



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



51.º CONSEJO DIRECTIVO

63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

CD51/FR (Esp.)
30 de septiembre del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

Página

Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día.....	7
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	7
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo.....	12
Asuntos relativos a la política de los programas	
Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013.....	12
Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana.....	16
Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático.....	18
Plan de acción sobre la seguridad vial.....	20
Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.....	22
Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.....	24
Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia.....	25
Estrategia y Plan de acción sobre la malaria.....	27
Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.....	29
Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>	34
Panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva.....	37
Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos.....	41
Asuntos Administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	43
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al año 2010.....	45

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos Administrativos y financieros (cont.)

Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015.....	47
Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	49

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	49
--	----

Premios

Premio OPS en Administración, 2011	49
Premio Abraham Horwitz a la excelencia en liderazgo en la salud pública interamericana, 2011	50
Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética, 2011	50
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal, 2011	51
Otros premios conjuntos de la OPS y PAHEF.....	51

Asuntos de información general

Consulta regional sobre la reforma de la OMS.....	52
Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	56
Informe sobre la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles	57
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	60
A) Inmunización: retos y perspectivas;	60
B) Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	60
C) Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	60
D) Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.....	60
E) Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas.....	60
F) Situación de los Centros Panamericanos	60
G) Iniciativa regional y Plan de acción para la Seguridad Transfusional 2006-2010: Evaluación final.....	65

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros.....	66
A) Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS).....	66
B) Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	68
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS.....	68
A) 64. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	68
B) Cuadragésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos	68
C) Organizaciones subregionales	68
Otros asuntos	69
Clausura de la sesión.....	70

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

CD51.R1	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Argentina, Guatemala y Haití.....	71
CD51.R2	Elección de dos Miembros para Integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	71
CD51.R3	Nombramiento del Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para los bienios 2012-2013 y 2014-2015.....	72
CD51.R4	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana	73
CD51.R5	Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>	76
CD51.R6	Plan de acción de seguridad vial.....	80
CD51.R7	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.....	82
CD51.R8	Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia	84
CD51.R9	Estrategia y plan de acción sobre la malaria.....	87

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CD51.R10	Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013	89
CD51.R11,	Contribuciones señaladas de los Estados Miembros,	
Rev. 1	Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2012-2013.....	93
CD51.R12	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.....	96
CD51.R13	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	98
CD51.R14	Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.....	99
CD51.R15	Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático.....	101

Decisiones

Decisión CD51(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales	104
Decisión CD51(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva	104
Decisión CD51(D3)	Establecimiento de la Comisión General.....	104
Decisión CD51(D4)	Adopción del orden del día.....	104

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 63.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., del 26 al 30 de septiembre del 2011. El Consejo aprobó 15 resoluciones y cuatro decisiones, que se encuentran al final de este informe. El orden del día y la lista de participantes figuran en los anexos A y C, respectivamente.

2. El Licenciado y Maestro Salomón Chertorivsky Woldenberg (México, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), la señora Kei Kawabata (Gerente del Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo), el embajador Albert R. Ramdin (Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos), la Excm. Sra. Kathleen Sebelius (Secretaria de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, país anfitrión), la doctora Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud) y el señor Chertorivsky Woldenberg. El texto de los discursos se encuentra en la página web del 51.º Consejo Directivo.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Antigua y Barbuda, Canadá y Honduras para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD51[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CD51[D2]) :

¹ Se puede consultar el sitio web del 51.º Consejo Directivo en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=es_

<i>Presidencia:</i>	Panamá	(Dr. Franklin Vergara Jaén)
<i>Vicepresidencia:</i>	Bahamas	(Excmo. Sr. Hubert Alexander Minnis)
<i>Vicepresidencia:</i>	Uruguay	(Dr. Jorge Venegas)
Relatoría:	Bolivia	(Dra. Nila Heredia)

5. Debido a que la Delegada de Bolivia se vio obligada a regresar a su país poco después de la apertura de la sesión, Argentina (representada por el licenciado Sebastián Tobar) fue designada para ocupar la relatoría *pro tempore* durante el resto de la sesión.

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

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

7. El Presidente anunció que no sería necesario establecer un grupo de trabajo, ya que ningún Estado Miembro estaba sometido a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas, párrafos 140 a 146 del presente documento).

Establecimiento de la Comisión General

8. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Cuba, Guatemala y Estados Unidos de América para integrar la Comisión General, junto con el Presidente del Consejo, los dos Vicepresidentes y el Relator (decisión CD51[D3]).

Adopción del orden del día (documento CD51/1, Rev. 1)

9. El Consejo adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CD51/1, Rev. 1, con una modificación: el punto 8.1, “Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS”, fue suprimido puesto que esos documentos ya habían sido aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2011 (decisión CD51[D4]). El Consejo también aprobó el programa de reuniones (documento CD51/WP/1, Rev. 1).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD51/2)

10. El doctor St. Clair Thomas (San Vicente y las Granadinas, Presidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y su

Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2010 y septiembre del 2011, destacando los temas que el Comité había examinado pero que no se habían sometido a la consideración del 51.º Consejo Directivo, y señaló que informaría sobre otros temas a medida que fueran abordados por el Consejo. Entre los temas que no se habían sometido a la consideración del Consejo se encontraban el de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS, el Informe Anual de la Oficina de Ética, el Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, el Informe del Comité de Auditoría de la OPS, un informe sobre el estado de los proyectos financiados con recursos de la Cuenta Especial, las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP y la intervención de un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS. Los detalles de las deliberaciones y las medidas tomadas acerca de estos asuntos constan en el informe final de la 148.ª sesión del Comité Ejecutivo (documento CE148/FR).

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

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD51/3)

12. Tras la proyección de un video que proporcionó un panorama del trabajo de la Organización durante el año anterior, la Directora presentó su Informe Anual, cuyo tema fue “La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción”, en el que destacó algunas de las maneras en que la cooperación técnica de la OPS había apoyado la labor de los países para alcanzar los Objetivos. Observó que, aunque la Región en conjunto estaba bien encaminada hacia la consecución de la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, incluidos aquellos referidos al hambre, la mortalidad de menores de 5 años, el agua y el saneamiento, el progreso había sido desigual entre los países y dentro de ellos, y en casi todos los países había poblaciones vulnerables que no se habían beneficiado plenamente del progreso nacional en la consecución de los Objetivos. La necesidad de centrarse en esas poblaciones había sido un principio fundamental de la cooperación técnica de la OPS. La iniciativa “Rostros, voces y lugares” de la Organización había procurado convertir los ODM en realidad en la vida cotidiana de tales poblaciones.

