El Comité había estado de acuerdo en incluir el asunto en el orden del día del Consejo Directivo y había solicitado a la Oficina que preparase un documento y un proyecto de resolución sobre el tema.

140. En el debate del Consejo, los delegados subrayaron la importancia de la reunión ministerial y de la Declaración de Mérida. Describieron las medidas que se estaban adoptando en sus respectivos países, pusieron de relieve la necesidad de contar con una estrategia de salud pública para abordar el problema de la violencia y poner en marcha políticas nacionales coordinadas que permitieran obtener y movilizar recursos humanos, económicos y logísticos. También se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la recopilación de datos para evaluar la magnitud real del problema. Dadas las causas complejas de la violencia y los traumatismos, se consideró esencial lograr la colaboración intersectorial al abordarlas, aunque se subrayó que el sector de la salud debía desempeñar una función central, no solo en cuanto al apoyo y la atención de las víctimas, sino también al aplicar un modelo de salud pública para abordar el problema. Se comentaron varios aspectos específicos del tema, entre ellos la violencia doméstica, la salud mental, el consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas, la protección de los niños, la seguridad vial, el uso de cinturones de seguridad, la prevención de incendios y la prevención de la violencia en las escuelas y el periodismo responsable. Con relación a este último tema, se sugirió instar a los medios de comunicación, por medio de la dependencia gubernamental apropiada en cada país, a que informasen acerca de los sucesos violentos de una manera ética, con respeto hacia la dignidad de las víctimas y de otras personas afectadas.

141. El doctor Luiz Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS) agradeció a la Secretaría de Salud de México que hubiera convocado la reunión de Mérida y llamado la atención sobre el tema de la prevención de la violencia. También agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias sobre este punto.

142. La Directora dijo que ella también deseaba agradecer al Gobierno de México su iniciativa al convocar la reunión de ministros de salud. La Oficina tendría en cuenta las sugerencias propuestas en el Consejo Directivo al elaborar un marco conceptual para la cooperación técnica de la OPS con respecto a la prevención de la violencia y los traumatismos.

143. El Consejo aprobó la resolución CD48.R11 sobre este tema.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de cuotas (documentos CD48/21 y CD48/21, Add. I)

144. La doctora Dora Jara (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había puesto en conocimiento del Comité, en su 142.^a sesión, en junio, que la recaudación combinada de cuotas atrasadas y cuotas correspondientes al año en curso al 16 de junio del 2008 había sumado \$40,5 millones¹, cifra que representaba una gran disminución en comparación con el monto de \$70,1 millones que se había recaudado para junio del 2007. Hasta junio del 2008 un total de 27 Estados Miembros había efectuado el pago de sus cuotas y se había abonado más de 63% de las cuotas atrasadas pendientes, lo que dejaba un saldo pendiente de \$13,1 millones.

145. La recaudación de las cuotas del año en curso había ascendido a \$18,1 millones, cifra que también representaba una gran disminución en comparación con el 2007. Trece Estados Miembros habían pagado las cuotas del 2008 en su totalidad, todos los Estados Miembros con planes de pagos diferidos habían cumplido plenamente con las condiciones de esos planes y solo un Estado Miembro podría haber estado sujeto a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

146. La señora Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OPS) señaló a la atención el documento CD48/21, el cual informaba el estado de la recaudación de las cuotas al 31 de julio del 2008, y el documento CD48/21, Add. I, Rev. 1, que actualizaba la información hasta el 22 de septiembre, observando que desde esta última fecha la Organización había recibido otro pago por \$71.064 proveniente del Gobierno de Cuba. Para la ejecución de las actividades técnicas que eran la razón de ser de la OPS era fundamental contar con el financiamiento oportuno del presupuesto por programas de la Organización, que dependía de tres fuentes: las cuotas de los Estados Miembros, los ingresos varios provenientes de los intereses devengados por las inversiones y las asignaciones de la OMS para la ejecución de actividades internacionales de salud pública en la Región de las Américas. El presupuesto por programas de la OPS para el ejercicio 2008-2009, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007, incluía \$95,7 millones de las cuotas correspondientes al 2008, \$9 millones en concepto de ingresos varios presupuestados y \$41 millones provenientes de la OMS.

147. Al 1 de enero del 2008, además de los \$95,7 millones por las cuotas correspondientes al 2008, a la Organización se le debían \$35,4 millones por cuotas atrasadas pendientes de años anteriores, el nivel más bajo de cuotas atrasadas en más de 10 años. Además, en el transcurso del 2008, la Organización había recibido pagos por

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

\$22 millones para saldar esas cuotas atrasadas; por lo tanto, el saldo pendiente era de \$13 millones.

148. Al 22 de septiembre del 2008, 19 Estados Miembros habían abonado las cuotas en su totalidad, 8 Estados Miembros habían efectuado pagos parciales de sus cuotas correspondientes al 2008 y 12 Estados Miembros no habían efectuado pago alguno de esa cuota. En consecuencia, al 22 de septiembre la Organización había recibido \$30,3 millones en concepto de cuotas del total de \$95,7 millones correspondientes al 2008. Eso significaba que, transcurridos casi nueve meses del año, aún no se habían recibido \$65,3 millones, o sea, 68% de las cuotas del año en curso, de los cuales \$59,1 millones correspondían a la deuda de un solo Estado Miembro.

149. El bajo nivel de pago de las cuotas correspondientes al 2008, combinado con el saldo reducido de cuotas atrasadas (resultado del alto nivel de recaudación de cuotas atrasadas en los años anteriores), habían dado lugar al pago más bajo de cuotas en 10 años: un total de \$53 millones en comparación con un promedio de \$74 millones en los nueve años anteriores. Al 22 de septiembre, se habían recibido \$8,2 millones en concepto de ingresos varios, por lo que los ingresos totales ascendían a \$60,9 millones. Los gastos totales habían sumado \$77,8 millones, lo que había dado lugar a un déficit de \$16,9 millones. En consecuencia, a principios de septiembre la Organización había tenido que recurrir a un adelanto interno. Este período de adelanto interno, el segundo en la historia de la Organización, había durado aproximadamente dos semanas, hasta que el recibo del pago de una cuota importante había permitido a la Organización devolver esos fondos adelantados internamente.

150. En esos momentos, la Organización contaba con aproximadamente \$3 millones en fondos disponibles del presupuesto por programas, que cubrirían solo de una a dos semanas de las actividades planificadas. La Organización seguía solicitando a todos los Estados Miembros que efectuasen los pagos de sus cuotas a tiempo. La Directora se complació en informar que ningún Estado Miembro estaba sujeto en esos momentos al Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, que preveía la restricción de los derechos de voto en caso de que la mora en el pago de las contribuciones alcanzase cierta cuantía.

151. La Directora expresó su agradecimiento a la mayoría de los Estados Miembros por su prontitud para cancelar sus pagos con la Organización, al igual que a los Estados Miembros que habían contribuido a solventar los costos de los tres centros panamericanos de la OPS.

152. La Oficina sabía que a veces era difícil para los Estados Miembros encontrar la asignación presupuestaria para abonar su cuota: como lo había señalado la doctora Chan anteriormente, los ministerios de salud en general no estaban entre los ministerios más dominantes o poderosos del gobierno de cada país. En un llamado a los Estados

Miembros que todavía no habían efectuado sus pagos, les solicitó que lo hicieran lo antes posible, señalando que los adelantos internos, a pesar de que rara vez se utilizaban en la OPS, iban en contra de la disciplina fiscal que se esperaba de la Organización y que causaban dificultades por la suspensión necesaria de ciertas actividades de la Organización.

153. El Consejo Directivo tomó nota del informe sobre la recaudación de las cuotas.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2006-2007 (documento oficial 331)

154. La doctora Dora Jara (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había tratado el Informe financiero del Director y el Informe del Auditor Externo en junio después de escuchar la exposición de la señora Sharon Frahler, Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros, y del señor Graham Miller, Representante del Auditor Externo, el señor Tim Burr, de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido.

155. La señora Frahler había informado que la OPS estaba en una situación financiera muy favorable, habiendo recibido el nivel más alto de ingresos en cualquier bienio. El aumento de los ingresos se debía al pago de cuotas atrasadas de los Estados Miembros, a una mayor movilización de contribuciones voluntarias, al crecimiento de las adquisiciones de vacunas y suministros esenciales para la salud pública en nombre de los Estados Miembros y al aumento del financiamiento de la Organización Mundial de la Salud. Los pagos de cuotas habían sido los mayores que la Organización había visto en más de diez años y la OPS además había experimentado un extraordinario crecimiento en sus actividades de compras en nombre de los Estados Miembros. Los ingresos en el bienio habían excedido los gastos en \$38,8 millones, de los cuales \$5,8 millones se habían usado para elevar el monto del Fondo de Trabajo a su nivel máximo autorizado de \$20 millones, y \$7,7 millones se habían usado para llevar el Fondo Maestro de Inversiones de Capital a su nivel máximo autorizado de \$8 millones. Por lo tanto, en la cuenta especial había un saldo de \$25,3 millones (el destino de ese saldo se analiza más adelante, en los párrafos 163 a 167).

156. El señor Miller había informado al Comité que el Auditor Externo no había encontrado ningún punto flaco ni error que pudiera afectar sustancialmente la validez de los estados financieros de la OPS en su conjunto y, por consiguiente, había incluido un dictamen de auditoría sin reservas en los estados que abarcaban el ejercicio financiero del 1 de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2007. Había descrito el contenido del informe del Auditor Externo, haciendo hincapié en varios temas, incluidos los puntos flacos en la supervisión interna dentro de la Organización, el establecimiento del Sistema de Gestión

de los Asuntos de Integridad y los Conflictos y la investigación de los informes de fraude, la gestión de riesgos y el establecimiento de un comité de auditoría.

157. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el dictamen de auditoría sin reservas y la situación financiera en general buena de la Organización. Los Miembros habían solicitado comentarios de la Oficina sobre dos áreas que se habían destacado en el informe del Auditor Externo: la antigüedad y el alto grado de adaptación a las necesidades particulares de la Organización de los sistemas de tecnología de la información de la Organización y las deficiencias en la administración de fondos transferidos a terceros en virtud de cartas de acuerdo. La señora Frahler había respondido que el sistema de computación de la Organización satisfacía las necesidades de gestión financiera, pero que se habían necesitado ciertas adaptaciones para dar cabida a tareas como la implantación gradual de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público. Con respecto a los fondos administrados de conformidad con cartas de acuerdo, había descrito algunas de las medidas que la OPS había adoptado para mejorar los controles financieros internos. La Directora había agregado que se habían formulado nuevas directrices sobre la administración de este tipo de fondos y que se tenía previsto ponerlas en práctica dentro de un mes. Se esperaba que las nuevas directrices lograsen que los informes requeridos realmente se preparasen y entregasen.

158. Los Estados Miembros no formularon observación alguna después del informe de la Representante del Comité Ejecutivo. La Directora observó que la falta de comentarios del Consejo probablemente indicaba que los delegados estaban seguros de que el tema había sido examinado bien por el Comité Ejecutivo. Como varios delegados habían expresado inquietudes acerca de la manera en que la situación imperante en los mercados financieros mundiales pudiera afectar a las inversiones de la OPS, había pedido a la señora Frahler que hiciera una exposición sobre el asunto.

159. La señora Frahler presentó la cartera de inversiones de la Organización al 25 de septiembre del 2008, que ascendía a \$379 millones. De ese total, \$145 millones se encontraban en certificados de depósito expedidos por distintos bancos. La Organización también tenía un poco menos de \$124 millones en fondos mutuos, que ofrecían liquidez en un plazo de 24 horas. Dos asociados externos en materia de inversiones estaban administrando carteras por \$33 millones y \$32,2 millones, respectivamente. Por último, había aproximadamente \$45 millones en inversiones a más largo plazo, que tenían normalmente plazos de vencimiento de uno a cinco años y se utilizaban para cubrir algunos derechos del personal o actividades de más de un año de duración. Esos fondos a más largo plazo estaban asegurados 100% por el Gobierno de los Estados Unidos.

160. Las actividades de inversión de la OPS estaban regidas por el Reglamento Financiero de la Organización, en particular el artículo 10, dedicado a la custodia de los fondos, y el artículo 11, acerca de la inversión de tales fondos. Explicó que la supervisión

de los fondos de la Organización estaba a cargo de un Comité de Inversiones, presidido por el Director de Administración de la OPS. El Comité de Inversiones tenía la obligación de reunirse al menos dos veces al año, pero en la práctica se reunía con mayor frecuencia. Las directrices de la Organización en materia de inversiones estipulaban que los objetivos principales eran la preservación del capital, la seguridad de contar con la liquidez adecuada y la maximización del rendimiento total de la cartera. Además, se requería que la cartera tuviera la calidad más alta de crédito posible, conocida como una clasificación AAA. A pesar de que los dos gerentes de inversiones externos mencionados anteriormente estaban autorizados a adquirir títulos (bonos, no acciones) en nombre de la Organización que pudieran tener una calidad menor individualmente que la clasificación AAA, la cartera general debía considerarse como AAA. Si una inversión disminuía de grado, la OPS de inmediato daba instrucciones para venderla.

161. Esperaba que su descripción de la supervisión de las inversiones de la Organización, su diversificación y su concentración en activos a un plazo relativamente corto brindaría confianza a los delegados de que el dinero de la OPS estaba en buenas manos.

162. El Consejo tomó nota del informe financiero y la exposición.

Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007 (documento CD48/22)

163. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó acerca del debate que el Comité había sostenido sobre este punto, observando que el tema primero había sido considerado por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, el cual había examinado varias opciones para el uso de los ingresos excedentes propuestas por la Oficina sobre la base de dos criterios: que los proyectos a ser financiados por los fondos excedentes debían fortalecer y apoyar las actividades de salud pública prioritarias en los países de las Américas y que debían fortalecer la capacidad de la Oficina para atender las necesidades de los países de las Américas.

164. El Comité Ejecutivo había examinado cada proyecto propuesto por la Oficina individualmente a fin de determinar cuáles debían recomendarse para la aprobación por parte del Consejo Directivo. Los detalles acerca del debate del Comité de esos proyectos podían encontrarse en el informe final de su 142.^a sesión (documento CE142/FR). El Comité había sido de la firme opinión de que debía crearse otro proyecto con miras a fortalecer la capacidad de la Organización de implantar las Normas Contables Internacionales para el Sector Público en el año 2010. El Comité también había indicado que los Estados Miembros debían presentar otras propuestas específicas para los países que pudieran financiarse con el superávit. Se había propuesto que tales proyectos fueran examinados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del

2009 y, si este los respaldaba, se presentasen para la aprobación del Consejo Directivo a más tardar en septiembre del 2009. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de resolución contenido en la resolución CE142.R8.

165. La Directora dijo que esperaba que la falta de observaciones por parte del Consejo Directivo fuera un signo de su confianza en la manera en que tanto el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración como el Comité Ejecutivo estaban colaborando con la Oficina para determinar los proyectos apropiados y también para llevar a cabo la supervisión correspondiente a medida que se los ejecutase. La Oficina había tomado nota de los tres puntos planteados por los dos cuerpos. En primer lugar, no había necesidad alguna de apresurarse a gastar el excedente completo de inmediato: en efecto, sería imprudente hacerlo. En segundo lugar, los proyectos financiados por el excedente debían beneficiar a los Estados Miembros al fortalecer la capacidad de la Oficina de prestar la cooperación técnica necesaria, de elaborar métodos o desarrollar tecnologías y también de prestar apoyo a determinados países que necesitaban asistencia adicional. En tercer lugar, el excedente debía usarse en parte para financiar ciertos elementos relacionados con la infraestructura que no estaban cubiertos por el Plan Maestro de Inversiones de Capital y que mejorarían la capacidad de la Organización en cuanto a la conectividad, los sistemas financieros y la infraestructura física, permitiendo fortalecer la cooperación técnica de alta calidad de la Organización. Teniendo en cuenta lo anterior, se había propuesto que la Oficina usase una porción de los ingresos excedentes como una inversión inicial para fines exploratorios en algunos proyectos y que luego se los volviera a someter a la consideración del Subcomité y el Comité Ejecutivo para examinar la mejor manera de continuar adelante con ellos.

166. También señaló que, como la Organización recientemente se había visto obligada a recurrir a un adelanto interno debido a los retrasos en el pago de las cuotas, parte de los ingresos excedentes se usaría para financiar las actividades ordinarias en curso hasta que hubiera una vez más un flujo de efectivo fiable proveniente de las cuotas de los Estados Miembros.

167. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD48.R1 sobre este tema, por la que se autorizó la ejecución de siete proyectos en su totalidad y la fase inicial de otros seis.

Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal (documento CD48/23)

168. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recomendado en la resolución CE142.R7 que el Consejo Directivo aprobase una modificación propuesta al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal relativo a los nombramientos y ascensos del personal, y que estableciese el sueldo anual bruto de la Directora en \$189.929, con efecto a partir del 1 de enero del 2008.

169. El Consejo aprobó la resolución CD48.R14, por la cual se modificó el párrafo 4.3 del Estatuto del Personal y se fijó el sueldo de la Directora en conformidad con la recomendación del Comité Ejecutivo.

Premios

Premio OPS en Administración 2008 (documento CD48/24)

170. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración correspondiente al año 2008, integrado por representantes de México, Panamá y Trinidad y Tabago, se había reunido el 25 de junio del 2008, en ocasión de la 142.^a sesión del Comité Ejecutivo. Después de examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al doctor Hugo Villar Teijeiro, del Uruguay, por su contribución al mejoramiento de la situación de la salud en varios países del continente, la descentralización y el desarrollo de la gestión hospitalaria como parte de la gestión sanitaria y el desarrollo de recursos humanos para la gestión de servicios sanitarios. El Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE142.R12, por la cual respaldaba la decisión del Jurado, y había transmitido su informe, junto con los procedimientos y las directrices para conferir el premio, a la consideración del 48.^o Consejo Directivo.

171. El Presidente recordó que el Premio OPS en Administración había tenido sus orígenes en una donación generosa del doctor Stuart Portner, ex jefe de administración de la Oficina Sanitaria Panamericana. Lamentablemente, el ganador de esta edición del premio, el doctor Hugo Villar Teijeiro, no había podido asistir la reunión para recibir el galardón en persona y, por consiguiente, pidió a la Ministra de Salud del Uruguay que recibiera la distinción en su nombre.

172. La doctora María Julia Muñoz (Uruguay) dijo que para ella era un gran honor recibir el Premio OPS en Administración 2008 en nombre del doctor Hugo Villar, aunque temía no poder hacer justicia a los logros del galardonado. El doctor Villar había sido un modelo de sabiduría en la administración de los servicios de salud y en los temas de la salud pública en general. Había transmitido sus conocimientos y devoción a la salud pública a varias generaciones de médicos, no solo en el Uruguay sino en toda América Latina, ya que durante la dictadura uruguaya se había visto obligado a irse del país. En esa época había dejado su marca en Cuba, Bolivia y en otros pueblos, y también había trabajado para la OPS.

173. A su regreso al Uruguay, su inquietud principal había sido la salud del pueblo uruguayo. Había dirigido el Hospital de Clínicas en Montevideo con brillantez y dedicación inquebrantable. Había publicado numerosos trabajos de salud pública y

administración, tanto en el Uruguay como en el exterior. Se había desempeñado como profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, formando en la disciplina de la salud pública a varias generaciones de médicos y de administradores. También había ocupado destacados cargos políticos.

174. Junto con muchos destacados colegas, y trabajando tanto en las bases teóricas como en las líneas de acción prácticas, había creado el programa del gobierno que había dado lugar al sistema nacional de salud integrado vigente en el Uruguay. Un amante fiel de la justicia social y la equidad, se había dedicado al estudio de la salud de los pueblos de las Américas y a la política como un modo de actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

175. La doctora Muñoz expresó su profundo agradecimiento en nombre del doctor Villar, así como del pueblo y del Gobierno del Uruguay, que había presentado su candidatura al premio.

176. El Presidente del Consejo pidió a la Ministra que transmitiera al doctor Villar las más sinceras felicitaciones en nombre del Consejo Directivo por haber sido galardonado con este premio.

Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana 2008 (documento CD48/25)

177. El Presidente hizo una reseña de la historia del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana y anunció que el galardón correspondiente al año 2008 había sido concedido al doctor Cesar Victora, del Brasil. Luego solicitó al doctor Benjamín Caballero, Presidente de la Junta Directiva de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), que presentara al ganador del premio.

178. El doctor Caballero dijo que la Fundación se complacía en entregar el premio al doctor Victora, profesor de la facultad de medicina de la Universidad Federal de Pelotas en el estado de Rio Grande do Sul (Brasil). Durante muchos años, el doctor Victora y su grupo habían investigado acerca de la salud del niño en la Universidad de Pelotas, y habían publicado más de 200 trabajos de investigación. Había realizado contribuciones innovadoras en el campo de la lactancia materna, la nutrición y el crecimiento de los lactantes y su interacción con la posición social y económica. Había coordinado el mayor estudio de cohortes desde el nacimiento en un país en desarrollo, en el que se hizo un seguimiento de casi 6.000 personas desde el nacimiento hasta los 25 años de edad. Este estudio había generado información fundamental sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales, de los lactantes y de la primera infancia; sobre el estado de nutrición; y sobre los efectos de los factores sociales y ambientales en la salud. A medida que había aumentado la edad de las personas, el estudio se había centrado en los comportamientos

de riesgo, la salud mental y la educación de los adolescentes, y estaba actualmente explorando las interacciones entre el régimen alimentario, el modo de vida y las enfermedades crónicas.

179. El doctor Victora también había sido una voz fundamental con respecto a la formulación de políticas. Había ayudado al UNICEF y a la OMS a elaborar estrategias para controlar las enfermedades infecciosas y reducir la mortalidad en la niñez. Su investigación sobre la función de la lactancia materna en la reducción de la morbilidad y la mortalidad había configurado la política mundial en esa materia. También era un educador y un mentor sobresaliente, había fundado un programa de posgrado en epidemiología en la Universidad de Pelotas y, bajo su liderazgo, el programa se había convertido en un centro regional que gozaba del reconocimiento mundial. El doctor Victora se había graduado de médico en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y posteriormente había obtenido un doctorado en epidemiología de la atención de salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Era miembro de la Academia Brasileña de Ciencias y en el 2005 había recibido el galardón médico más prestigioso del Brasil, el premio Conrado Wessel en medicina. El doctor Victora era un ejemplo vivo de la contribución que podía hacer una nueva generación si ponía sus ideas, dedicación y talento al servicio del mejoramiento de la salud en las Américas.

180. El Presidente, junto con la Directora y el doctor Caballero, entregaron el premio al doctor Victora. Su discurso de aceptación se puede consultar en el sitio web del 48.º Consejo Directivo (documento CD48/DIV/7).

Asuntos de información general

Informe de la ejecución del presupuesto bienal por programas 2006-2007 de la Organización Panamericana de la Salud (documento CD48/INF/1)

181. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre el debate que mantuvo el Comité Ejecutivo acerca de este tema en su 142.^a sesión, en junio del 2008, y señaló que el Comité había recibido con beneplácito las mejoras realizadas al informe luego de que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración analizara una versión anterior en marzo del 2008. Sin embargo, el Comité había expresado cierta inquietud con respecto a la ausencia evidente de información sobre la repercusión de los proyectos internos financiados por los Estados Miembros, habida cuenta de la magnitud del financiamiento. También se habían expresado reservas acerca del uso de las cartas de acuerdo para transferir grandes sumas de dinero a terceros para la ejecución de proyectos, y acerca de los puntos flacos en cuanto al control y la supervisión por parte de la OPS de tales fondos.

182. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OPS) dijo que las sugerencias hechas por el Comité Ejecutivo se habían incorporado en el informe y que se había revisado la carta de acuerdo modelo con miras a mejorar el control de los fondos transferidos a las organizaciones a nivel de país para la ejecución de los proyectos y los programas de la OPS.

183. El Consejo Directivo tomó nota del informe.

Informe sobre los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas (documento CD48/INF/2)

184. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que se había informado al Comité Ejecutivo, en su 142.^a sesión, en junio del 2008, sobre la participación de la OPS en los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas, que tendría lugar en abril del 2009 en Trinidad y Tabago. El doctor Hugo Prado (Gerente interino del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones de la OPS) informó a continuación sobre varias reuniones preparatorias que se habían celebrado desde junio, incluida una que había tenido lugar en Barbados para tratar el borrador de la Declaración de Puerto España, que sería el documento de resultado político de la Cumbre. Anunció que se celebrarían otras reuniones en Antigua y Barbuda, en octubre, y en Washington, D.C., en noviembre, para continuar con el debate de la Declaración. Alentó a las autoridades sanitarias de los Estados Miembros a que colaboraran estrechamente con los coordinadores nacionales del proceso de la Cumbre para procurar que los asuntos de salud se abordaran apropiadamente en la Quinta Cumbre.

185. El Consejo tomó nota del informe.

Gripe aviar y los preparativos frente a una pandemia de gripe (documento CD48/INF/3)

186. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se habían puesto en conocimiento del Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión las actividades de cooperación técnica recientes de la OPS con respecto a los preparativos contra la gripe aviar y la pandemia de gripe. El Comité había recibido con beneplácito el informe sobre los progresos realizados. Los delegados habían subrayado que, como una eventual pandemia de gripe representaba una amenaza grave para la seguridad sanitaria mundial, se debía instar a todos los Estados Miembros de la Región a aumentar su grado de preparación por medio de una evaluación de los planes nacionales contra dicha eventualidad con la ayuda, en la medida que fuera necesaria, de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Comité había alentado encarecidamente a la OPS a que apoyara una mejor coordinación entre los ministerios de salud y los de agricultura y ganadería a fin de

aumentar la integración de la vigilancia y la detección de las enfermedades en los animales y los seres humanos, y la respuesta ante ellas. Los delegados habían aplaudido los esfuerzos continuos de la OPS para mejorar la capacidad de vigilancia y para aumentar el número de centros nacionales de gripe designados, e hicieron hincapié en que el objetivo debía ser tener un centro en cada Estado Miembro.

187. En el debate de este punto por parte del Consejo, los delegados describieron las actividades que se estaban llevando a cabo en sus países para mejorar el grado de preparación frente a la gripe aviar y una eventual pandemia de gripe. Los temas mencionados por los delegados incluyeron la necesidad de garantizar la continuidad de los esfuerzos de la OPS en esta materia y de proseguir la investigación sobre la gripe y obtener nuevos medicamentos y vacunas antivíricos, fortalecer los sistemas de vigilancia y de respuesta rápida, y mejorar la coordinación de las iniciativas de los ministerios de salud y los de agricultura y ganadería. También se subrayó la importancia de aprovechar las actividades de preparación frente a una eventual pandemia de gripe para fortalecer la capacidad de responder a las emergencias de salud pública en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

188. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias. En relación con la coordinación entre los ministerios de salud y los ministerios de agricultura y ganadería, señaló que PANAFTOSA estaba ahora ofreciendo capacitación en el tratamiento de las emergencias relacionadas con las enfermedades zoonóticas y había ampliado su capacidad de prestar cooperación técnica en diversas áreas, incluida la gripe aviar. La OPS estaba haciendo todo lo posible por ayudar a los países no solo a prepararse para una pandemia de gripe, sino también a fortalecer los equipos de respuesta rápida, ampliar la capacidad en materia de laboratorios, mejorar la integración de los servicios y fortalecer los programas de vigilancia a fin de que estuviesen preparados para responder a otras emergencias de salud pública.

189. El Consejo tomó nota del informe.

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (documento CD48/INF/4)

190. El doctor Luis Gabriel Cuervo Amore (Jefe de la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OPS) hizo una reseña de la historia del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) y resumió los objetivos y las recomendaciones formulados en las dos reuniones anteriores del Comité Asesor. También informó sobre el resultado de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud.

191. Los objetivos de la 41.^a reunión del Comité Asesor, celebrada en Washington, D.C., en noviembre del 2007, habían sido presentar la propuesta de política de investigación en materia de salud de la OPS, que se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2009; abrir un espacio para el diálogo entre los miembros del CAIS y las áreas técnicas de la OPS para tratar el progreso del programa de trabajo del CAIS, en especial una nueva línea de trabajo posible relacionada con el fortalecimiento de las recomendaciones y las directrices de la OPS y la OMS; e informar a los miembros del CAIS acerca de los avances en la planificación de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, celebrada del 16 al 18 de abril del 2008 en Rio de Janeiro. El resumen de las recomendaciones que habían surgido de esa reunión se podía consultar en el documento CD48/INF/4.

192. La 42.^a Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, celebrada en Rio de Janeiro en abril del 2008, se había centrado en la política de investigación de la OPS propuesta, el proceso para realizar consultas sobre este tema y su convergencia con la estrategia de investigación de la OMS. Las recomendaciones de la reunión se referían a la estructura y el contenido de la política de investigación de la OPS.

193. La Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud había tenido por objeto encontrar soluciones prácticas al reto común de lograr que la investigación abordara las prioridades de salud de los países y contribuyera al desarrollo equitativo. Se había hecho hincapié en la creación, la promoción y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación en salud, así como en el uso de la cooperación regional como un medio de aprovechar los recursos existentes y reducir las asimetrías. La Conferencia había dado lugar a un acuerdo preliminar para la cooperación subregional en Centroamérica y el compromiso de organizar otra conferencia de seguimiento para evaluar el avance. También había proporcionado contribuciones valiosas al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud, que tendría lugar en Bamako en noviembre del 2008.

194. El Consejo tomó nota del informe.

Plan estratégico 2008-2012 – revisado (documento CD48/INF/5, Rev. 1)

195. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OPS) resumió las modificaciones hechas al Plan Estratégico para el período 2008-2012 como resultado de la planificación operativa realizada por la Organización y el agregado de nuevos resultados previstos a nivel regional con respecto al cambio climático, a fin de que el Plan Estratégico de la OPS concordase con la nueva versión del Plan Estratégico a Plazo Medio de la Organización Mundial de la Salud para el período 2008-2013. Señaló que también se habían

incorporado las mejoras sugeridas por los Estados Miembros en ocasión de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

196. La Directora dijo que el Plan Estratégico seguía siendo un documento en elaboración y que se había enriquecido enormemente gracias a las sugerencias de los Estados Miembros y del personal técnico de la OPS. Las revisiones recientes facilitarían sobremedida la elaboración del programa y el presupuesto para el próximo bienio.