13. La cooperación de la OPS con respecto a las metas del ODM 1 relacionadas con el hambre había incluido el fortalecimiento de la vigilancia, la detección y el tratamiento de la desnutrición; la promoción de la lactancia materna; el apoyo de la administración de suplementos de micronutrientes y la fortificación de alimentos; y la cooperación interinstitucional en intervenciones multisectoriales basadas en datos probatorios para abordar las causas de la desnutrición. El trabajo para contribuir al logro del ODM 4 (reducir la mortalidad de los menores de 5 años) se había llevado a cabo en el marco de la “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”, aprobados por el 48.º Consejo Directivo en el 2008. La vacunación había sido un factor clave para el éxito de la Región con respecto a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, de la OPS, había destinado casi \$723 millones² a la compra de vacunas e insumos para la vacunación en nombre de los países y territorios de la Región, muchos de los cuales habían introducido nuevas vacunas infantiles en sus programas de vacunación durante el 2010-2011, con el apoyo de la OPS y la Alianza GAVI. Durante la Semana de Vacunación en las Américas se había vacunado a 41 millones de personas.

14. La cooperación técnica para reducir la mortalidad materna (ODM 5) había abarcado desde protocolos y capacitación en materia de atención obstétrica para apoyar la vigilancia, la reorganización de los servicios de salud y la promoción de la causa de los derechos de los usuarios de servicios de salud hasta la atención integral y de buena calidad en el campo de la salud sexual y reproductiva. La OPS también había apoyado la acción para reducir la mortalidad materna en las mujeres indígenas. Con respecto al ODM 6 (combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades), el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, de la OPS (el “Fondo Estratégico”), había proporcionado apoyo decisivo entre junio del 2010 y junio del 2011 para la ampliación de la cobertura del tratamiento antirretrovírico, lo cual permitió a los países adquirir suficientes medicamentos para tratar a alrededor de 30.000 personas infectadas por el VIH. Como parte de la acción realizada en el marco de la “Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita”, se había proporcionado apoyo para intervenciones de prevención y control, la mejora de los servicios de salud, una mayor colaboración con otros organismos y sectores y con la comunidad, y la mejora de la recopilación y el análisis de datos.

15. La Organización había seguido colaborando con la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) en la lucha contra la malaria por medio de la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos y la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía. En consecuencia, los casos de malaria habían disminuido el 52%, y las muertes, el 69%, desde el 2000. A fin de combatir la tuberculosis, la OPS había brindado apoyo al fortalecimiento de los laboratorios y a las intervenciones para abordar los determinantes sociales de la enfermedad.

16. Con respecto al ODM 7 (garantizar la sostenibilidad del medio ambiente), se había procurado ampliar el acceso al agua potable y el saneamiento, y reducir las disparidades en lo que se refiere al acceso a estos servicios entre las zonas urbanas y rurales. Gran parte de ese trabajo se había centrado en la salubridad del agua y en la

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

formulación de normas basadas en datos probatorios con fines regulatorios, la formulación de planes y programas de vigilancia y seguimiento de la calidad del agua, y la formación de capacidad en el ámbito de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por el agua. La Organización también había proporcionado cooperación técnica en el área del cambio climático y la salud.

17. En cuanto al ODM 8 (fomentar una alianza mundial para desarrollo), la OPS estaba participando en varias alianzas regionales encaminadas a acelerar el progreso en la consecución de los ODM, entre ellas la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, la Alianza de Salud Neonatal para América Latina y el Caribe y el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. También estaba trabajando con otros organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales de desarrollo y colaboradores no gubernamentales.

18. La Directora invitó a los Estados Miembros a examinar el capítulo 3 de su informe, en el cual se presentaba un análisis minucioso de las enseñanzas extraídas durante el decenio anterior del trabajo en relación con los ODM y se abordaban los retos que quedaban pendientes para antes y después del 2015. Entre esas enseñanzas se encontraban la necesidad de adaptar las metas y los indicadores a fin de que fuesen más válidos en el contexto regional, la necesidad urgente de crear capital humano a nivel local y la importancia de una segunda generación de ODM que abordaran otros problemas tales como las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades tropicales desatendidas, la seguridad pública, la justicia y los derechos humanos. La Directora subrayó la importancia de aplicar las enseñanzas extraídas para afianzar los avances realizados hasta ese momento y procurar que se mantuvieran después del 2015. Sobre todo, la Región debía lograr que la visión de los ODM permaneciera eviva e inspirara un esfuerzo redoblado para procurar que los beneficios de la salud y el desarrollo llegaran a todos los habitantes de la Región de las Américas.

19. El Consejo Directivo agradeció a la Directora su informe tan completo y recibió con beneplácito el progreso realizado en la consecución de los ODM relacionados con la salud. Al mismo tiempo, reconoció que todavía quedaba mucho trabajo por delante para alcanzar los Objetivos en todas las zonas geográficas y en todos los grupos demográficos, y subrayó la necesidad de un compromiso sostenido y una acción concertada con ese fin. Se instó a la OPS a que continuara trabajando para ayudar a los Estados Miembros a fortalecer sus sistemas de información sanitaria y comunicaciones a fin de indicar las áreas en las cuales el progreso había sido limitado y reducir las inequidades en la situación sanitaria. En ese sentido, el proyecto de estrategia y plan de acción sobre *eSalud* (véanse los párrafos 107 a 116) tuvo una acogida favorable. También se recomendó que continuara la labor para fortalecer los sistemas de salud y reforzar los servicios de atención primaria. Se subrayó la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud y de que estos servicios respondieran mejor a las necesidades de los grupos vulnerables, alejados y subatendidos. Varios delegados hicieron hincapié en la conexión entre la

pobreza y la malnutrición, que abarca tanto la desnutrición como la obesidad, y manifestaron la necesidad de contar con políticas y programas encaminados a lograr la seguridad alimentaria y nutricional. Se instó a la OPS a que redoblara sus esfuerzos para promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

20. Numerosos delegados subrayaron la necesidad de una acción multidisciplinaria e intersectorial para abordar los determinantes sociales y económicos que obstaculizaban la plena consecución de los ODM. Se puso de relieve asimismo la importancia de la solidaridad regional y mundial, la cooperación y el intercambio de experiencias entre países, y el multilateralismo. Los delegados reafirmaron su apoyo al trabajo de la OPS y agradecieron el apoyo brindado por la Organización a sus países en la acción para alcanzar los ODM relacionados con la salud. Se destacó en particular la contribución del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas al fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación y su ayuda a los países para afrontar las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

21. Se subrayó la necesidad de intensificar la acción con el propósito de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna, y se expresó un apoyo decidido al proyecto de “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave” (véanse los párrafos 90 a 106). Se señaló que la mayoría de las muertes maternas podían evitarse garantizando el acceso de las mujeres a servicios de salud de buena calidad y a atención obstétrica de urgencia, y ofreciendo atención obstétrica gratuita. También se señaló que muchas muertes de lactantes y niños pequeños eran prevenibles, y se manifestó la necesidad de prestar más atención a la prevención de accidentes y a problemas tales como el síndrome de muerte súbita del lactante. Se consideró que la vacunación era una de las maneras más eficaces de evitar las muertes en la niñez y se instó a los Estados Miembros a que incorporaran las vacunas nuevas, como las antineumocócicas y las antirrotavíricas, en sus planes de vacunación. Se informó que, en un país, la introducción de esta última vacuna había llevado a una disminución del 41% en las defunciones de niños por enfermedades diarreicas. Se instó asimismo a los Estados Miembros a que apoyaran la aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño con el propósito de vigilar y evaluar el progreso en la mejora de los resultados en materia de salud para las mujeres y los niños.