197. El Consejo tomó nota del informe.

Estado que guarda la revisión institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD48/INF/6)

198. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que se había informado al Comité Ejecutivo, en su 142.^a sesión, en junio del 2008, que la Oficina estaba colaborando con el Gobierno del Brasil, país anfitrión de BIREME, y con el propio centro para establecer un nuevo marco de gobernanza institucional que, con el tiempo, le permitiera a BIREME funcionar en forma autónoma, aunque seguiría siendo una parte integral de la OPS. El Comité también había sido informado de que se tenía previsto utilizar tres documentos básicos para implantar el nuevo marco de gobernanza: primero, un estatuto que crearía una nueva estructura institucional y definiría la afiliación del centro; segundo, un acuerdo en cuanto a la sede entre la OPS y el Gobierno del Brasil, que estableciera los compromisos y responsabilidades de las dos partes; y tercero, un acuerdo bilateral con la Universidad Federal de São Paulo, que proporcionaba las instalaciones de BIREME y muchos de sus recursos humanos.

199. El Delegado del Brasil destacó la función esencial de BIREME al difundir información sanitaria en toda la Región. Recalcó que el Gobierno del Brasil estaba comprometido con las reformas institucionales y administrativas en marcha, que tenían como finalidad fortalecer la función del centro de intercambiar información de alta calidad entre los pueblos de las Américas.

200. El Consejo tomó nota del informe.

Estado que guarda la revisión institucional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (documento CD48/INF/7)

201. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) también informó que se había puesto en conocimiento del Comité que, en junio del 2008, el Consejo Directivo del INCAP había resuelto que el INCAP debía buscar lograr la autonomía total administrativa y elegir su propio director, con lo cual concluiría la función de la OPS como administradora del Instituto. El documento CD48/INF/7

contenía una hoja de ruta que mostraba los pasos siguientes en el proceso de fortalecimiento institucional que conduciría a la autonomía administrativa. Se había señalado que en el Informe del Auditor Externo para el ejercicio 2006-2007 se habían formulado varias recomendaciones en cuanto a las medidas que debían adoptarse para abordar los riesgos asociados con la separación del INCAP de la OPS. Las inquietudes principales giraban en torno a llevar a cabo una transición ordenada, no dejar ningún vacío legal o administrativo, garantizar la sostenibilidad económica del Instituto y procurar que este se fortaleciera como resultado del proceso. Se esperaba que el INCAP pudiera lograr la autonomía administrativa total al momento de celebrar su 60.º aniversario, en septiembre del 2009.

202. En el debate de este punto, varios delegados subrayaron el papel importante que desempeñaba el INCAP para mejorar la nutrición y la seguridad alimentaria en Centroamérica y manifestaron la esperanza de que el proceso de transición institucional pudiera mejorar aún más la eficiencia y la eficacia de su labor. Los delegados también describieron las iniciativas relacionadas con la alimentación y la nutrición en marcha en sus países. La Delegada de Costa Rica proporcionó algunos antecedentes acerca de la transición y observó que uno de los objetivos primordiales del cambio hacia la autonomía administrativa era fortalecer la capacidad de los ministerios de salud de la subregión para abordar los determinantes sociales de la nutrición y de la salud. Se manifestó complacida por el nombramiento reciente de un nuevo director del INCAP y expresó la esperanza de que, bajo su liderazgo, la transición se realizase de una manera ordenada, transparente, participativa y respetuosa.

203. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) dijo que la Organización había formado un equipo para supervisar el proceso de transición, teniendo en cuenta todos los aspectos legales y administrativos y, especialmente, todos los aspectos técnicos para garantizar que no se viera interrumpida la labor del INCAP.

204. La Directora dijo que el INCAP, junto con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), que estaba también experimentando una transición administrativa, seguiría desempeñando una función clave en cuanto a la aplicación de la Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, aprobada por el 47.º Consejo Directivo en el 2006. Los dos centros también desempeñarían un papel importante en la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo formada por la OPS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas con miras a garantizar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los países de América Latina y el Caribe. Afirmó el compromiso de la Organización para velar por que el proceso de transición del INCAP se llevara a cabo con el mayor cuidado a fin de garantizar la viabilidad financiera del Instituto y evitar cualquier perturbación de su cooperación técnica con los países.

205. El Consejo tomó nota del estado del tema.

Anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 de la Organización Mundial de la Salud

206. La doctora Namita Pradhan (Subdirectora General de Administración General de la OMS) expuso el anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 de la OMS (puede consultarse en el sitio web del 48.º Consejo Directivo: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-whobpb-s.pdf>) y las modificaciones del Plan Estratégico a Plazo Medio. Señaló las dificultades que la OMS había tenido que afrontar al preparar el proyecto de presupuesto. Una de ellas habían sido las alianzas y los acuerdos de colaboración en los que la OMS estaba cada vez más involucrada, muchos de los cuales tenían sus propios mecanismos de presupuestación, lo que hacía difícil prever la cantidad de financiamiento que la OMS podía esperar recibir. Otra dificultad estribaba en que la OMS había estado desempeñando una función cada vez mayor en cuanto a la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, cuyas actividades y repercusiones presupuestarias eran imprevisibles por naturaleza. En reconocimiento de esas dos consideraciones presupuestarias, el anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 estaba subdividido en tres componentes: programas de la OMS, alianzas y arreglos de colaboración, y respuesta a los brotes epidémicos y las crisis.

207. El componente “programas de la OMS” se había fijado provisionalmente en \$3.888 millones, sin aumento alguno con respecto a los planes operacionales correspondientes al bienio 2008-2009, de acuerdo con el compromiso de la Directora General de mantener la disciplina presupuestaria. El componente de “alianzas y arreglos de asociación” había aumentado de \$747 millones en el bienio 2008-2009 a \$1.050 millones para el bienio 2010-2011. El componente de “respuesta a los brotes epidémicos y las crisis” también se calculaba que registraría un aumento con respecto al nivel fijado para el bienio 2008-2009, pero todavía no se había incluido un monto concreto debido al carácter imprevisible de las necesidades en esta materia. En una fecha más próxima al comienzo del bienio se haría un cálculo.

208. Sin embargo, sería necesario ajustar la cifra del presupuesto final para compensar la caída del valor del dólar de los Estados Unidos. Como la OMS había recibido sus contribuciones señaladas y una porción importante de sus contribuciones voluntarias en dólares de los Estados Unidos, se precisarían unos \$301 millones para poder garantizar que los mismos gastos en moneda local realizados en el bienio 2008-2009 estuvieran cubiertos en toda la Organización. Esa cifra no tenía en cuenta la inflación, que estaba mostrando una marcada tendencia alcista en todo el mundo. La citada cifra de \$301 millones requeriría un aumento de los ingresos de 7,1% que, de aplicarse en la misma proporción a las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, supondría un aumento de \$56,6 millones en el caso de las contribuciones señaladas. Las

contribuciones señaladas representaban alrededor de 20% de los ingresos totales para el bienio.

209. La resolución WHA60.11 había estipulado que el Plan Estratégico a Plazo Medio debía examinarse en cada uno de sus tres ciclos presupuestarios. A pesar de que el examen correspondiente al bienio de 2010-2011 no había revelado necesidad alguna de incluir un nuevo objetivo estratégico, había habido algún cambio en el relieve, a fin de reflejar la cambiante situación sanitaria mundial, con aumentos de las cantidades asignadas a algunos objetivos estratégicos y disminuciones en otros. Otras modificaciones del Plan Estratégico se habían relacionado con mejorar la calidad de la medición del desempeño de la Organización al modificar algunos indicadores y eliminar otros.

210. El Consejo acogió con agrado en general la subdivisión del Anteproyecto de Presupuesto por Programas en tres componentes. A pesar de que se reconocía la necesidad de realizar modificaciones para reflejar las circunstancias cambiantes, un delegado señaló que en una región donde ocurrían desastres naturales casi todos los años en uno o varios territorios, la reducción de 7,7% en el financiamiento del objetivo estratégico 5 era motivo de preocupación.

211. Con respecto a las actividades de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, a pesar de que se reconocía que era intrínsecamente difícil prever el monto de los recursos necesarios, se indicó que la OMS debía incluir de partida una cantidad razonable para esa labor en el presupuesto por programas general, y que debía considerar la posibilidad de establecer otro fondo para administrar los recursos relativos a la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis. Dicho fondo garantizaría que los recursos estuviesen al alcance para responder rápidamente ante una crisis, incluso antes de contar con fondos de los donantes. Una vez que se hubieran recibido las donaciones, podrían usarse para recapitalizar el fondo. Se sugirió que podría ampliarse el mandato de tal fondo para abarcar los incidentes relacionados con el cambio climático, que podrían tener importantes repercusiones sanitarias.

212. Se solicitó mayor información con respecto a la nueva categoría presupuestaria para las actividades relacionadas con las alianzas y se expresó cierta inquietud con respecto a la rapidez con la cual la OMS estaba entrando en alianzas nuevas y acerca de la posible pérdida de recursos económicos de la Organización. Se solicitó aclaración acerca de si la información que los Órganos Deliberantes recibían en cuanto al seguimiento y la vigilancia de esos fondos sería compatible con la recibida con respecto a las actividades dentro del componente de programas de la OMS y de cómo las actividades relativas a las alianzas fuera del presupuesto se tratarían en ese sentido.

213. Una delegada, al formular observaciones acerca de la propuesta de imputar un cargo en el presupuesto para los objetivos estratégicos 1 al 11 con el fin de abordar el déficit de financiamiento para las funciones de apoyo administrativo y de gestión en los objetivos estratégicos 12 y 13, manifestó la inquietud de que la propuesta fuese desproporcionada y que mostrase la dependencia continua de los fondos ordinarios para subsidiar los gastos administrativos de los programas financiados por fondos voluntarios. Esa práctica, dijo, podría amenazar las actividades centrales de la OMS que dependían del financiamiento ordinario. Recomendó que la OMS implantara una política de recuperación de costos para las contribuciones extrapresupuestarias que tuviera en cuenta el gasto general real. A pesar de que reconocía que era difícil calcular el tipo de cambio, puso en tela de juicio que el uso del tipo de cambio de junio del 2008 como base fuese un criterio válido y esperaba con interés recibir las cifras revisadas en la reunión de enero del 2009 del Consejo Ejecutivo. El aumento solicitado de las contribuciones señaladas era sustancial, e instó a la Secretaría de la OMS a que practicara la disciplina presupuestaria, la eficiencia en la ejecución y la asignación de prioridades de los programas.

214. La doctora Pradhan respondió que la OMS trataría de suministrar mayor información sobre las alianzas, tanto las que estaban contempladas dentro del presupuesto por programas como las que estaban fuera de él. En este último caso, se necesitaría trabajar para definir la clase de información requerida por los Órganos Deliberantes. El tema del financiamiento de los objetivos estratégicos 12 y 13 era complejo, pero ella estaba de acuerdo en que la OMS tenía que tener una política eficaz de recuperación de costos. Todo el tema de los gastos de apoyo a los programas debía tratarse más plenamente con los Estados Miembros.

215. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) dijo que agradecía las observaciones y el asesoramiento de los Estados Miembros con respecto al anteproyecto. En cuanto al importante tema de las alianzas, dijo que la razón por la cual se presentaba el presupuesto por programas para el 2010-2011 dividido en tres componentes era proporcionar mayor claridad y transparencia, en particular con respecto a los fondos de los que los Estados Miembros no tenían control alguno a través de la Asamblea Mundial de la Salud. Una porción grande del financiamiento proveniente de las alianzas se encontraba en esa categoría. Eran los mecanismos de gobernanza de los asociados, no los de la Asamblea Mundial de la Salud, los que decidían cuánto dinero se pondría a disposición y cómo se lo debía utilizar. Esa situación planteaba dificultades para la Organización.

216. Acogió calurosamente la propuesta de establecer un fondo de emergencia para poder responder de manera rápida a los brotes de enfermedades y las crisis. Los fondos tanto del presupuesto de la OPS como del de la OMS estaban prácticamente preasignados en su totalidad, lo que significaba que, en caso de surgir una emergencia, era necesario

pedir prestado dinero de los programas para poder satisfacer las necesidades inmediatas de los países. Pedir prestado de esa manera y luego devolver los fondos no era una manera muy eficaz de funcionar de la Organización. Dijo que realizaría una consulta con las distintas regiones y con los Estados Miembros con miras a establecer un fondo que le permitiera a la OMS responder más eficientemente a los desastres y las emergencias. Estuvo de acuerdo con la cuestión planteada acerca de la importancia del cambio climático, observando que el tema del Día Mundial de la Salud del año en curso había sido, de hecho, los vínculos entre la salud y el cambio climático.

217. Por último, recordó que a mediados de los años noventa alrededor de 50% de los fondos de la OMS provenían de las contribuciones señaladas y 50% de las contribuciones voluntarias. Ahora, la proporción era de 20% a 80%. La disminución en la proporción de contribuciones señaladas quizá se debiera sencillamente al hecho de que la Organización estaba recibiendo sustancialmente más contribuciones voluntarias que en los años noventa, pero ella creía que había otra razón: los Estados Miembros, en particular los asociados en el desarrollo y los donantes, no confiaban en que la OMS hiciera realmente un buen uso de su dinero y temían que se malgastasen fondos en áreas que no eran prioritarias para ellos. En consecuencia, los donantes proporcionaban fondos destinados a un fin particular, lo cual significaba que la Organización no tenía a su alcance ninguna flexibilidad en el uso de esos fondos. Se comprometió a velar por la honradez y la transparencia en la manera en que operaba la OMS y esperaba que los Estados Miembros, de esa manera, estuvieran más dispuestos a brindar a la Organización más recursos en forma de contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias que no estuvieran destinadas a un fin específico.

218. El Consejo tomó nota del informe sobre el Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la OMS para el 2010-2011.

Presupuesto por programas 2006-2007 de la Organización Mundial de la Salud: evaluación de la ejecución e Informe de la Secretaría

219. La doctora Namita Pradhan (Subdirectora General de Administración General de la OMS) describió la evaluación de la ejecución del Presupuesto por programas 2006-2007 de la OMS (que se encuentra en el sitio web del 48.º Consejo Directivo: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-PBPA-s.pdf>). Explicó que dicha evaluación formaba parte de la gestión orientada a la consecución de resultados que la OMS había puesto en marcha y que, por lo tanto, era un elemento fundamental del marco de gestión en su totalidad a nivel de toda la organización. Había habido un proceso gradual de mejoramiento de la presentación de la información, la responsabilización y la claridad con respecto al estado de los programas cuya ejecución había sido ordenada a la OMS por los Estados Miembros. Por primera vez, el informe de evaluación había sido

examinado por revisores externos, en lugar de ser simplemente una autoevaluación como en el pasado.

220. La evaluación medía el desempeño de la Secretaría en el logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización planteados en el presupuesto por programas y, posteriormente, esos resultados se utilizaban para fundamentar y ajustar el siguiente presupuesto. En la evaluación actual se había informado que, del total de 201 resultados previstos a nivel de toda la Organización incluidos en el presupuesto por programas 2006-2007, 111, o sea cerca de 56%, habían sido plenamente logrados; 79 o 38% se habían logrado parcialmente; uno había sido abandonado; y dos aplazados. Y en el caso de ocho resultados, los indicadores no habían sido lo bastante buenos para determinar si, de hecho, se habían cumplido los objetivos.

221. El nivel general del logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización mostraba claramente que la OMS tenía que mejorar su capacidad de apoyo a los países. También indicaba que en algunos casos la cronología del flujo de recursos no era la apropiada para lograr resultados. La OMS tampoco había contado con información instantánea sobre el desempeño financiero y técnico que pudiera haber permitido que la Organización adoptase medidas correctivas oportunas.

222. Con respecto a la ejecución financiera, el presupuesto por programas de la OMS había ascendido a \$3.600 millones en el período 2006-2007, con ingresos totales por \$4.200 millones. A pesar del nivel récord del gasto, casi \$1.600 millones se habían transferido al siguiente bienio. Sin embargo, 68% del monto remanente eran fondos destinados a un fin específico, principalmente actividades particulares programadas para llevarse a cabo en un plazo específico, lo que a veces no estaba en sintonía con el plazo del presupuesto por programas.

223. En la evaluación resultaba evidente que la OMS necesitaba fortalecer sus procesos generales de gestión. Tenía que mejorar su capacidad de seguimiento y evaluación e integrar esas funciones en la ejecución de los programas y la toma de decisiones en el día a día. También tenía que aumentar su capacidad de ejecutar los programas con ciertos temas operativos y de gestión, mediante la armonización del financiamiento y la prestación y la ampliación de las actividades a nivel de país. La evaluación también había revelado una necesidad de simplificar aun más la gestión de los recursos humanos dentro de la OMS.

224. En el debate que siguió al informe de la doctora Pradhan, se recibió con beneplácito el documento de evaluación como una parte importante de la gobernanza de la OMS. Los apartados dedicados a las enseñanzas extraídas y las medidas requeridas para mejorar la ejecución se consideraron especialmente valiosos, puesto que revelaban las dificultades experimentadas durante el bienio e indicaban cómo se las podría superar.

Se alentó a la OMS a que siguiera perfeccionando y utilizando los informes dentro del contexto de la gestión orientada a la consecución de resultados.

225. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) afirmó que la OMS otorgaba gran valor al proceso de evaluación como parte de la gestión orientada a la consecución de resultados de la Organización. La evaluación había arrojado algunas enseñanzas útiles acerca de la manera en que la OMS podría mejorar la ejecución. Aclaró que los \$1.600 millones transferidos al próximo bienio incluían una proporción mayor de financiamiento proveniente de alianzas que no estaba bajo la administración de los Estados Miembros por conducto de la Asamblea de la Salud. Esos ingresos no necesariamente llegaban de acuerdo con el cronograma establecido para el bienio o el ciclo presupuestario. La Organización podía, por ejemplo, recibir fondos al final mismo de un bienio, lo que dificultaba realizar los proyectos para los que estaban destinados en el período abarcado por el presupuesto bienal. Además, parte de los fondos estaban destinados a años fuera del bienio 2006-2007. Por lo tanto, este gran remanente no significaba que la OMS estaba guardando fondos porque había dejado de ejecutar algún programa en los países.

226. Señaló que la administración de los fondos provenientes de alianzas requería recursos, en particular tiempo del personal. Una de las enseñanzas extraídas de la evaluación era que esos recursos necesarios debían ser tenidos en cuenta en el próximo presupuesto por programas.

227. El Consejo tomó nota del informe.

Los mecanismos de la OPS para la compra de suministros estratégicos, incluidas las vacunas (documento CD48/INF/8)

228. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OPS) hizo una exposición acerca de este tema, en la que reseñó los antecedentes de los mecanismos de compras de la OPS: el Mecanismo de Compras Reembolsables, el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas y el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el “Fondo Estratégico”), establecidos respectivamente en 1951, 1977 y 2004 como parte del mandato de la Organización de brindar la cooperación y el apoyo técnico necesarios a los Estados Miembros para mejorar y mantener niveles óptimos de salud en sus poblaciones. También subrayó los resultados de una auditoría efectuada en el 2004 por la Oficina de Auditoría y Supervisión Interna de la Organización Mundial de la Salud, que había concluido que el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas había sido sumamente fructífero, había logrado todos sus objetivos y había contribuido al mismo tiempo a consolidar la función de liderazgo de la OPS dentro del programa de vacunación en la Región de las Américas. Con respecto al Fondo Rotatorio Regional para

Suministros Estratégicos de Salud Pública, la auditoría había concluido que había sido oportuno y pertinente impulsar el objetivo de brindar acceso a los medicamentos esenciales de una manera eficaz y que también había resultado una herramienta muy valiosa para poner en práctica los principios de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad del suministro de medicamentos esenciales a los Estados Miembros, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

229. Los Miembros expresaron su apoyo decidido a los mecanismos de compras de la OPS, en particular el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas, como una manera no solo de mejorar el acceso a las vacunas y otros suministros sanitarios, sino también de garantizar la calidad de tales productos. Muchos delegados se refirieron a la valiosa contribución de ese fondo al permitir que sus países pudieran adquirir las vacunas existentes e introducir vacunas nuevas a precios asequibles. Se señaló, por ejemplo, que la mayoría de los países de la Región probablemente no podrían introducir la vacuna contra el virus del papiloma humano a menos que se vendiera a un precio razonable por medio de este fondo. También se subrayó la contribución del Fondo Rotatorio a la reducción o la eliminación de varias enfermedades y que era una herramienta fundamental para reducir las inequidades en materia de salud.

230. Un delegado sugirió que, a pesar de que reconocía el valor del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas, se debía evaluar nuevamente el papel y las funciones de este fondo teniendo en cuenta que habían surgido nuevas iniciativas internacionales en materia de vacunación como la Alianza GAVI y que había aumentado la capacidad de los gobiernos de gestionar sus propias compras de vacunas. Haciendo un llamado a un debate profundo de este Fondo por parte de los Cuerpos Directivos en el 2009, declaró que los Estados Miembros y la Oficina debían colaborar para lograr un enfoque sostenible para la Región en su totalidad con respecto a la compra de vacunas; asimismo, se debía reconocer que un enfoque igual para todos con respecto a la fijación de los precios de las vacunas no era sostenible a largo plazo.

231. Otros delegados señalaron que no todos los países de la Región reunían los requisitos para recibir financiamiento de la Alianza GAVI y subrayaron que debía garantizarse la viabilidad continua del Fondo Rotatorio para que los países mantuviesen niveles altos de cobertura de la vacunación y siguieran ampliando sus programas de vacunación.

232. La Directora dijo que la Oficina era muy consciente de la necesidad de armonizar los mecanismos de compras del Fondo Rotatorio con los de la Alianza GAVI y otros fondos recientemente establecidos. El Fondo Rotatorio, que había sido el mecanismo precursor de la Alianza GAVI, había mostrado claramente la utilidad de este tipo de mecanismos solidarios, puesto que había permitido la introducción de vacunas y facilitado el acceso universal a la vacunación. Además de su repercusión obvia sobre la

salud pública, también había ayudado a reducir la extraordinaria desigualdad que existía en la Región de las Américas. El Fondo se había ganado la confianza tanto de los productores de vacunas como del público, algo que había sido fundamental para su éxito. La OPS estaba comprometida con el análisis y la aplicación de la experiencia adquirida durante los 30 años de existencia del Fondo para seguir ampliando el acceso a vacunas de alta calidad, que era el objetivo de todos los asociados de la Alianza GAVI.

233. El Consejo tomó nota del informe.

Otros asuntos

234. El Delegado del Brasil anunció que su gobierno patrocinaría una conferencia internacional sobre la vigilancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, que tendría lugar del 18 al 20 de noviembre del 2008 en Brasilia.

Clausura de la sesión

235. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el doctor Douglas Slater (San Vicente y las Granadinas, Vicepresidente), en ausencia del Presidente, declaró clausurado el 48.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

236. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 48.º Consejo Directivo:

Resoluciones

CD48.R1 *Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Presidente de la 142.^a sesión del Comité Ejecutivo; y

Tomando nota del documento modificado sobre el uso propuesto de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo para el ejercicio 2006-2007 (documento CD48/22),

RESUELVE:

1. Agradecer al Comité Ejecutivo su examen e informe sobre este tema.
2. Aprobar los criterios que guían los proyectos propuestos para ser financiados a partir de la Cuenta Especial como figuran en el párrafo 15 del documento CD48/22 que declara que:

“Los criterios para orientar las propuestas de iniciativas son los siguientes:

- Iniciativas que fortalecerán a la Organización, ya sea por medio del apoyo directo a las actividades prioritarias de salud pública en los países o del fortalecimiento de la capacidad de la Oficina de apoyar las necesidades de Estados Miembros;
- Iniciativas que fortalezcan un proceso y creen eficiencias;
- Iniciativas que tengan repercusión;
- Iniciativas que reduzcan al mínimo los costos fijos agregados y sean sostenibles dentro de las operaciones normales;
- Iniciativas para las cuales otras fuentes de financiamiento sean escasas o inexistentes”.

3. Aprobar, con efecto inmediato, los siguientes proyectos en su totalidad:
 - 1.A: Centro regional estratégico de operaciones sanitarias;
 - 1.B: Centros nacionales estratégicos de operaciones sanitarias;
 - 4.A: Mejoras a los edificios: mejoras relativas a las normas mínimas y otras medidas de seguridad;
 - 4.C: Mejoras a los edificios: sistema de drenaje de las plazoletas;
 - 4.D: Mejoras a los edificios: medidas de seguridad e higiene;
 - 4.E: Mejoras a los edificios: techo del edificio de oficinas de la Sede;
 - 4.F: Mejoras a los edificios: renovación de las salas A, B y C en el edificio de la Sede.

4. Aprobar, con respecto a la fase inicial y con efecto inmediato, los siguientes proyectos:
 - 2.A: Fortalecimiento de los sistemas de información en salud pública de la Organización Panamericana de la Salud;
 - 2.C: Fortalecimiento de la comunicación mediante el mejoramiento de la conectividad de las representaciones;
 - 3.A: Modernización del sistema institucional de gestión de la Oficina Sanitaria Panamericana;
 - 3.B: Modernización del modelo para la prestación de servicios de gestión del conocimiento y tecnología de la información;
 - 3.C: Fortalecimiento de la capacidad de la Organización de cumplir con las normas internacionales de contabilidad del sector público para el año 2010 (US\$ 300.000);
 - 4.B: Mejoras a los edificios: medidas de ahorro de energía.
5. Aprobar, en principio, el financiamiento de los proyectos propuestos contenidos en el documento CD48/22 y especificados en los párrafos 3 y 4 precedentes.
6. Delegar al Comité Ejecutivo las facultades para que supervise y apruebe todas las propuestas futuras que se sometan a consideración por primera vez o que vuelvan a ser sometidas a consideración en relación con el uso de fondos de la Cuenta Especial.
7. Solicitar a la Oficina que someta a consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, con la periodicidad apropiada, un informe del estado para cada uno de los proyectos aprobados que figuran en los párrafos 3 y 4 precedentes, que incluya una actualización del alcance, el presupuesto y los plazos para las fases restantes, a fin de ser sometido a la consideración y la aprobación del Comité Ejecutivo.
8. Solicitar a la Oficina que formule nuevamente el proyecto 2.B (Adopción de estrategias de formación de redes para transformar la entrega de la cooperación técnica), si fuera apropiado, con el fin de incluir un alcance y una finalidad más claros, y de ser sometido a la consideración del Comité Ejecutivo para el uso de los fondos de la Cuenta Especial en el futuro.
9. Alentar a los Estados Miembros a que presenten otras propuestas de proyectos para el uso de los fondos de la Cuenta Especial, a ser actualizadas a través de la Oficina

para su inclusión en el ciclo correspondiente de examen y aprobación del Comité Ejecutivo.

(Tercera reunión, 30 de septiembre del 2008)

CD48.R2 *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas* (documento CD48/12);

Reconociendo que la evidencia científica ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad y concientes de la carga que ello impone en las familias y en los sistemas de salud nacionales;

Profundamente preocupados por el inicio del consumo de un producto altamente adictivo como el tabaco a edades cada vez más tempranas, así como por la alta prevalencia del tabaquismo en los adolescentes de los países de la Región, y especialmente preocupados por el aumento desproporcionado del tabaquismo en los adolescentes en algunos países de América Latina;

Reconociendo que existen iniciativas exitosas en la Región con respecto al control del tabaco, y

Teniendo en cuenta que, aunque ha habido logros importantes en algunos países, este progreso no es uniforme en la Región y es necesario que los países que aún no lo han hecho consideren la conveniencia de seguir los pasos necesarios para ratificar el Convenio, y que los Estados Parte del Convenio sigan avanzando a fin de incorporar las medidas del Convenio en su legislación nacional,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que consideren la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco si aún no lo han hecho y la conveniencia de implementar, según corresponda, el paquete de seis medidas clave contenidas en el MPOWER de la OMS;
 - b) a que compartan experiencias exitosas con respecto a la ratificación y a la implementación por parte de los Estados Parte de las medidas del Convenio por medio de los organismos existentes como la Secretaría del Convenio;
 - c) a que en los casos en que corresponda, creen o fortalezcan una unidad coordinadora nacional a cargo de la coordinación necesaria entre los ministerios y dentro de ellos para la implementación del Convenio, como se describe en el artículo 5, Obligaciones generales, del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;
 - d) a que estimulen la inclusión del tema del control del tabaco en las agendas de los organismos de integración subregional y participen activamente de la Red Ibero-Americana de Control del Tabaco y las redes existentes de habla inglesa con respecto a este tema;
 - e) a que aprovechen las nuevas oportunidades de financiamiento por parte de donantes privados a fin de brindar apoyo a las iniciativas de control del tabaco en la Región.
2. Solicitar a la Directora que apoye la articulación de alianzas intersectoriales y la convocatoria a socios financieros internacionales en apoyo a la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y del paquete de seis medidas clave, MPOWER de la OMS, en todos los países de la Región, según corresponda, independientemente de su condición de Parte o No Parte al Convenio.