22. Se señaló la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles como un área que requería una acción concertada, tanto de inmediato como después del 2015. Los delegados subrayaron la necesidad de mantener el impulso generado por la reciente reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el tema (véanse los párrafos 200 a 212). Se elogió el liderazgo de la OPS en los preparativos para esa reunión.

23. Varios delegados subrayaron la importancia del proceso de reforma de la OMS en marcha en esos momentos. La Delegada de Paraguay, secundada por el Delegado de Brasil, hizo una declaración sobre el tema en nombre de los países miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) (el contenido de esa declaración se refleja en el resumen de las deliberaciones del Consejo sobre la reforma de la OMS, que figura en los párrafos 180 a 194). El Delegado de Brasil invitó a todos los Estados Miembros a participar en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que se celebraría en Rio de Janeiro del 19 al 21 de octubre del 2011.

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

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo (documento CD51/4)

25. El Consejo eligió a Brasil, Chile y El Salvador para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de Argentina, Guatemala y Haití, cuyos mandatos habían llegado a su fin.

26. El Consejo aprobó la resolución CD51.R1, en virtud de la cual se declaró elegidos a Brasil, Chile y El Salvador para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años, y se agradeció a Argentina, Guatemala y Haití los servicios prestados.

Asuntos relativos a la política de los programas

Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (Documento Oficial 338; Add. I; Add. II, Rev. 1; Add. III; y Add. IV)

27. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había tratado de forma extensa el proyecto de programa y presupuesto durante su 148.^a sesión y posteriormente en una reunión virtual. El proyecto de presupuesto inicial examinado por el Comité no requería un aumento del presupuesto general, que habría permanecido en el mismo nivel del 2010-2011, es decir, \$642,9 millones. El Comité había considerado tres escenarios de financiamiento: el escenario A, que requería un aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas para sufragar los costos inflacionarios y reglamentarios ya incurridos durante el bienio 2010-2011; el escenario B, que requería un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas; y el escenario C, que requería un crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas. En todos los escenarios se preveía una disminución considerable de las contribuciones voluntarias y los ingresos varios.

28. El escenario A se había considerado poco realista en el clima económico actual. Algunas delegaciones habían apoyado el escenario C, señalando que sus países estaban tratando de superar graves limitaciones financieras, razón por la cual resultaría difícil o incluso imposible obtener aprobación a nivel nacional para un aumento de las contribuciones señaladas de sus gobiernos a la OPS. Otras delegaciones habían apoyado

el escenario B, señalando que el escenario C llevaría a una reducción drástica del presupuesto para cooperación técnica de la Organización y le impediría alcanzar muchos de los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico 2008-2013. En vista de la falta de consenso en cuanto al escenario que debía recomendarse al Consejo Directivo, el Comité había pedido a la Oficina que presentara otro escenario que no requiriera un aumento de 6,7% en las contribuciones de los Estados Miembros, pero que no implicara las grandes reducciones del presupuesto no asignado a puestos que se producirían con un escenario basado en un crecimiento nominal cero.

29. Posteriormente, la Oficina había presentado el escenario D, que inicialmente requería un aumento de 4,5% en las contribuciones de los Estados Miembros y una reducción de 28,25% en la parte del presupuesto no asignada a puestos, a diferencia de una reducción de 23,7% con el escenario B y de 37,8% con el escenario C. El presupuesto ordinario en el escenario D ascendería a \$290,5 millones en total, en comparación con \$294,5 millones en el escenario B y \$282,1 millones en el escenario C. La parte del presupuesto asignada a puestos ascendería a \$222,5 millones en los tres escenarios, mientras que la parte no asignada a puestos sería de \$67 millones en el escenario B, \$54,6 millones en el escenario C y \$63 millones en el escenario D. Varios delegados habían apoyado el escenario D, considerándolo como una buena fórmula conciliatoria entre el escenario B y un crecimiento nominal cero. Los delegados que habían apoyado el escenario C en las deliberaciones anteriores seguían estando a favor de un crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas. Se había señalado que, en los cuatro escenarios, todo aumento de las contribuciones señaladas se asignaría a la parte del presupuesto correspondiente a puestos, la cual aumentaría el 14,5% en todos los escenarios, mientras que el presupuesto para actividades de cooperación técnica disminuiría. El Comité había instado a la Oficina a que buscara formas de redistribuir los fondos entre ambos componentes y le había pedido que formulara opciones diferentes de los escenarios B, C y D que requirieran un aumento más pequeño del componente de puestos.

30. Esos escenarios diferentes se habían tratado varias semanas después en una reunión virtual. La Oficina había modificado los escenarios C y D, que todavía seguían en consideración, mientras que los escenarios A y B habían sido descartados, y había preparado un proyecto de presupuesto revisado basado en el escenario D (que figura en el *Documento Oficial 338* y el *Add. I*). En el escenario D modificado, el presupuesto ascendería a \$626,7 millones en total, cifra que representaba una reducción de 2,5%, o sea, \$16,2 millones, con respecto al presupuesto del 2010-2011. El componente de puestos de plazo fijo representaría el 40%, y el componente no asignado a puestos, el 60%. El presupuesto ordinario permanecería invariable, en \$287,1 millones. Sin embargo, a fin de mantener el presupuesto ordinario en ese nivel, se necesitaría un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros con objeto de compensar la disminución prevista de \$8 millones en los ingresos varios.