(Cuarta reunión, 30 de septiembre del 2008)

CD48.R3 *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Chile y Panamá*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

Considerando que fueron elegidos Argentina, Guatemala y Haití para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Antigua y Barbuda, Chile y Panamá,

RESUELVE:

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

(Quinta reunión, 1 de octubre del 2008)

CD48.R4, Rev. 1 *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (documento CD48/7);

Reconociendo que la mortalidad materna y neonatal sigue teniendo una gran repercusión sobre la mortalidad infantil en la Región, y que será necesario intensificar los esfuerzos para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio relacionada con la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años para el 2015;

Considerando la resolución CD47.R19 (2006) sobre la salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio, que recomienda la preparación de una estrategia y un plan de acción para apoyar el cumplimiento de dichos objetivos, y

Observando que el plan de acción aborda las inequidades persistentes, centrándose en los grupos marginados al tiempo que propone estrategias de

cooperación técnica y métodos diferenciados para responder a situaciones diversas en los países,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que apoyen la reducción de la mortalidad materna y neonatal como una prioridad de los programas de salud mediante la ampliación, el fortalecimiento o el mantenimiento de la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño;
 - b) a que consideren la estrategia y el plan de acción mencionados al formular los planes nacionales, e incluyan estrategias diferenciadas que respondan eficazmente a diversas situaciones entre los países y dentro de ellos, con el fin de proteger los logros recientes y alcanzar los objetivos relacionados con la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años para el año 2015 incluidos en la Declaración del Milenio;
 - c) a que consideren la conveniencia de fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, para apoyar la aplicación de estrategias basadas en datos científicos encaminadas a reducir la mortalidad materna y neonatal y mejorar la colaboración entre los programas y los diferentes niveles de atención;
 - d) a que apoyen la participación decidida de la comunidad y la sociedad civil para que estas incluyan en sus actividades medidas dirigidas a las madres, los recién nacidos y los niños, con un criterio de equidad, de género y de grupo étnico;
 - e) a que consideren emprender la conveniencia de facilitar y apoyar actividades nacionales que promuevan el acceso universal a la atención de salud para las madres, los recién nacidos y los niños;
 - f) a que consideren la conveniencia de fortalecer los marcos nacionales que protegen a las madres, los recién nacidos y los niños;
 - g) a que establezcan y mantengan sistemas adecuados de vigilancia e información sobre la salud del recién nacido, desglosada por sexo, estado socioeconómico, grupo étnico y educación de la madre;
 - h) a que forjen alianzas y asociaciones con organizaciones no gubernamentales, la comunidad, instituciones religiosas, el sector académico y de investigación y las

- dependencias gubernamentales pertinentes, para fortalecer y ampliar las políticas y los programas sobre la salud de la madre, del recién nacido y del niño.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales encaminados a reducir la mortalidad materna y neonatal dentro del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño, teniendo en cuenta la estrategia y el plan de acción regionales y procurando corregir las inequidades y centrarse en los grupos vulnerables y marginados;
 - b) que colabore en las evaluaciones de los países para lograr que se apliquen medidas correctivas apropiadas y basadas en datos fidedignos;
 - c) que facilite el intercambio de experiencias fructíferas y promueva la cooperación técnica horizontal por los Estados Miembros a la hora de poner en práctica el plan de acción regional.

(Quinta reunión, 1 de octubre del 2008)

CD48.R5 *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (documento CD48/8), que se basa en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012;

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para la salud y desarrollo de niños y adolescentes (WHA56.21, 2003) que insta a los gobiernos a fortalecer y expandir esfuerzos para luchar por una cobertura completa de servicios y promover el acceso a una amplia gama de información sobre salud para adolescentes, y la resolución CD40.R16 del Consejo Directivo de la OPS sobre la salud de adolescentes, donde los gobiernos reconocen formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprueban un marco y plan de acción;

Recordando el derecho de adolescentes y jóvenes al goce del grado máximo de salud, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la

Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos;

Entendiendo que el paso exitoso a través de la adolescencia y juventud es esencial para construir sociedades saludables, comprometidas y económicamente bien desarrolladas;

Reconociendo que la salud de adolescentes y jóvenes es un aspecto fundamental del desarrollo económico y social en las Américas, que sus comportamientos y problemas de salud constituyen una parte importante de la carga de morbilidad general, que el costo asociado con el tratamiento de las enfermedades crónicas es alto y que se cuenta con medidas preventivas eficaces e intervención anticipada;

Considerando que los resultados en salud de adolescentes y jóvenes serán más efectivos si la promoción de salud, la atención primaria de salud, la protección social y los determinantes sociales son tomados en cuenta al atender a los temas de salud prioritarios que afectan a estas poblaciones;

Reconociendo que la OSP ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales y técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales de salud de adolescentes y jóvenes; y

Preocupados porque las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes no se han atendido adecuadamente, y porque el logro de las metas internacionales requerirá esfuerzos adicionales en cuanto a la salud de adolescentes y jóvenes,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes a fin de responder eficaz y eficientemente a las necesidades actuales y emergentes que plantea la salud de adolescentes y jóvenes, con consideración específica a las desigualdades prevalentes en el estado de salud y al fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud para elaborar y poner en práctica políticas, planes, programas, leyes y servicios para adolescentes y jóvenes.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que promuevan la recolección y el uso de datos sobre la salud de adolescentes y jóvenes desglosados por edad, sexo y grupo étnico, el uso de un análisis basado en el género, las nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y los modelos de proyección para fortalecer la planificación, la

- entrega y la vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e intervenciones nacionales relacionados con la salud de adolescentes y jóvenes;
- b) a que fortalezcan y amplíen los esfuerzos para cumplir los compromisos internacionales relacionadas con la salud de adolescentes y jóvenes;
 - c) a que promuevan y establezcan entornos favorables que fomenten la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
 - d) a que aumenten la cobertura y el acceso a servicios de salud de calidad —que comprenda promoción, prevención, tratamiento eficaz y atención constante— con el fin de aumentar su demanda y utilización por parte de adolescentes y jóvenes;
 - e) a que fortalezcan la capacidad de respuesta de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria para elaborar políticas y programas que procuren promover el desarrollo de la comunidad y proveer servicios efectivos de salud de calidad que atiendan las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes y aquellas relacionadas con los determinantes de la salud;
 - f) a que promuevan la participación de adolescentes y jóvenes, sus familias, las comunidades, las escuelas y otras instituciones y organizaciones apropiadas en la prestación de programas de promoción y prevención que sean culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y del bienestar de adolescentes y jóvenes;
 - g) a que mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con asociados en otros sectores, con el fin de asegurar que se implementen acciones e iniciativas en materia de salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, reduciendo al mínimo la duplicación de esfuerzos y potenciando al máximo la repercusión de los recursos limitados;
 - h) a que establezcan alianzas con los medios de comunicación a fin de promover imágenes positivas de adolescentes y jóvenes que promuevan comportamientos, normas sociales y compromisos adecuados con las cuestiones de salud.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que mantenga el compromiso y el apoyo de la Organización para lograr y mantener niveles altos de cobertura de las intervenciones basadas en datos probatorios, mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OSP;

- b) que respalde el establecimiento y coordinación de las alianzas estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
- c) que fomente la cooperación técnica entre los países, las subregiones, los organismos internacionales, los organismos gubernamentales, las empresas privadas, las universidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, las organizaciones juveniles, las organizaciones religiosas y las comunidades, en actividades que promuevan la salud de adolescentes y jóvenes;
- d) que establezca un grupo técnico asesor que funcione durante un plazo específico con el fin de brindar orientación con respecto a los temas pertinentes a la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
- e) que elabore un plan de acción (2010-2018) basado en la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes;
- f) 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 al desarrollo y la edad de adolescentes y jóvenes.

(Sexta reunión, 1 de octubre del 2008)

CD48.R6 *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud* (documento CD48/9);

Reconociendo la necesidad de contar con datos válidos, confiables, oportunos y al mayor nivel de desagregación posible a nivel nacional, subregional y regional, para el diagnóstico y formulación de políticas de salud y el monitoreo de indicadores como los establecidos por los compromisos internacionales;

Valorando la importancia de mejorar la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud como componentes fundamentales de los Sistemas de Información en

Salud (SIS) de los países, tal como fue reconocido y aprobado en la resolución CSP27.R12 de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre del 2007;

Habiendo analizado el informe de la Directora sobre los lineamientos conceptuales y operacionales básicos para la formulación de un plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de la Región;

Considerando que el plan de acción promueve acciones armonizadas dentro de los países y entre ellos y coordina actividades al interior de la Organización y con otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento, para la optimización de todos los recursos disponibles en la Región, y

Reconociendo que la OSP requiere de dicho plan de acción para dar cumplimiento a la meta y objetivos de fortalecer la capacidad de los países para producir estadísticas vitales y de salud en el contexto de desarrollo de los sistemas de información en salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que aprueben el plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas (PFEVS) que les permita disponer de indicadores con cobertura y calidad para el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud;
 - b) a que promuevan la participación y coordinación de las oficinas nacionales y sectoriales de estadística, las áreas de epidemiología de los ministerios de salud, los registros civiles y otros actores usuarios públicos y privados en el diagnóstico de situación y la elaboración de planes nacionales de acción;
 - c) a que consideren la movilización de recursos humanos, tecnológicos y financieros para la implementación del plan de acción sobre fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas;
 - d) a que incentiven a la OSP a que colabore con los países para la implementación y monitoreo del plan de acción.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que trabaje con los Estados Miembros para desarrollar sus planes nacionales de acción, y para la diseminación y uso de herramientas que favorezcan la

- producción y el fortalecimiento de estadísticas vitales y de salud en el marco de planes estratégicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud;
- b) que fortalezca la coordinación del plan de acción con iniciativas de la misma naturaleza desarrolladas por otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento e iniciativas globales en materia de fortalecimiento de las estadísticas de salud en los países;
 - c) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y restricciones en la implementación del plan de acción.

(Sexta reunión, 1 de octubre del 2008)

CD48.R7 Mejoramamiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por la Directora sobre la seguridad de las transfusiones de sangre (documento CD48/11), en el que se resumen las dificultades observadas en la ejecución del plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones para el periodo 2006-2010;

Consciente de la función central que las transfusiones desempeñan en la atención médica apropiada de los pacientes y en la reducción de la mortalidad de las madres, los lactantes, las víctimas de accidentes de tránsito y otros traumatismos, así como de las personas aquejadas de cáncer, trastornos de la coagulación y transplantes;

Preocupado porque los niveles actuales de disponibilidad y seguridad de la sangre para transfusiones en la Región son insatisfactorios;

Reconociendo que los actuales sistemas de organización nacionales limitan la eficacia de las transfusiones de sangre, tienen efectos negativos en función de la morbilidad y la mortalidad y ocasionan pérdidas económicas considerables;

Considerando que los conceptos de las resoluciones CD41.R15 (1999) y CD46.R5 (2005) aún están vigentes en la Región de las Américas y que las autoridades nacionales necesitan aplicar las estrategias del plan regional de acción para el periodo 2006-2010, aprobado por el 46.º Consejo Directivo; y

Reconociendo que es necesario modificar los enfoques nacionales actuales a fin de cumplir las metas regionales en materia de seguridad de las transfusiones para el 2010,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que ejecuten decididamente el plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones para el periodo 2006-2010 al:
 - i. definir una entidad específica dentro del nivel normativo de sus ministerios de salud que tome a su cargo la planificación, supervisión y el funcionamiento eficaz general del sistema nacional de sangre, procurando que el nivel normativo se separe claramente del operativo;
 - ii. calcular las necesidades nacionales anuales de componentes sanguíneos, considerando emergencias imprevistas, los aumentos previstos de la población general y de ancianos, la inclusión social de poblaciones actualmente excluidas, los accidentes de tránsito y la adopción local de tecnologías médicas, como los trasplantes y ciertos tratamientos del cáncer, y los recursos económicos necesarios para satisfacer esas necesidades;
 - iii. establecer una red social de voluntarios que ayude a educar a la comunidad, a promover la donación voluntaria de sangre y a atender a los donantes de sangre, prestando atención especial a los programas de jóvenes;
 - b) a que, excepto en circunstancias específicas de necesidad médica urgente, pongan fin a la donación de sangre remunerada y de reposición para fines del 2010, trazándose la meta de 100% de donaciones de sangre voluntarias, altruistas y no remuneradas, valiéndose de la información obtenida en encuestas socioantropológicas realizadas en los países, puesto que la obtención de la sangre no es responsabilidad sólo de los médicos en los hospitales;
 - c) a que pongan fin a la reposición obligatoria de sangre por parte del paciente para fines del 2010;
 - d) a que intercambien las prácticas óptimas en relación con el reclutamiento y la retención de los donantes voluntarios.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que coopere con los Estados Miembros en la ejecución del plan regional de acción para la seguridad de las transfusiones para el periodo 2006-2010 aplicando un enfoque multidisciplinario y coordinado que tenga en cuenta la promoción de la salud, la educación del público, los derechos humanos y de los pacientes, la garantía de la calidad y la eficiencia financiera;
 - b) que colabore con Estados Miembros y otras organizaciones internacionales para evaluar la ejecución del mencionado plan regional de acción y para encontrar las intervenciones propias del país que sean necesarias para lograr la suficiencia y la calidad y la seguridad aceptables de la sangre para transfusiones en el plano nacional;
 - c) que elabore informes anuales sobre la situación de la seguridad de las transfusiones de sangre en la Región.

(Séptima reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R8 El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial* (documento CD48/13), en el cual se propone que los Estados Miembros aborden áreas comunes de trabajo para combatir las enfermedades de transmisión vectorial mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional para lograr la óptima utilización de los recursos destinados a esta finalidad, a fin de mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas nacionales de control de vectores;

Teniendo en cuenta el Marco Estratégico Mundial para el Control Integrado de Vectores elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el 2004 y la resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud con miras a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para aplicar medidas eficaces de control de los vectores (WHA42.31, 1989); reducir el recurso a los insecticidas para el control de las enfermedades de transmisión vectorial mediante la promoción del control integrado de vectores de conformidad con las directrices de la OMS (WHA50.13, 1997); aprovechar el poder

preventivo del control de vectores, en vista de los graves riesgos del aumento de la transmisión de enfermedades de transmisión vectorial resultante del cambio climático, el desplazamiento de las poblaciones y el deterioro del medio ambiente; aprovechar las oportunidades importantes de recibir apoyo financiero (WHO/CDS/NTD/VEM/2007.1); y poner en marcha el Plan Mundial de la OMS de lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas correspondiente al periodo 2008-2015, que exhorta a fortalecer el control de vectores integrado y la creación de capacidad como una de las áreas estratégicas para la acción (WHO/CDS/NTD/2007.3);

Considerando que las enfermedades de transmisión vectorial causan una carga considerable de enfermedades parasitarias e infecciosas en las Américas y dan lugar a mala salud y mortalidad evitables que afectan desproporcionadamente a los grupos pobres y marginados e infligen sufrimientos y aún más dificultades económicas y son un grave impedimento para el desarrollo de muchos países; y

Preocupado porque los efectos potenciales del cambio climático y la mayor variabilidad del clima podrían incluir un riesgo elevado de epidemias de enfermedades de transmisión vectorial,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que fortalezcan y apoyen los programas nacionales de control de enfermedades transmitidas por vectores mediante el establecimiento de políticas basadas en datos probatorios y planes operativos nacionales para ejecutar iniciativas de control integrado de vectores, con objeto de mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas actuales de control de vectores;
 - b) a que fortalezcan los métodos de control de varias enfermedades en la prevención y el control de las enfermedades de transmisión vectorial, como la vigilancia epidemiológica y entomológica, el uso correcto de los plaguicidas, la movilización social y el tratamiento de las personas afectadas, con el fin de aumentar la sinergia entre diferentes programas de control de vectores;
 - c) a que consideren la conveniencia de asignar recursos nacionales y movilicen recursos adicionales, según corresponda, y los utilicen eficazmente en la ejecución de intervenciones apropiadas de prevención y control;
 - d) a que evalúen la necesidad de capacitación en materia de control integrado de vectores y adopten medidas para promover la contratación, capacitación y retención de personal sanitario;

- e) a que evalúen y fortalezcan los marcos legislativos y los mecanismos reglamentarios nacionales y su cumplimiento, con relación al fomento de la legislación del control integrado de vectores según corresponda;
 - f) a que mejoren la colaboración dentro del sector de la salud y con otros sectores para aprovechar la sinergia y promover una respuesta coordinada frente a las enfermedades de transmisión vectorial;
 - g) a que realicen actividades transfronterizas para afrontar las enfermedades de transmisión vectorial comunes en la Región mediante el intercambio de conocimientos y experiencia y la formulación de planes conjuntos de acción y de investigación operativa.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que siga prestando cooperación técnica y coordinando los esfuerzos para reducir la carga de las enfermedades de transmisión vectorial;
 - b) que promueva el control integrado de vectores como una parte integrante de la atención de enfermedades transmitidas por vectores entre los Estados Miembros;
 - c) que apoye a los países en la planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de las actividades de control integrado de vectores y el aumento de la capacidad apropiado;
 - d) que proporcione a los Estados Miembros el asesoramiento técnico con fundamento científico que se necesita para el control integrado de vectores;
 - e) que promueva y fortalezca la investigación sobre el control integrado de vectores basada en las necesidades y carencias reconocidas;
 - f) que contribuya al fortalecimiento de los marcos legislativos y los mecanismos reglamentarios según corresponda con relación a la promoción del control integrado de vectores en los países.

(Séptima reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R9 Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad* (documento CD48/5);

Teniendo presente la resolución CD47.R9 (2006) sobre la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidos el régimen alimentario, la actividad física y la salud, que pide actuar de manera integrada para prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas, y la resolución CSP26.R15 (2002), sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas, por la cual se reconoce la gran carga económica y social de las enfermedades no transmisibles y se exhorta a una cooperación técnica mayor y coordinada de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando la resolución WHA57.17, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004), que insta a aplicar un método integrado y una colaboración intersectorial para mejorar el régimen alimentario y aumentar la actividad física;

Teniendo en cuenta la resolución 61/225 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Día Mundial de la Diabetes (2006), por la cual se reconoce que la diabetes es una enfermedad crónica, debilitante y costosa, que tiene graves complicaciones, conlleva grandes riesgos para las familias, los Estados Miembros y el mundo entero y se decide designar el 14 de noviembre, actual Día Mundial de la Diabetes, día de las Naciones Unidas dedicado a esta cuestión, que se observará todos los años a partir de 2007;

Considerando la resolución WHA61.14 sobre Prevención y control de enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial (2008), que insta a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad nacional y aumentar los recursos para la prevención y control de las enfermedades crónicas;

Teniendo en cuenta la Declaración de Puerto España de septiembre del 2007, emitida en ocasión de la Cumbre extraordinaria de los Jefes de Estado y de Gobierno de CARICOM sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y que hace un llamamiento a los Estados caribeños a tomar medidas para la prevención y el control de estas enfermedades;

Consciente de que la obesidad y la diabetes de tipo 2 han alcanzado proporciones epidémicas en la Región y se prevé que seguirán aumentando si no se toman medidas drásticas;

Observando que la obesidad y la diabetes son en gran medida evitables y que hay datos científicos e intervenciones rentables que combinan métodos poblacionales e individuales; y

Reconociendo la importancia de que los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad internacional renueven su compromiso con respecto a la prevención y el control de la obesidad y la diabetes,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que mejoren la vigilancia y el monitoreo de la obesidad y la diabetes en la población para obtener datos fidedignos que permitan apoyar las políticas y evaluar los resultados;
 - b) a que otorguen prioridad a la prevención y el tratamiento de la obesidad y la diabetes y sus factores de riesgo comunes mediante el establecimiento o el fortalecimiento de políticas y programas integrados en los sistemas de salud públicos y privados, trabajando para asegurar recursos suficientes para llevar a cabo tales políticas y programas;
 - c) a que promuevan la adopción de políticas públicas que aborden los factores determinantes que influyen en la decisión de adoptar un modo de vida más saludable;
 - d) a que forjen alianzas y se involucren con el sector privado y la sociedad civil para que los consumidores estén bien informados, las opciones saludables sean más accesibles y se ejecuten programas sostenibles que promuevan modos de vida saludables en los lugares de trabajo y en las escuelas;
 - e) a que creen entornos propicios que contribuyan a prevenir y tratar la obesidad y la diabetes mediante mayores oportunidades para realizar actividad física y elegir opciones de alimentación más saludables, en colaboración con los sectores ajenos al de la salud pública que tengan en cuenta el modelo del ciclo de vida;
 - f) a que apliquen la Estrategia mundial de Dieta, Actividad Física y Salud y la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la

- prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidas el régimen alimentario, la actividad física y la salud, y, donde resulte pertinente, el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco;
- g) a que colaboren con otros sectores para elaborar políticas que favorezcan la producción y el consumo de frutas y verduras;
 - h) a que mejoren la rotulación de los productos alimentarios y la información pública de modo que sea más sencillo elegir alimentos saludables;
 - i) a que elaboren directrices y políticas que promuevan la comercialización responsable de alimentos dirigidos a los niños y los adolescentes;
 - j) a que utilicen los medios (radio, televisión, medios impresos, internet) para realizar campañas de educación pública y diseminar información acerca de la prevención de la obesidad y la diabetes;
 - k) a que promuevan servicios de salud en el marco de la atención primaria y aseguren los recursos para las intervenciones basadas en datos probatorios consistentes en: 1) estrategias preventivas, incluidos los cambios de comportamiento, y 2) medios de diagnóstico y tratamiento para la detección temprana de las complicaciones prevenibles o controlables de la diabetes, prestando atención al cuidado de los pies, la salud ocular, la salud renal y el control de la glucemia, el colesterol sanguíneo y la presión arterial;
 - l) a que integren los servicios pertinentes de apoyo de la salud mental en los programas de atención de las enfermedades crónicas, como los que abordan la obesidad y la diabetes, a fin de proporcionar orientación que permita que las personas puedan asumir la responsabilidad de su propia salud y puedan satisfacer sus necesidades en relación con la salud mental.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos para fortalecer sus sistemas de información sanitaria con miras a vigilar la obesidad y la diabetes, y para evaluar los resultados de las intervenciones correspondientes de salud pública;
 - b) que elabore intervenciones basadas en datos científicos para la prevención y el control de la obesidad y la diabetes que sean integradas y culturalmente adecuadas, e incluyan normas y protocolos, centrándose en las necesidades de los países de bajos ingresos y las poblaciones vulnerables, y que las difunda por medio de la red CARMEN u otros mecanismos;

- c) que apoye a los Estados Miembros para que fortalezcan su capacidad, incluida la investigación, de adoptar decisiones basadas en datos probatorios acerca de los medios de diagnóstico y tratamiento, al igual que las competencias del sistema de salud para la atención integrada de la obesidad y la diabetes;
- d) que forje nuevas alianzas o fortalezca las existentes para la movilización de recursos, la promoción de la causa y la investigación colaborativa relacionada con la prevención de la obesidad y la diabetes.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R10 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino* (documento CD48/6);

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer (WHA58.22, 2005), el cual insta a los gobiernos a que elaboren programas integrales de control del cáncer y recomienda que asignen prioridad a los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino;

Recordando la resolución CD47.R9 (2006) del 47.º Consejo Directivo sobre la Estrategia y el plan de acción regionales para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud, que incluye el cáncer como una de las enfermedades crónicas prioritarias;

Consciente de que en las Américas se producen unas 27.500 defunciones anuales por cáncer cervicouterino, causado principalmente por una infección persistente por algunos de los genotipos del virus del papiloma humano (VPH), y reconociendo que aunque este tipo de cáncer puede prevenirse y controlarse mediante un programa integral de educación sanitaria, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, sigue produciendo mortalidad prematura y afectando desproporcionadamente a las mujeres de estratos económicos bajos, resaltando las inequidades sanitarias en la Región;

Reconociendo que los esfuerzos e inversiones actuales no están dando lugar a disminuciones significativas de la carga de cáncer cervicouterino en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe;

Reconociendo que las vacunas costo efectivas contra el VPH pueden llegar a ser un componente de un programa de prevención y control integral del cáncer cervicouterino;

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud, junto con la Alianza Mundial para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, ha estado evaluando métodos innovadores para el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y ha generado nuevos datos científicos y nuevos conocimientos sobre estrategias costo efectivas que puedan mejorar enormemente los programas de prevención, sobre todo en entornos de bajos recursos, y que la OPS ha estado apoyando la toma de decisiones con bases científicas por los países con respecto a la introducción de las vacunas contra el VPH;

Consciente de que la prevención y el control del cáncer cervicouterino pueden contribuir al logro de objetivos de desarrollo internacional; y

Consciente de que hace falta desplegar más esfuerzos para que las vacunas contra el VPH sean más accesibles a las poblaciones más pobres,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que aprueben el marco de la Estrategia y el plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, ideado para mejorar la capacidad de ejecución sostenida de los programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, con la meta de reducir la incidencia y la mortalidad;
 - b) a que apoyen activamente la ejecución de la estrategia y el plan de acción, vinculándolos con las agendas nacionales de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino y consideren la posibilidad de proporcionar los recursos suficientes para su aplicación;
 - c) a que revitalicen y mejoren los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino para utilizar eficazmente nuevas tecnologías y métodos con fundamento científico, en particular en los entornos donde el acceso es difícil y los recursos son limitados;

- d) a que emprendan estrategias de comunicación social apropiadas para aumentar la concientización sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y su carácter prevenible entre los adolescentes y las mujeres, e involucren las comunidades en las campañas de prevención del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en el empoderamiento de las mujeres pertenecientes a grupos desfavorecidos y vulnerables, en especial las indígenas;
 - e) a que elaboren y apliquen las medidas recomendadas en la estrategia y el plan de acción regionales que sean apropiadas a las circunstancias del país respectivo e incluyan la prevención primaria, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas, el diagnóstico y tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino, y los cuidados paliativos;
 - f) a que fortalezcan los sistemas de salud basados en la atención primaria para que los programas eficaces de prevención y control del cáncer cervicouterino puedan ejecutarse en estrecha proximidad a las comunidades y con un enfoque integrado de prevención primaria y secundaria;
 - g) a que consideren los futuros resultados de estudios sobre los factores que, de acuerdo con el estado actual del conocimiento, pudieran limitar la eficacia de las vacunas contra el VPH, y de los estudios sobre la distribución de los tipos de VPH predominantes en los países, por medio de investigaciones locales y subregionales, a fin de tomar decisiones basadas en datos científicos sobre la introducción de esas vacunas, tomando en cuenta la necesidad de su sostenibilidad;
 - h) a que, cuando sea posible, utilizar el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas de la OPS, ya que este desempeña una función destacada en la introducción de vacunas nuevas en las Américas;
 - i) a que establezcan y fomenten alianzas estratégicas con instituciones en todos los sectores pertinentes para movilizar los recursos económicos, técnicos y de otro tipo que mejoren la eficacia de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que proporcione asistencia técnica a los Estados Miembros de una manera interprogramática para que revitalicen los programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino dotados de métodos y tecnologías nuevos, eficaces y rentables, y que vigile los adelantos e informe periódicamente de los logros;

- b) que abogue ante los tomadores de decisiones y los profesionales de la salud para aumentar los compromisos políticos, económicos y técnicos con los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino;
- c) que apoye la accesibilidad y la equidad en la utilización de nuevas tecnologías (pruebas de detección del VPH, vacunas contra el VPH) en las Américas;
- d) que apoye la realización de estudios regionales y subregionales acerca de la distribución de los tipos de VPH predominantes en la Región y promueva una amplia diseminación de los estudios acerca de los factores relacionados con la eficacia de las vacunas contra el VPH;
- e) que forje nuevas alianzas o fortalezca las alianzas existentes dentro de la comunidad internacional para la movilización de recursos, la promoción de la causa y la colaboración con el objeto de mejorar las actividades de prevención y control del cáncer cervicouterino en la Región.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R11 Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región

EL 48° CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región* (documento CD48/20) en el que se da cuenta de la Primera Reunión de Ministros de Salud de las Américas, convocada por el Ministro de Salud de México y la Organización Panamericana de la Salud (Mérida, Yucatán, México, 14 de marzo del 2008), dirigidas a afianzar el rol del sector salud y el trabajo intersectorial para la prevención de lesiones intencionales y no intencionales, definidas como lesiones de causa externa (LCE);

Recordando que el Consejo Directivo, en sus sesiones 37.^a de 1993, 39.^a de 1996 y 44.^a del 2003, ha definido y ratificado claramente la violencia como problema de salud pública, solicitando a la Directora a continuar sus esfuerzos y la cooperación con los Estados Miembros en la búsqueda de herramientas y soluciones para estos problemas;

Teniendo en cuenta que las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, por la Prevención de la Violencia, y el

Foro Latinoamericano y del Caribe sobre Seguridad Vial, han adoptado resoluciones y publicado documentos donde los temas relativos a la prevención de LCE y la promoción de la seguridad son tratados de manera clara, con recomendaciones para la acción;

Destacando la oportuna Reunión de Ministros de Salud de las Américas, y la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas, firmada en esta reunión el 14 de marzo del 2008, cuyo contenido es relevante para la toma de decisiones; y

Reconociendo que si bien el Consejo Directivo de la OPS ha aprobado resoluciones sobre prevención de violencia, es necesario ampliar el marco de acción a todas las lesiones de causa externa, no solo por la alta carga de casos sino también por la disponibilidad de intervenciones que pueden tener efectos preventivos sobre factores de riesgo comunes a la ocurrencia de diversas formas de LCE,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que definan acciones y planes para la prevención de lesiones de causa externa y la promoción de la seguridad y den mayor visibilidad a los programas y planes que estén en curso o se implementen en el futuro próximo con presupuesto y mandatos predefinidos por los ministerios de salud;
 - b) a que tengan en cuenta las recomendaciones contenidas en la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas (Mérida, marzo del 2008), como una oportunidad para avanzar en el compromiso de prevenir todo tipo de lesión de causa externa y promover la seguridad;
 - c) a que promuevan lo que corresponda a los ámbitos de gobierno, sociedad civil, sector privado, justicia y policía para que las leyes, normas y regulaciones existentes sobre violencia, seguridad vial, uso de pólvora, abuso de alcohol y cualquier otra tendiente a prevenir la ocurrencia de LCE o muertes, sean aplicadas y cumplidas en sus países;
 - d) a que fomenten y lideren procesos cuando corresponda, e impulsen alianzas con otros sectores para la prevención de la violencia y las lesiones y promoción de la seguridad dada la naturaleza multicausal de las LCE.
2. Solicitar a la Directora:

- a) que refuerce las acciones e iniciativas de la OPS entre las áreas o proyectos que tienen relación con la prevención de LCE, tales como seguridad humana, seguridad vial, salud urbana y *Rostros, voces y lugares*;
- b) que contribuya para que los países intensifiquen o perfeccionen sus iniciativas en áreas como los sistemas de información y observatorios sobre LCE, identificación de mejores prácticas preventivas y evaluación de las que estén en ejecución y estudios de costos, entre otras;
- c) que apoye las acciones tendientes a fortalecer los programas de prevención de LCE y promoción de la seguridad de los ministerios de salud, así como la capacitación de las personas focales de los mismos, cuando sea necesario;
- d) que lidere procesos de coordinación interagencial y mantenga la presencia de la OPS en las instancias de cooperación intersectorial, sean éstas de carácter internacional o nacional que se ocupan de la prevención de la LCE y la promoción de la seguridad;
- e) que promueva estudios sobre las causas y factores de riesgo de LCE y seguridad siguiendo en el marco de los determinantes sociales que tengan aplicación en la Región.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R12 *Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas* (documento CD48/10);