31. Tras un largo debate, el Comité había decidido aprobar la resolución CE148.R16, mediante la cual se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el proyecto de programa y presupuesto sobre la base del escenario D modificado, que había recibido apoyo de la mayoría de los miembros del Comité. Sin embargo, a petición de uno de sus miembros, el Comité también había decidido pedir a la Oficina que preparara otro escenario que pudiera examinarse en el Consejo Directivo, en el cual el aumento propuesto de las contribuciones señaladas fuese de 2,15%; es decir, la mitad del aumento de 4,3% propuesto en el escenario D modificado. Por consiguiente, la Oficina había formulado el escenario E (que figura en el *Documento Oficial 338, Add. II, Rev. 1*). El Comité también había aprobado la resolución CE148.R17, mediante la cual recomendaba que el Consejo Directivo estableciera las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados sobre la base del escenario D modificado. El informe final de la 148.^a sesión del Comité (documento CE148/FR) contiene información más detallada sobre las deliberaciones acerca del presupuesto.

32. El Consejo Directivo agradeció al Comité Ejecutivo su consideración cuidadosa del proyecto de presupuesto y agradeció a la Oficina su arduo trabajo de elaboración de los diversos escenarios. Los delegados elogiaron la minuciosidad y la transparencia evidentes en el proyecto de presupuesto, así como los esfuerzos de la Oficina para contener los costos y aumentar la eficiencia y la productividad. También reconocieron los retos financieros que la OPS enfrentaba como consecuencia del aumento de los costos de los puestos y las reducciones previstas de las contribuciones voluntarias y los ingresos varios, y reconocieron que los escenarios C, D y E implicarían grandes reducciones de la parte del presupuesto no asignada a puestos, lo cual disminuiría la capacidad de la Organización para proporcionar cooperación técnica y alcanzar los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico 2008-2013.

33. No obstante, al mismo tiempo que reafirmaron su apoyo decidido al trabajo de la OPS y reconocieron la validez de la justificación presentada por la Oficina para el aumento solicitado de las contribuciones, numerosos delegados dijeron que sus gobiernos no podrían aceptar un aumento de 4,3% en sus contribuciones a la Organización, como se preveía en el escenario D. Muchos observaron que, igual que la OPS, sus países se enfrentaban con graves limitaciones financieras y se habían visto obligados a imponer medidas de austeridad, entre ellas el redimensionamiento o la eliminación de programas, reducciones de los gastos y la congelación de sueldos en el sector público. Varios señalaron que sus contribuciones señaladas habían aumentado durante dos bienios consecutivos, y en algunos casos aumentarían nuevamente el bienio siguiente, incluso en un escenario de crecimiento nominal cero, como consecuencia de la revisión más reciente de la escala de cuotas de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en la cual se basaba la escala de la OPS.

34. Entre los Estados Miembros y los Estados Participantes que se oponían al escenario D, cuatro estaban a favor del escenario C y cinco apoyaban el escenario E. Este último grupo consideraba que el escenario E representaba una fórmula conciliatoria justa entre los escenarios C y D, en la cual la Oficina y los Estados Miembros compartirían la responsabilidad de cubrir el déficit de ingresos varios y se lograría un equilibrio equitativo entre las limitaciones financieras que enfrentaban muchos Estados Miembros y las repercusiones que la reducción del financiamiento tendría en programas y actividades de la OPS. Varios delegados destacaron la necesidad de una mayor cooperación entre los países a fin de compensar la reducción de la capacidad de cooperación técnica de la OPS. También se subrayó la importancia de que la Región recibiera su asignación completa de fondos ordinarios y voluntarios de la OMS.

35. Todos los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y otros ocho Estados Miembros apoyaron el escenario D. Algunos delegados observaron que un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas representaría una carga para su gobierno, pero en aras de la solidaridad y el panamericanismo estaban dispuestos a hacer ese sacrificio. El Delegado de Barbados apeló al Consejo para que considerara debidamente las repercusiones que una reducción de la capacidad de cooperación técnica de la OPS tendría en los países pequeños con economías vulnerables en el Caribe.

36. En vista de la falta de acuerdo con respecto al escenario que debía apoyarse, el Consejo decidió formar un grupo de trabajo integrado por Argentina, Brasil, Colombia, Dominica en nombre de CARICOM, México, Panamá y Estados Unidos a fin de llegar a un consenso.

37. El doctor David Johnson (Dominica) informó posteriormente que Paraguay también se había incorporado al grupo de trabajo, el cual había celebrado tres reuniones. El grupo había considerado primero los escenarios D y E, pero no había llegado a un consenso sobre ninguno de los dos. Luego se había propuesto considerar un punto medio entre ambos escenarios, y el grupo de trabajo había pedido a la Oficina que preparara un posible escenario F, que requeriría un aumento de 3,2% en las contribuciones señaladas. Al cabo de más deliberaciones y consultas con sus respectivos gobiernos, los miembros del grupo de trabajo habían decidido por unanimidad recomendar que el Consejo adoptara un proyecto de presupuesto revisado basado en el escenario F, en el cual el presupuesto ascendería a \$613,4 millones (cifra que representaba una disminución de 4,6% con respecto al bienio 2010-2011), el presupuesto ordinario sería de \$285,1 millones (o sea, disminuiría el 0,7%) y no se alcanzarían 12% de las metas del Plan Estratégico. El grupo de trabajo había hecho hincapié en que la aprobación de un aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros no significaba darle carta blanca a la OPS y que la Oficina tendría que indicar las áreas en las cuales pudieran reducirse aún más los gastos de administración a fin de que pudieran alcanzarse más objetivos del Plan Estratégico.

38. El Consejo aceptó la recomendación del grupo de trabajo sin más observaciones y aprobó las resoluciones CD51.R10 y CD51.R11, Rev.1, mediante las cuales aprobó el programa de trabajo para la Oficina que se describe en el *Documento Oficial 338* y el Add. IV y estableció las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados sobre la base del escenario F.

39. La Directora agradeció a los Estados Miembros la confianza que habían depositado en el personal de la Organización y su compromiso con la obtención del consenso en un verdadero espíritu de colaboración y solidaridad. Aseguró al Consejo que el personal valoraba la confianza y la responsabilidad que le habían conferido y haría todo lo posible para que los fondos, que tanto trabajo había costado obtener, se utilizaran de forma tal que redundaran en el mayor beneficio posible para la salud de todos los pueblos de la Región de las Américas.

Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana (documento CD51/5)

40. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) recordó que el proyecto de estrategia y plan de acción sobre la salud urbana había sido preparado con la finalidad de responder al pedido de los ministros de salud que habían participado en la mesa redonda sobre la salud urbana realizada en ocasión del 50.º Consejo Directivo en el 2010 y había sido sometido a la consideración del Comité Ejecutivo en su 148.ª sesión. El Comité había recibido con beneplácito la estrategia y el plan de acción, subrayando la importancia del asunto y reconociendo que los modelos actuales de urbanización a menudo desincentivaban el comportamiento saludable y contribuían a problemas de salud pública y a tasas más elevadas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las poblaciones urbanas. También se había subrayado la necesidad de una acción interprogramática e intersectorial a fin de abordar los determinantes de la salud urbana. El Comité había propuesto varias modificaciones encaminadas a mejorar la claridad de la estrategia y el plan de acción (el informe final de la 148.ª sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información detallada) y, posteriormente, había aprobado la resolución CE148.R10, mediante la cual recomendaba que el Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción tras su revisión por la Oficina teniendo en cuenta las indicaciones del Comité.