Considerando el sufrimiento humano y los costos sociales asociados con la pérdida de la visión y las lesiones deformantes de la piel atribuibles a la oncocercosis, que amenazan a aproximadamente 500.000 personas en áreas de riesgo en las Américas;

Reconociendo el apoyo recibido de los donantes a fin de lograr el control global de la oncocercosis;

Resaltando que la 23.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en septiembre de 1990, hizo un llamado para identificar las enfermedades con posibilidad de ser eliminadas hacia finales de este siglo o inicios del próximo, y que en respuesta la OPS desarrolló una estrategia regional (resolución CD35.R14, 1991) que busca asegurar tratamientos semestrales a todas las comunidades que lo requieran con el fin de eliminar la oncocercosis como problema de salud pública en las Américas para el año 2007;

Considerando que en respuesta a la resolución CD35.R14, se estableció en 1992 una iniciativa internacional conocida como Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA, por sus siglas en inglés) en cooperación con los gobiernos, la OSP, organizaciones no gubernamentales, donantes y otras partes interesadas;

Reconociendo los grandes avances logrados a la fecha por las autoridades nacionales y la OEPA en la eliminación de la oncocercosis en las Américas, a través de la promoción y fortalecimiento de los programas en los seis países endémicos de la Región (Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela); y

Teniendo en cuenta que los representantes de los seis países que asistieron a la 17^a Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis en el 2007 y el Comité Coordinador de OEPA (PCC) se han comprometido a lograr la interrupción de la transmisión de la oncocercosis en toda la Región para fines del año 2012, seguido inmediatamente por una fase de tres años de vigilancia epidemiológica que certifique la eliminación,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que reafirmen el compromiso de la meta originalmente propuesta en la resolución CD35.R14 del 35.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1991, que hace un llamado para lograr la eliminación de la morbilidad por oncocercosis en las Américas;
 - b) a que completen la eliminación de la morbilidad por oncocercosis e interrumpan la transmisión del parásito dentro de sus fronteras para el año 2012 a través de la movilización de todos los sectores relevantes, comunidades afectadas y ONGs mediante:
 - apoyo financiero adecuado para que los programas nacionales alcancen coberturas de tratamiento por lo menos al 85% de todos los individuos elegibles;

- utilización eficaz de los tratamientos donados;
 - aplicación de los lineamientos de certificación establecidos por OMS para la suspensión del tratamiento masivo;
- c) a que inviten a otras agencias especializadas del Sistema de las Naciones Unidas, agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales, ONGs, fundaciones y a otros grupos interesados a:
- incrementar la disponibilidad de recursos a los programas nacionales de eliminación de la oncocercosis y a la OEPA para lograr completar la eliminación de la transmisión de la enfermedad en la Región;
 - apoyar actividades de OEPA y de su Comité Coordinador del Programa Integrado por representantes de OSP, CDC, el Centro Carter, ministerios de salud y expertos en oncocercosis;
 - apoyar y asistir a las Conferencias Interamericanas Anuales sobre Oncocercosis (IACO) y respaldar las iniciativas desarrolladas por o en coordinación con el Comité Coordinador de OEPA.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye la implementación de los criterios de la OMS para la certificación de la eliminación de la morbilidad y transmisión en los países afectados;
 - b) que fortalezca la colaboración fronteriza con los seis países endémicos, especialmente entre Brasil y Venezuela donde la oncocercosis afecta a la población indígena Yanomami y que se dé continuidad al programa hasta que se certifique la eliminación total de la oncocercosis;
 - c) que promueva una colaboración más estrecha entre los programas para la eliminación de la oncocercosis en las Américas entre las agencias especializadas y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, agencias bilaterales de desarrollo, ONGs, así como otros partes interesados;
 - d) que informe periódicamente sobre los avances en la implementación de actividades.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R13 15.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA): “Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre la 15.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 15) (documento CD48/19, Rev. 1),

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la RIMSA 15 y de las conclusiones y recomendaciones de la Reunión Internacional de las Américas Libres de Grasas Trans; la 11.^a Reunión del Comité Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA 11); la 5.^a Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 5); y el Foro Agro-Salud de Ministros de Agricultura y Salud.
2. Instar a los Estados Miembros a establecer o reforzar alianzas y políticas para abordar los determinantes de salud en el ámbito compartido por los sectores de salud y agricultura identificados por la RIMSA 15, en particular:
 - a) Adoptar el enfoque de los determinantes de la salud e identificar y reducir las brechas y disparidades entre grupos poblacionales aplicando estrategias convergentes y sinérgicas;
 - b) Abogar por políticas que favorezcan la mejoría de la calidad de vida y el desarrollo integral de grupos de mayor vulnerabilidad, con indicadores de desarrollo social mas allá de las necesidades básicas insatisfechas en áreas rurales y urbanas, para encauzar el desarrollo y alcanzar los ODM, adhiriendo a iniciativas regionales como: Rostros, Voces y Lugares; Municipios y Comunidades Saludables y Productivos; microcréditos para mujeres rurales; y emprendimientos rurales de agro- y eco-turismo, preservando y promoviendo el mantenimiento de la biodiversidad y las prácticas agrícolas de los pueblos originarios, rescatando conocimientos tradicionales, locales e indígenas, y sumando el saber ancestral con las posibilidades de las nuevas prácticas;
 - c) Promover acciones hacia el interior de los países y entre los países para prevenir y reducir la presencia de enfermedades endémicas, desatendidas y emergentes cuyo comportamiento se ha visto o se puede ver afectado por determinantes sociales y ambientales vinculados al cambio climático, modificación de los ecosistemas, y transformación de los sistemas de producción;

- d) Establecer o reforzar acuerdos multisectoriales y regulaciones efectivas para elevar la calidad nutricional de los alimentos y reducir o eliminar las sustancias que pueden tener un efecto adverso sobre la salud, a través de medidas regulatorias y voluntarias para eliminar las grasas trans del consumo humano y reemplazarlos por aceites saludables, en el marco de las políticas públicas que se orienten a promover estilos de vida saludables y reducción de riesgos asociados;
 - e) Ejecutar y sostener las acciones necesarias para eliminar del hemisferio a la rabia humana transmitida por el perro para 2012;
 - f) Implementar iniciativas de cooperación entre países para acelerar la eliminación de la fiebre aftosa en el hemisferio;
 - g) Fortalecer los sistemas nacionales de inocuidad de alimentos;
 - h) Fortalecer los mecanismos de coordinación regional y global para la alerta y respuesta temprana frente a los riesgos sanitarios vinculados a las zoonosis, las enfermedades transmitidas por alimentos y las enfermedades animales, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005) vinculado a la Red Internacional de Autoridades en Materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) para la salud pública y a las normas para la salud animal de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE).
3. Solicitar a la Directora que, en el marco del Plan Estratégico 2008-2012 de la Oficina Sanitaria Panamericana y en asociación con el IICA y otros organismos internacionales de cooperación, emprenda acciones que favorezcan la integración y colaboración entre los sectores de salud y agricultura para asegurar y hacer seguimiento de las recomendaciones y conclusiones de las reuniones realizadas en el marco de la RIMSA 15.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R14 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la revisión a los sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal, en vigor a partir del 1 de enero del 2008 (documento CD48/23); y

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo, en su 142.^a sesión, de ajustar los sueldos del Director Adjunto y el Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2008, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 189.929 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$136.454 (con familiares a cargo) o \$122.802 (sin familiares a cargo).
2. Aprobar la modificación del párrafo 4.3 del Estatuto del Personal con respecto a los nombramientos y ascensos del personal.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2008)

CD48.R15 *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional*

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional* (documento CD48/18);

Tomando en consideración el alto nivel de participación de la Región en las negociaciones conducentes a la aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud de la resolución WHA61.21 (2008) “Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual”;

Recordando la Estrategia mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, que establece, en su párrafo 15: “La Constitución de la OMS dice lo siguiente: «*La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud*». Por consiguiente, la OMS desempeñará una función estratégica y central en la relación entre la salud pública, la innovación y los derechos de propiedad intelectual, conforme a su mandato (incluidas las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud), así como a su capacidad y sus objetivos constitucionales, teniendo presentes los de otras organizaciones internacionales pertinentes. En este contexto, la Organización, incluidas sus oficinas regionales y, cuando proceda, sus oficinas en los países, fortalecerá las competencias y

los programas institucionales para aplicar esta estrategia y plan de acción, así como los actuales mandatos establecidos por las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud”;

Recordando las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS, CD45.R7 (2004) sobre acceso a medicamentos, CD45.R10 (2004) referida a la ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida, CD46.R15 (2005) en relación al Plan Estratégico Regional de la OPS para VIH/sida/ETS para el periodo 2006-2015, y CD47.R7 (2006) en conexión con la salud pública, las investigaciones sanitarias, la producción de medicamentos esenciales y el acceso a los mismos, así como las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, WHA59.24, Salud pública, innovación, investigaciones sanitarias esenciales y derechos de propiedad intelectual: hacia una Estrategia mundial y plan de acción, y WHA60.30, Salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Recordando igualmente el Plan Estratégico de la OSP 2008-2012, la Agenda de Salud para las Américas 2009-2017; y

Comprometiéndose con la implementación a nivel nacional de la estrategia mundial y las partes acordadas del plan de acción,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que promuevan la investigación e innovación tecnológica en los sectores farmacéutico, científico e industrial;
 - b) a que fortalezcan la interrelación y colaboración de aquellos actores claves que desde distintos sectores (público, privado, académico, industrial y científico) puedan jugar un papel en la implementación de la estrategia mundial en consonancia con aquellas partes acordadas del plan de acción;
 - c) a que consideren traducir la voluntad política expresada durante el proceso de discusión de la estrategia mundial en propuestas presupuestarias que correspondan con sus prioridades sanitarias;
 - d) a que mejoren la cooperación entre países y, cuando sea pertinente, en el seno de las organizaciones de integración subregional, para promover la transferencia tecnológica y fomentar la investigación e innovación tecnológica entre países.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que difunda entre los actores relevantes de la sociedad la estrategia mundial y las partes acordadas del plan de acción;
 - b) que colabore de manera constructiva con otras organizaciones internacionales trabajando en la Región con responsabilidad para la implementación de la estrategia mundial, tanto a nivel regional como nacional y subregional;
 - c) que apoye la promoción y aplicación eficaces de la estrategia mundial y las partes acordadas del plan de acción;
 - d) que informe de manera periódica al Consejo Directivo, por medio del Comité Ejecutivo, sobre la implementación de la estrategia mundial y aquellas partes acordadas del plan de acción.

(Novena reunión, 3 de octubre del 2008)

CD48.R16 La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento presentado por la Directora, *La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud* (documento CD48/15);

Reconociendo la importancia que se le otorga a la salud en diferentes foros internacionales por su creciente vinculación con las dimensiones de la política exterior;

Considerando las recomendaciones del Grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI;

Considerando la multiplicidad de actores con diferentes funciones y responsabilidades que inciden en la gobernanza de la salud global;

Considerando el efecto que tiene estos fenómenos en el ejercicio de la función de rectoría de las autoridades sanitarias y del propio desarrollo nacional de la salud; y

Considerando que en vista de lo anterior, la agenda internacional de las autoridades de salud es cada vez más importante e intensa,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que estrechen las relaciones de coordinación e intercambio de las autoridades sanitarias con las autoridades encargadas de la política exterior y de cooperación internacional de los gobiernos;
 - b) a que promuevan mecanismos institucionales de consulta entre el sector salud y el de relaciones exteriores, para los procesos de diálogo y negociación de los temas relevantes para la salud global y regional que son objeto de debates en los foros internacionales;
 - c) a que fortalezcan la función de rectoría de las autoridades sanitarias para responder a las crecientes demandas que plantean los acuerdos y regulaciones internacionales que se vinculan con el desarrollo nacional de la salud;
 - d) a que fortalezcan la capacidad institucional de los gobiernos para la gestión de la cooperación y de las relaciones internacionales en salud, aportando los recursos necesarios para el mejor cumplimiento de esas funciones, incluyendo una adecuada posición en la estructura organizacional;
 - e) a que promuevan la inclusión de los temas de salud internacional en los ámbitos de profesionalización de la carrera diplomática, así como los temas de relaciones internacionales en los ámbitos de profesionalización de especialistas y líderes en salud pública.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que estimule el diálogo e intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, sobre las nuevas dimensiones internacionales que tiene la salud y su importancia para el desarrollo nacional de la salud;
 - b) que colabore con los gobiernos y el sector académico en el desarrollo de programas específicos de capacitación sobre salud internacional, incluyendo en particular, a los profesionales de los países que cumplen las funciones de cooperación y relaciones internacionales;

- c) que mantenga la presencia de la Organización en los foros pertinentes, abogando por la salud del hemisferio y su posicionamiento en el escenario internacional;
- d) que sistematice periódicamente la experiencia de la Organización Panamericana de la Salud y los países en este campo y la difunda entre los Estados Miembros;
- e) que coopere con el fortalecimiento de capacidades institucionales de los gobiernos para atender los aspectos vinculados con las relaciones internacionales y la gestión de la cooperación en materia de salud;
- f) que continúe y amplíe el Programa de Líderes en Salud Internacional y promueva sinergias y complementariedad con aquellas iniciativas que desarrollen los países para la formación de especialistas en los campos de salud y relaciones internacionales;
- g) que facilite el análisis de la dimensión de la salud cuando se consideren, adopten e implementen políticas a nivel internacional, que puedan tener o tengan un impacto sobre la salud pública de los Estados Miembros;
- h) que, en consulta con los Estados Miembros, retome las recomendaciones del Grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI que puedan apoyar el desarrollo de la presente iniciativa;
- i) que mantenga e intensifique las gestiones de movilización de recursos, a fin de apoyar las políticas, programas e iniciativas de los países en desarrollo que persigan los objetivos de acceso universal y atención integral a la salud.

(Novena reunión, 3 de octubre del 2008)

Decisiones

Decisión CD48(D1)

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Honduras, Perú y Saint Kitts y Nevis para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 29 de septiembre del 2008)

Decisión CD48(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo Directivo eligió al Brasil para ocupar la Presidencia, a Panamá y San Vicente y las Granadinas para las Vicepresidencias, y a México para la Relatoría del 48.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 29 de septiembre del 2008)

Decisión CD48(D3) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo aprobó el orden del día provisional presentado por la Directora sin cambios (documento CD48/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 29 de septiembre del 2008)

Decisión CD48(D4) Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 32 de su Reglamento Interno, el Consejo Directivo nombró a Chile, Colombia y los Estados Unidos de América para integrar la Comisión General.

(Primera reunión, 29 de septiembre del 2008)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del 48.º Consejo Directivo, Delegado del Brasil, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en el idioma portugués.