41. El Consejo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción. Se señaló que la urbanización a menudo había sobrepasado la capacidad de los gobiernos para planificar, construir y mantener infraestructura, sistemas de transporte y otros elementos del desarrollo urbano. Por otro lado, la planificación inadecuada y la falta de infraestructura esencial habían llevado a condiciones de vida insalubres, como viviendas de mala calidad, contaminación ambiental, violencia y traumatismos, tasas elevadas de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles y accidentes de tránsito. Se consideró que la estrategia y el plan de acción ayudarían a abordar esos problemas, lo que

a su vez contribuiría además a abordar la epidemia cada vez mayor de las enfermedades crónicas no transmisibles.

42. Los delegados agradecieron las modificaciones de la estrategia y el plan de acción que se habían hecho por indicación del Comité Ejecutivo y propusieron varias mejoras más. En particular, se sugirió que se modificaran la estrategia y el plan de acción a fin de tener en cuenta los resultados de la reciente reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles (véanse los párrafos 200 a 212). Además, se expresó la opinión de que era necesario aclarar algunas partes del texto, entre ellas la referencia a “la gestión territorial de los determinantes sociales” en relación con la actividad 1.1 y la frase “los factores protectores de las poblaciones urbanas” en relación con la actividad 2.3. También se sugirió trasladar la frase “en sinergia con las actividades del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario” al comienzo del párrafo de la actividad 5.2 a fin de transmitir más claramente la idea de que los mecanismos regionales previstos en relación con esta actividad funcionarían de manera coordinada con el centro de la OMS. Se subrayó la necesidad de que hubiera coordinación y sinergia entre los diversos organismos del sistema de las Naciones Unidas que estaban abordando los problemas de la salud urbana.

43. También se propuso incluir en el plan de acción actividades para prevenir el consumo nocivo de alcohol y drogas en entornos urbanos, vincular el plan a la estrategia de seguridad vial y mencionar la necesidad de mejorar los sistemas de salud a fin de que fuesen accesibles para todos los ciudadanos. Asimismo, en el plan de acción se debía señalar la necesidad de un enfoque multicultural a fin de responder de manera apropiada a los flujos de migrantes de diversos tipos en las ciudades. Se señaló que la aglomeración urbana y la tendencia de las personas a alejarse de los centros urbanos y asentarse en los suburbios estaban aumentando en algunos países y que, por consiguiente, se necesitaban medidas para revitalizar los centros urbanos.

44. El énfasis de la estrategia en la evaluación de los efectos sanitarios, el enfoque de la sociedad en su totalidad y la mejora del seguimiento tuvieron una buena acogida, y se solicitó la asistencia técnica de la OPS para el trabajo en esas áreas. Los delegados subrayaron que la participación a nivel de la comunidad sería esencial para que las personas afectadas directamente por la estrategia y el plan de acción tuvieran parte en su éxito. Se señaló que sería conveniente elaborar estrategias de comunicación y concientización orientadas a administradores municipales, alcaldes y gobernadores a fin de que se diera prioridad a la salud urbana en la agenda política local.

45. Se subrayó que los sistemas de vigilancia debían abarcar una amplia gama de determinantes e indicadores relacionados con la salud urbana, entre ellos la situación socioeconómica, la situación migratoria, la raza, el grupo étnico, las poblaciones indígenas, la falta de vivienda y la situación habitacional. También se propuso que, en el proyecto de resolución sobre este tema, se instara a los Estados Miembros a que

impulsaran proyectos de promoción de la salud y desarrollo sostenible en las comunidades vulnerables y a que fomentaran la participación social y la acción intersectorial.

46. Varios delegados describieron las actividades que se estaban llevando a cabo en sus países con miras a mejorar las condiciones de salud en las zonas urbanas. Entre ellas se encontraban la creación y el mantenimiento de espacios verdes y áreas peatonales en las zonas urbanas, lo cual, junto con la disponibilidad de lugares seguros para realizar actividades físicas, también mejoraba la estética de las ciudades, redundando en beneficios para la industria del turismo en el país. Otras actividades consistían en medidas encaminadas a mejorar la seguridad personal en las zonas urbanas, mejoras del sistema de transporte público, programas para promover modos de vida saludables y desincentivar el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, iniciativas de seguridad vial y el mantenimiento de normas rigurosas en materia de inocuidad de los alimentos, medio ambiente, saneamiento y control de vectores.

47. Se señaló que algunos de los requisitos del plan de acción relativos a la presentación de informes deberían ser flexibles a fin de que los países con una estructura federal o descentralizada pudieran cumplirlos. También se señaló que la ejecución de las actividades previstas en este plan de acción y otras consideradas por el Consejo se vería afectada por la disponibilidad de recursos.

48. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) dijo que había prestado suma atención a las indicaciones del Consejo para mejorar la estrategia y el plan de acción, y que estaba totalmente de acuerdo en que dichas indicaciones estaban estrechamente relacionadas con aquellas relativas al consumo nocivo de alcohol, la seguridad vial y otros asuntos, razón por la cual se debería adoptar un enfoque interprogramático integrado para ponerlas en práctica. Sin embargo, los problemas específicos que debían abordarse en las diversas áreas diferían, igual que los interesados directos, de modo que era aconsejable tener estrategias y planes de acción separados para cada uno de estos temas. También estaba de acuerdo en que el trabajo para mejorar la salud urbana sin duda repercutiría en el control de las enfermedades no transmisibles y dijo que se modificaría el documento a fin de incorporar las conclusiones de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas.

49. El Consejo aprobó la resolución CD51.R4, mediante la cual se respaldó la estrategia y se aprobó el plan de acción modificado teniendo en cuenta las sugerencias de los Estados Miembros.

Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático (documento CD51/6, Rev. 1)

50. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había apoyado la estrategia y plan de acción sobre el cambio climático, pero

había señalado varias áreas en las cuales podrían fortalecerse. El Comité había recomendado, entre otras cosas, que se hiciera más hincapié en la continuación del trabajo en el marco de las alianzas existentes en vez de crear otras nuevas y había sugerido que algunas de las actividades previstas en el plan de acción se ampliaran y que otras tuvieran un alcance más limitado. Además, el Comité había recomendado que se hiciera más explícita la vinculación entre la estrategia y plan de acción y el trabajo de la Organización en las áreas de la salud urbana y el desarrollo sostenible. También se había señalado que en la estrategia y plan de acción no había un equilibrio adecuado entre los importantes conceptos de la adaptación y la mitigación, y se había señalado que un aspecto aun más importante del debate sobre el cambio climático —el de las “responsabilidades comunes pero diferenciadas”— no se había abordado en absoluto. El Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE148.R2, mediante la cual recomendaba que el Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción una vez modificados teniendo en cuenta los cambios y las incorporaciones indicados por el Comité.

51. El Consejo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción. Los delegados subrayaron que la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos, así como sus aspectos sanitarios, requerirían un enfoque multisectorial con la participación no solo del ministerio de salud, sino también de los ministerios de medio ambiente, educación y agricultura y ganadería, entre otros, así como de la sociedad civil y el sector privado. Se señaló, sin embargo, que, por el momento, en las deliberaciones sobre el cambio climático no se habían tenido en cuenta debidamente las preocupaciones de índole sanitaria y se recomendó que el sector de la salud se esforzara más para que los interesados directos tomaran conciencia de esas inquietudes. También se hizo hincapié en que la respuesta a los efectos del cambio climático en la salud dependería de las circunstancias de cada país y podría abarcar una variedad de medidas, entre ellas el establecimiento de un sistema de alerta anticipada de riesgos para la salud provocados por el clima mediante la vigilancia de datos meteorológicos y de la calidad del aire y del agua, la capacitación del personal de salud para que las intervenciones de control de vectores se centraran más en los aspectos temporales y espaciales en respuesta a indicaciones de alerta temprana o la realización de campañas comunitarias de educación sobre salud pública acerca del control de vectores.

52. Se señaló que, como los efectos del cambio climático en la salud diferirían según la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y otros factores, los planes de acción para la mitigación y adaptación deberían adaptarse a circunstancias particulares, teniendo en cuenta las necesidades y prioridades locales. También se consideró importante vincular el trabajo en el área del cambio climático con el trabajo en los ámbitos de la salud urbana y el desarrollo sostenible.

53. Varios delegados describieron las medidas que estaban tomando sus gobiernos para combatir los efectos del cambio climático en la salud y dijeron que estaban

dispuestos a intercambiar información y prácticas óptimas con otros países. Aunque se señaló que los fenómenos del cambio climático variaban de un país a otro, sus repercusiones se consideraban negativas en todo el mundo. En algunos países, los efectos del cambio climático estaban causando desplazamientos de poblaciones, con las consecuencias adversas para la salud que tal migración implicaba; en otros estaban causando daños a los hospitales y otros establecimientos de salud. Se informó que en algunos países los efectos del cambio climático también estaban llevando a una disminución de la producción agropecuaria, lo cual daba lugar a hambrunas y agravaba los problemas de salud. Varios delegados señalaron que el cambio climático podría conducir a una mayor incidencia de enfermedades de transmisión vectorial, como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria.

54. El Consejo agradeció las modificaciones hechas a la estrategia y el plan de acción tras su examen por el Comité Ejecutivo. Al mismo tiempo, se señaló que había margen para mejoras: en particular, se consideró que las referencias a los derechos humanos en relación con el cambio climático que figuraban en el párrafo 11 del documento CD51/6 no eran apropiadas, ya que la OPS no era un organismo especializado en derechos humanos y la relación entre los derechos humanos y el cambio climático estaba abordándose en foros más apropiados, como el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

55. Con respecto al proyecto de resolución sobre este asunto, un delegado sugirió que en varios lugares el cambio climático debía describirse como una amenaza “potencial” para la salud, ya que, si bien el cambio climático en sí era indudablemente un fenómeno real, todavía no se conocían los efectos que tendría en la salud. Otros delegados difirieron, subrayando que el cambio climático no era una amenaza potencial sino una amenaza existente para la salud. Al cabo de las deliberaciones de un grupo de trabajo integrado por Brasil, Colombia, México, Estados Unidos y la Mesa Directiva del Consejo, se convino en reemplazar “potencial” con “actual y prevista”.

56. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) agradeció a los delegados sus observaciones e indicaciones, que ayudarían a enriquecer no solo la estrategia y plan de acción sino también los aportes que la Oficina efectuaría, junto con la CEPAL, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible Rio + 20 en el 2012.

57. El Consejo aprobó la resolución CD51.R15, tal como había sido modificada por el grupo de trabajo, mediante la cual se respaldó la estrategia y se aprobó el plan de acción.

Plan de acción sobre la seguridad vial (documento CD51/7, Rev. 1)

58. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había apoyado firmemente el proyecto de plan de acción sobre la seguridad vial,

subrayando que el sector de la salud debía trabajar en cooperación con otros sectores a fin de reducir los accidentes de tránsito y sus consecuencias para la salud, y destacando el vínculo entre el consumo de alcohol y drogas y los accidentes de tránsito. Se había señalado que, aunque algunas de las propuestas del plan de acción relativas a organismos regulatorios nacionales tal vez no fuesen apropiadas en algunos casos, como en los países con una estructura federal, se necesitaría un organismo nacional para formar alianzas multisectoriales con objeto de apoyar las decisiones sobre la seguridad vial. Se había indicado que algunas de las actividades propuestas en relación con los medios de transporte público, las auditorías de la seguridad vial y la inspección de vehículos posiblemente estuvieran fuera del ámbito de competencia del sector de la salud y que era necesario reconfigurarlas a fin de que se centraran en el fomento de la participación de las autoridades sanitarias nacionales en la colaboración intersectorial para su ejecución o en su promoción (el informe final de la 148.^a sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información más detallada). El Comité había aprobado la resolución CE148.R11, en la cual se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción tras su modificación teniendo en cuenta las indicaciones del Comité.

59. El Consejo recibió con beneplácito el plan de acción, señalando que los accidentes de tránsito eran una de las principales causas de muerte en la Región y destacando la necesidad de una acción multisectorial para abordar el problema. Se señaló que los accidentes de tránsito causaban no solo muertes y sufrimiento, sino también costos económicos enormes, que se calculaba que ascendían al 2% del producto interno bruto en un país. En consecuencia, se desviaban recursos financieros asignados a otros fines de salud pública para atender a las víctimas de accidentes de tránsito. También se señaló que, aunque no se podía culpar a las personas que contraían una enfermedad, en algunos casos las personas que sufrían traumatismos en accidentes de tránsito eran los causantes de su desgracia porque no cumplían las normas de tránsito y seguridad, y se señaló que, si se exigía que los causantes de accidentes pagaran los costos, incluida la atención médica de las víctimas, se dispondría de más recursos para abordar otros problemas de salud pública.