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

José Gomes Temporão
Presidente del 48.º Consejo Directivo
Delegado de Brasil

Mirta Roses Periago
Secretaria *ex officio* del
48.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 Adopción del orden del día
 - 2.4 Establecimiento de la Comisión General

- 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 Antigua y Barbuda, Chile y Panamá

- 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad
 - 4.2 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino
 - 4.3 Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño

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

- 4.4 Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes
- 4.5 Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
- 4.6 Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
- 4.7 Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas
- 4.8 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas
- 4.9 El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial
- 4.10 Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
- 4.11 La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud
- 4.12 Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional
- 4.13 La aportación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud
- 4.14 Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional
- 4.15 15.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA): “Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”
- 4.16 Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de cuotas
- 5.2 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2006-2007
- 5.3 Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007
- 5.4 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal

6. PREMIOS

- 6.1 Premio OPS en Administración 2008
- 6.2 Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana 2008

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Informe de la ejecución del presupuesto bienal por programas 2006-2007 de la Organización Panamericana de la Salud
- 7.2 Informe sobre los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas
- 7.3 Gripe aviar y los preparativos frente a una pandemia de gripe
- 7.4 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- 7.5 Plan Estratégico 2008-2012 - revisado
- 7.6 Estado que guarda la revisión institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

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

- 7.7 Estado que guarda la revisión institucional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
- 7.8 Anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 de la Organización Mundial de la Salud
- 7.9 Presupuesto por programas 2006-2007 de la Organización Mundial de la Salud: evaluación de la ejecución e Informe de la Secretaría
- 7.10 Los mecanismos de la OPS para la compra de suministros estratégicos, incluidas las vacunas

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento oficial 328	Plan Estratégico 2008-2012 (<i>Octubre 2008</i>)
Documento oficial 331	Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2006-2007

Documentos de trabajo

CD48/1, Rev. 3	Orden del día
CD48/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CD48/3, Rev. 1	Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD48/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Antigua y Barbuda, Chile y Panamá
CD48/5	Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad
CD48/6	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino
CD48/7	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño
CD48/7, Corrig.	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño
CD48/8	Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes

Documentos de trabajo (*cont.*)

CD48/8, Corrig.	Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes
CD48/9	Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
CD48/10	Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
CD48/11	Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas
CD48/12	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas
CD48/13	El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial
CD48/14, Rev. 1	Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
CD48/14, Add. I	Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
CD48/14, Add. I, Corrig.	Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
CD48/14, Add. II	Resumen del Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
CD48/14, Add. II Corrig.	Resumen del Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud
CD48/15	La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud
CD48/16	Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional

Documentos de trabajo (cont.)

CD48/16, Add. I, Rev. 2	Orden del día de la mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional
CD48/16, Add. II	Informe final de la Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional
CD48/17	La aportación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud
CD48/17, Add. I	La aportación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud
CD48/18	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional
CD48/19, Rev. 1	15. ^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSAs): “Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas”
CD48/20	Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región
CD48/21	Informe sobre la recaudación de cuotas
CD48/21, Add. I, Rev. 1	Informe sobre la recaudación de cuotas
CD48/22	Uso de los ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo en el ejercicio 2006-2007
CD48/23	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y enmienda al párrafo 4.3 del Estatuto del Personal
CD48/24	Premio OPS en Administración 2008
CD48/25	Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana 2008

Documentos de información

CD48/INF/1	Informe de la ejecución del presupuesto bienal por programas 2006-2007 de la Organización Panamericana de la Salud
CD48/INF/2	Informe sobre los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas
CD48/INF/3	Gripe aviar y los preparativos frente a una pandemia de gripe
CD48/INF/4	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
CD48/INF/5, Rev. 1	Plan Estratégico 2008-2012 - revisado
CD48/INF/6	Estado que guarda la revisión institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD48/INF/7	Estado que guarda la revisión institucional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
CD48/INF/8	Los mecanismos de la OPS para la compra de suministros estratégicos, incluidas las vacunas
*	Anteproyecto de presupuesto por programas 2010-2011 de la Organización Mundial de la Salud
*	Presupuesto por programas 2006-2007 de la Organización Mundial de la Salud: evaluación de la ejecución e Informe de la Secretaría

* Distribuidos por separado

**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
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Alberto Hernández
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Jure
Secretario de Prevención y Control de Riesgos
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Lic. Ernesto Bascolo
Dirección de Economía de la Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Alternate – Alterno

Sr. Sebastián Molteni
Representante Alterno de Argentina
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Hubert Alexander Minnis, MP
Minister of Health and Social Development
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

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

Ms. Camille Johnson
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan
Medical Officer/Planning
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Phillip Swain
Acting Medical Staff Coordinator
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Rhoda Jackson
Charge'd' Affaires and Interim Representative
Permanent Mission of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Mr. Chet Neymour
Counselor, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. David Estwick, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

Mr. Martin Cox
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

Alternate – Alterno

Ms. Donna Forde
Counsellor
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Kendall Belisle
First Secretary
Embassy of Belize
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Dr. Ramiro Tapia
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

Dra. Maria Beatriz Cañipa
Coordinadora de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia Jorge R. Cuadros Anaya
Embajador, Representante Permanente de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dra. Gisela Vaca
Representante Alterna de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Nilda Copa Candori
Secretaria
Federación Nacional de Mujeres de Bolivia
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Paulo Marchiori Buss
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. Rômulo Maciel Filho
Diretor de Programa do Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

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

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Internacional
Ministério da Saúde
Brasília

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Dr. Leandro Luiz Viegas
Assessor Técnico da Secretaria de Ciência,
Tecnologia e Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Sérgio Gaudêncio
Consultor para Assuntos Internacionais
da Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Márcio Farias Lobato
Oficial de Chancelaria da Divisão de Temas Sociais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Priscila Meneghini Lambert
Jornalista
Assessoria de Comunicação Social
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BRAZIL/BRASIL

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sua Excelência Osmar Chohfi
Embaixador, Representante Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Ana Maria de Souza Bierrenbach
Conselheira
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

Delegates – Delegados

Ms. Bersabel Ephrem
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Martin Methot
Director
International Health Policy
and Communications Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CANADA/CANADÁ (*cont.*)

Alternates – Alternos

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

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
PAHO/Americas
Health Canada
Ottawa, Ontario

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

Ms. Kim Elmslie
Director General
Health Promotion and Chronic Diseases
Prevention Branch
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Dr. Garry Aslanyan
Principal Advisor/Manager
International Public Health Division
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CANADA/CANADÁ (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Amrita Paul
Health Specialist, Americas Branch
Canadian International Development Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Basia Manitius
Alternate Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Arlene Wilgosh
Deputy Minister of Health Living
Manitoba Health/Health Living
Manitoba

Ms. Marie Rochette
Director
Minister of Health and Social Services
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Jeannette Vega
Subsecretario de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CHILE

Delegates – Delegados

Dr. Osvaldo Salgado Zepeda
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. María Clara Isaza
Jefa de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Rossana García
Directora General de Salud
Ministerio de Salud
San José

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA

Delegate – Delegado

Sra. Maritza Chan
Ministra Consular
Misión Permanente de Costa Rica
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Joaquín García Salabarría
Viceministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Néstor Marimón
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

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

Alternates – Alternos

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

Sr. Damián Cordero
Segundo Secretario
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien
Minister for Health and Environment
Ministry for Health and Environment
Government Headquarters
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson
Acting Chief Medical Officer
Ministry for Health and Environment
Government Headquarters
Roseau

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quezada
Subsecretaria de Estado de Salud
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Delegates – Delegados (cont.)

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Su Excelencia Efrén Cocíos Jaramillo
Embajador, Representante Alterno de Ecuador
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sra. Elizabeth Moreano
Representante Alterno
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
San Salvador

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

EL SALVADOR

Delegate – Delegado

Dra. Elena Castro de Montúfar
Asesora Médica
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
San Salvador

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

S.E. Madame Marie-France Pagnier
Ambassadeur, Observateur permanent de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mme Elizabeth Connes-Roux
Observatrice permanente 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

Mlle Julie Mauvernay
Stagiaire
Observateur permanent de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Karl Hood
Minister of Health
Ministry of Health
St. George's

Delegate – Delegado

His Excellence Mr. Denis Antoine
Ambassador, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Dr. Celso Cerezo Mulet
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Jorge Skinner-Klee
Embajador, Representante Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Excelentísimo Sr. Lionel Valentín Maza Luna
Embajador, Representante Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

GUATEMALA

Alternate – Alterno

Sra. Alexandra Brady Villagran
Ministra Consejera
Misión Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

HAITI/HAÏTÍ

Delegates-Delegados (*cont.*)

M. Antonio Rodrigue
Ambassadeur, Représentant Permanent
Mission permanente d'Haïti près
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nerza Paz
Vice Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Ritza Yolany Lizardo Soto
Asesora
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

Dra. Claudia Elizabeth Quiroz Mejía
Asesora
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. E. Grace Allen Young
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Sheila Campbell-Forrester
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate – Alterno

Dr. Beverly Wright
Medical Officer of Health
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.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO/MÉXICO

Delegates – Delegados

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

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

Alternates – Alternos

Dr. Fernando Meneses González
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. María de los Ángeles Fromow
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación
y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Ministro Luis Javier Campuzano
Representante Alternativo de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

MEXICO/MÉXICO *(cont.)*

Alternates – Alternos *(cont.)*

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

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

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director Ejecutivo de Operación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Claudia Camargo-Bohorquez
Subdirectora de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Nadine E. Lacayo Renner
Ministra Consejera
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

NICARAGUA (cont.)

Delegate – Delegado

Lic. Julieta María Blandón Miranda
Primer Secretario
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Dora Jara
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Dra. Laura de Thomas
Subdirectora General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Su Excelencia Alina Guerrero
Embajadora, Representante Permanente de Panamá
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Rafael Donado
Consejero Económico, Representante Alterno de Panamá
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

PANAMA/PANAMÁ

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sr. Milton Ruiz
Consejero, Representante Alterno 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

Dra. Rosa Benítez de Franco
Directora de Coordinación de
Regiones Sanitarias
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sra. Carla Poletti
Segunda Secretaria
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísima Sra. María Zavala Valladares
Embajadora, Representante Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Orlando Velorio Pérez
Ministro, Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternate – Alterno

Mrs. Ana María Sánchez
Ministra Consejera, Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rupert Emmanuel Herbert
Minister of Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Basseterre

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS

Delegate – Delegado

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Ministry of Health and Environment
Basseterre

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Honourable Dr. Keith Mondesir
Minister for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Delegate – Delegado

Dr. Clenie Greer-Lacascade
Minister Councillor
Embassy of Saint Lucia
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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

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

Delegate – Delegado

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

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Ms. Sabitadevie Nanhoe-Gangadin
Coordinator of International Relations
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Robert Brohim
Policy Advisor and Coordinator of Primary Health Care
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator the Honourable Jerry Narace
Minister of Health
Ministry of Health
Trinidad and Tobago

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

Alternate – Alterno

Mr. Garth A. Lamsee
First Secretary
Embassy of the Republic of Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Will Niblett
Team Leader for Global Affairs
Department of Health
London

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Delegates – Delegados

Hon. Evan Rogers
Minister of Social Development
Ministry of Social Development
Anguilla

Dr. Bonnie Richardson-Lake
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. William Steiger
Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

Mr. Mark Abdo
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Alternates – Alternos (*cont.*)

Mr. Gerald Anderson
Deputy Assistant Secretary for
Economic and Global issues
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Stephen Blount
Director, Coordinating Office on Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia

Mr. Michael Glover
Director
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Senior Policy Officer for the Americas
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Kathy Saldana
Health Sector Reform Adviser
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Mary Lou Valdez
Deputy Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Jason Donaldson
Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Excelentísima Dra. Maria del Lujan Flores
Embajadora del Uruguay ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Adriana Rodríguez
Representante Alternativa
Misión Permanente del Uruguay ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Nancy Pérez
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegates – Delegados

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.

Sr. Alirio Delgado
Asesor de la Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates – Alternos

Dra. Ana Teresa Uzcategui
Asesora de la Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

T.S.U. Aura Yesire Sequera
Asistente de la Viceministra
de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Maribi Loreto
Asistente de la Viceministra
de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

PUERTO RICO

Dr. Johnny Rullán
Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

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 Alternativo de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE (cont.)
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay

AWARD WINNERS
GANADORES DE LOS PREMIOS

PAHO Award for Administration 2008
Premio OPS en Administración 2008

Dr. Hugo Villar Teijeiro
Uruguay

Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health 2007
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2007

Dr. César Vitoria
Brazil

UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS

Caribbean Community
Comunidad del Caribe

Dr. Rudolph O. Cummings
Dr. Edward Greene
Dr. Jerome Walcott

UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES (cont.)
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS (cont.)

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

Ms. Jean Gough
Dr. Enrique Paz

United Nations High Commissioner for Refugees
Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados

Ms. Jana Mason
Ms. Tessa Valk

REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Dr. José Miguel Insulza

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Mrs. Kei Kawabata

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

Alzheimer's Society of Canada

Mr. Scott Dudgeon
Mr. Mike Splaine

**American Society for Microbiology
Sociedad Interamericana de Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

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

Dr. Christopher Fox

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

Dr. Eduardo Pretell

**International Pediatric Association
Asociación Internacional de Pediatría**

Dr. Sergio Augusto Cabral

**International Special Dietary Foods Industries
Federación Internacional de Industrias de Alimentos Dietéticos**

Ms. Jackie Keith

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

International Federation of Medical Student's Associations
Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina

Ms. Stéphanie Forté
Mr. Diego Lim

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

Ms. Cinthya Ramirez
Mr. Richard Kjeldgaard
Ms. Karen Hauda
Ms. Corry Jacobs
Ms. Maria C. García
Mr. Michael Rush
Ms. Jennifer Young
Ms. Laura Efros
Mr. Thomas Bombelles

International Planned Parenthood Federation
Federación Internacional de Planificación de la Familia

Dr. Ilka Maria Rondinelli

Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Dr. Juan Larzabal

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

US Pharmacopeia

Dr. Roger Williams
Mr. Ed Zhao
Dr. Damian Cairatti

World Federation of Hemophilia
Federación Mundial de Hemofilia

Mrs. Luisa Durante
Dr. Bruce L. Evatt

World Self-Medication Industry
Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Lic. Héctor Bolaños

OTHER INVITED ORGANIZATIONS/OTRAS ORGANIZACIONES
INVITADAS

Association of American Veterinary Medical Colleges

Dr. Primo Arámbulo
Dr. Michael Chaddock
Ms. Marguerite Pappaioandu

**OTHER INVITED ORGANIZATIONS/OTRAS ORGANIZACIONES
INVITADAS (cont.)**

Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas

Dr. Mauricio Sauerbrey

Rotary International in the Safe Blood of the Americas Program

Dr. Elena Tscherny

SPECIAL GUESTS/INVITADOS ESPECIALES

Ing. Maureen Ballesteros
Vicepresidenta, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Dra. María Fernanda Espinoza
Embajadora de Ecuador ante las Naciones Unidas

Sir Michael Marmot
Chair, Commission on Social Determinants of Health

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

Dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Mr. Ian Smith
Advisor to the Director-General

Dr. Andreas Ullrich
Medical Officer, Programme in Cancer

WORLD HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (cont.)

Dr. Elizabeth Mason
Director FCH/CAH

Dr. Jorge Bermudez
Executive Secretary UNITAID

Dr. Kazuyo Ichimori
HTM/NTD

Dr. Janis Lazdins-Helds
Acting Coordinator, CDS/TDR/PDE

Dr. Douglas Bettcher
Director, a.i., Tobacco Free Initiative

Dr. Haik Nikogosian
Head of the Convention Secretariat
WHO Framework Convention on Tobacco Control

Dr. Win Van Lerberghe
Cluster of Health Systems and Services

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Director and Secretary ex officio of the Conference
Directora y Secretaria ex officio de la Conferencia

Dr. Mirta Roses Periago

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

Advisers to the Director
Asesores de la Directora

Dr. Cristina Beato
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

- - -