60. Varios delegados describieron las medidas que estaban tomando sus gobiernos para mejorar la seguridad vial a nivel nacional. En muchos casos, se habían formulado planes nacionales de acción decenales que se llevarían a cabo durante el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, algunos de ellos basados en los cinco pilares del Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. Esos planes abarcaban análisis de la legislación en materia de tránsito, el establecimiento de consejos multisectoriales de seguridad vial, la rehabilitación del sistema vial con la mejora de características de seguridad tales como los guardarraíles o quitamiedos y la creación de áreas seguras para peatones y ciclistas, el establecimiento de mecanismos de vigilancia para detectar e investigar los lugares críticos donde se producen muchos accidentes y campañas para promover el uso del cinturón de seguridad, el uso del casco y la observancia de los límites de velocidad y de la carga del vehículo.

61. Otra de las medidas que se habían tomado era la reducción de la concentración de alcohol en la sangre permitida para los conductores. En ese sentido, se propuso modificar la actividad 2.5 del proyecto de plan de acción a fin de recomendar un límite de cero para los conductores jóvenes. Varios delegados informaron que las cervecerías y otros productores de bebidas alcohólicas de sus países apoyaban leyes más estrictas sobre la conducción en estado de ebriedad.

62. Se recomendó que el plan de acción incluyera un indicador u objetivo relacionado con la mejora de la infraestructura vial, incluidos el alumbrado y la superficie de los caminos, y un indicador relativo a la asistencia a los infractores por medio de servicios de rehabilitación, escuelas para conductores o programas de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo. Se sugirió que el comité asesor o el organismo principal mencionado en la actividad 1.1 también se ocupara de promover el establecimiento de alianzas multisectoriales a nivel regional y de crear observatorios de seguridad vial o fomentar su acción a fin de suministrar información exacta, oportuna y clara con el propósito de facilitar la adopción de decisiones y el establecimiento de prioridades.

63. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) recibió con beneplácito las diversas sugerencias para mejorar el plan de acción. Agradeció a los países que habían aportado su pericia al proceso de elaboración del plan. Su experiencia y prácticas óptimas seguramente resultarían beneficiosas para otros países. Aseguró al Consejo que la Oficina reconocía que el tema de la seguridad vial estaba estrechamente relacionado con la salud urbana, las enfermedades no transmisibles y el consumo nocivo de alcohol y planeaba adoptar un enfoque integral de la ejecución de los planes de acción en esas áreas.

64. El Consejo aprobó la resolución CD51.R6, mediante la cual respaldó el plan de acción. La frase “accidente de tránsito” en la resolución se reemplazó con “traumatismos causados por el tránsito” a fin de que el texto de la resolución se ciñera al plan de acción y a las diversas resoluciones de la OMS y las Naciones Unidas sobre el tema.

Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (documento CD51/8, Rev. 1)

65. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con beneplácito el plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, que tenía por objeto facilitar la ejecución a nivel regional de la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2010 (resolución WHA63.13). El Comité había agradecido en particular el énfasis que se hacía en el plan en el apoyo técnico y la formación de capacidad y había instado a la Oficina a que ayudara a los Estados Miembros a desarrollar una infraestructura de salud pública suficiente para llevar a cabo el plan y a establecer prioridades para la ejecución de actividades. Se habían recomendado varias

modificaciones del plan, en particular con respecto a las actividades propuestas en relación con el objetivo 3 (el informe final de 148.^a sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información detallada al respecto). El Comité había aprobado la resolución CE148.R8, en la cual se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara una resolución para instar a los Estados Miembros a aplicar la estrategia mundial mediante el plan regional de acción.

66. El Consejo Directivo elogió los esfuerzos de la OPS para ayudar a los Estados Miembros a aplicar la estrategia mundial y apoyó el plan de acción propuesto, observando los vínculos entre ese plan y los planes de acción sobre seguridad vial y consumo de sustancias psicoactivas. Numerosos delegados informaron que sus países ya estaban adoptando medidas para aplicar la estrategia mundial, entre ellas la elaboración de planes nacionales de acción, medidas encaminadas a prevenir la venta y comercialización de alcohol a menores, normas que restringían la disponibilidad de alcohol, sanciones más severas para la conducción en estado de ebriedad, programas escolares de prevención a fin de desincentivar el consumo de alcohol por los jóvenes y una ampliación de las opciones para el tratamiento de las personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Los delegados también proporcionaron datos sobre el consumo de alcohol en sus países y varios observaron que el consumo excesivo de alcohol por las mujeres y los jóvenes era un problema cada vez mayor.

67. El Consejo recibió con beneplácito las modificaciones efectuadas en el plan en respuesta a las recomendaciones del Comité Ejecutivo y propuso varias modificaciones más tanto para el plan como para el proyecto de resolución sobre este tema. Se puso de relieve la necesidad de una acción intersectorial y de la participación del sector privado en la labor de concientización y prevención del consumo nocivo de alcohol, y se propuso incluir una referencia al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil en la actividad 1.1, en la cual se instaba a hacer partícipes a otros sectores en la tarea de concientización.

68. Se subrayó la necesidad de adaptar las actividades previstas en el plan al contexto socioeconómico y cultural de cada país, y se propuso agregar la frase “en el contexto nacional” en el inciso *c* del párrafo 4 de la parte dispositiva del proyecto de resolución. Se hizo hincapié en que el objetivo del plan de acción era prevenir el consumo nocivo de alcohol, no el consumo de alcohol en sí, y por consiguiente se sugirió agregar la palabra “nocivo” entre “consumo” y “de alcohol” en varios párrafos del plan. Se señaló que la redacción del párrafo 5 del proyecto de plan de acción no concordaba con los párrafos 2 y 3 de la estrategia mundial, y se recomendó suprimir la referencia a un “efecto beneficioso” del alcohol. También se propuso incluir en el plan la recomendación de que las embarazadas se abstuvieran de consumir alcohol. Se reiteró el pedido efectuado en la 148.^a sesión del Comité Ejecutivo de que se suprimiera la actividad 4.3 del plan, que se refería a aspectos comerciales, los cuales se consideraba que no correspondían ni al mandato ni al ámbito de competencia de la OPS.

69. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) dijo que se modificaría el plan de acción de acuerdo con las indicaciones del Consejo y que el texto se ceñiría a la estrategia mundial.

70. El Consejo aprobó la resolución CD51.R14, mediante la cual se aprobó el plan de acción tal como había sido modificado.

Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD51/9)

71. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito el proyecto de plan de acción propuesto sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública, que tenía por objeto facilitar la aplicación de la estrategia regional de salud pública para abordar los problemas de salud asociados con el consumo de sustancias psicoactivas aprobada por el Consejo Directivo en el 2010 (documento CD50/18, Rev. 1). El Comité había recomendado que el Consejo Directivo respaldara el plan, que había sido modificado teniendo en cuenta varios cambios indicados por miembros del Comité (el informe final de la 148.^a sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información detallada al respecto). El Comité también había subrayado la necesidad de colaborar estrechamente con otras organizaciones, como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y había hecho hincapié en que las actividades propuestas debían adaptarse a las condiciones y el contexto de cada país. El Comité había aprobado la resolución CE148.R9, en la cual se recomendaba que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

72. El Consejo Directivo reafirmó su apoyo a la estrategia regional y su enfoque de salud pública para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el tratamiento y la recuperación, y apoyó firmemente el plan de acción. Se señaló que el plan de acción proporcionaba recomendaciones claras para aplicar la estrategia y tenía un enfoque equilibrado de reducción tanto de la oferta como de la demanda de sustancias psicoactivas. El Consejo también recibió con beneplácito los cambios efectuados en el plan de acción a sugerencia del Comité Ejecutivo. Al igual que el Comité, el Consejo subrayó la importancia de la coordinación con la CICAD y otras organizaciones. En particular, se instó a la OPS a que trabajara estrechamente con la CICAD a fin de que el seguimiento del plan de acción se coordinara de manera apropiada con el mecanismo de evaluación multilateral de la CICAD y que se compartieran recursos para evitar la duplicación de tareas y reducir los requisitos en materia de informes de los Estados Miembros. Un delegado solicitó que se aclarara la referencia a los proveedores de atención sanitaria no remunerados en el indicador correspondiente al objetivo 3.3 del plan; específicamente, se preguntó de qué forma el hecho de que los proveedores fuesen remunerados o no era pertinente para su capacitación. Se destacaron los vínculos entre esta estrategia y plan de acción y el trabajo de la Organización en los campos del

consumo nocivo de alcohol, el control del tabaco, la seguridad vial y la atención primaria de salud.

73. Varios delegados observaron que la estrategia y el plan de acción concordaban con el enfoque adoptado en sus países para abordar el problema del consumo de sustancias psicoactivas y describieron las iniciativas que estaban en marcha a nivel nacional. Varios delegados informaron que sus países estaban notando un aumento de las tasas de consumo de sustancias psicoactivas en los niños y jóvenes, y algunos señalaron que algunos estudios habían mostrado que niños de apenas 11 años estaban consumiendo drogas psicoactivas. Se subrayó la necesidad de incluir a las familias en la lucha contra este problema, así como la necesidad de encarar el consumo de sustancias psicoactivas ante todo como un problema de salud mental, tratando de reducir la estigmatización social y respetando los derechos humanos de las personas afectadas. También se hizo hincapié en la importancia de un enfoque comunitario basado en la atención primaria de salud. Numerosos delegados afirmaron la necesidad de una acción intersectorial con objeto de abordar los problemas sociales y sanitarios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y de la colaboración internacional para combatir el tráfico de drogas.

74. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP), respondiendo a la pregunta acerca de los proveedores de atención sanitaria no remunerados, explicó que el objetivo era capacitar no solo a los profesionales de la salud, sino también a los familiares que cuidaban a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, a miembros de organizaciones de beneficencia o religiosas, y a otros que proporcionaban atención y servicios a esas personas.

75. El Consejo aprobó la resolución CD51.R7, mediante la cual respaldó el plan de acción.

Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia (documento CD51/10, Rev. 1)

76. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con beneplácito el proyecto de estrategia y plan de acción propuesto sobre la epilepsia y elogió la labor de la OPS para poner de relieve la disparidad entre el número de personas epilépticas y las que reciben atención adecuada, así como la necesidad de combatir el estigma y la discriminación de las personas con epilepsia. Sin embargo, el Comité indicó varias maneras en las cuales se podían mejorar la estrategia y el plan de acción; por ejemplo, haciendo más hincapié en el tema de la comorbilidad psiquiátrica en las personas con epilepsia y en las estrategias de autocuidado de la epilepsia, y armonizando la información sobre la etiología con el sistema de clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia. El Comité había aprobado la resolución CE148.R3, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo

respaldara el proyecto de estrategia y plan de acción tras su revisión por la Oficina y la incorporación de las sugerencias del Comité.

77. El Consejo Directivo apoyó firmemente el proyecto de estrategia y plan de acción, que ayudaría a guiar la acción a nivel de país y a mejorar la disponibilidad y la calidad del tratamiento y los servicios para las personas con epilepsia y otros trastornos neurológicos. Se consideraba que las actividades y los objetivos comprendidos en el plan de acción eran de gran alcance, pero factibles. Los delegados informaron que sus países ya estaban llevando a cabo muchas de las actividades propuestas, entre ellas el establecimiento de programas nacionales contra la epilepsia, la capacitación de profesionales de la salud, la elaboración de normas y pautas para el tratamiento, la adquisición de equipo de diagnóstico e iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia. Se informó que la República Dominicana, Guatemala y Panamá estaban colaborando en un proyecto conjunto de cooperación técnica para el tratamiento integrado de la epilepsia.

78. El Consejo también recibió con beneplácito las modificaciones hechas en la estrategia y el plan a sugerencia del Comité Ejecutivo. En particular, los delegados aplaudieron el mayor énfasis en la comorbilidad de la epilepsia y trastornos psiquiátricos tales como depresión y psicosis, en la necesidad de capacitar a los trabajadores de atención primaria de salud para reconocer tal comorbilidad, en un enfoque de la prevención y el tratamiento de la epilepsia basado en la totalidad del curso de vida, en las estrategias de autocuidado y en la atención integrada, que abarcaba todos los niveles del sistema de salud. Se subrayó que las personas con epilepsia debían tratarse principalmente en el nivel de atención primaria, pero al mismo tiempo se recomendó el establecimiento de unidades hospitalarias de intervención en crisis epilépticas a fin de prestar atención urgente a las personas que tuvieran convulsiones epilépticas, vinculándolas con los servicios de atención primaria de salud a fin de velar por la continuidad de la atención y el seguimiento de los pacientes.

79. Varios delegados observaron que el estigma relacionado con la enfermedad limitaba las oportunidades educativas y laborales de las personas epilépticas, y tenía consecuencias económicas y sociales negativas para ellas y sus familiares. Por consiguiente, aplaudieron el énfasis que se hacía en la estrategia y plan de acción en la educación y concientización con el fin de reducir el estigma y la discriminación. Se consideraba que era necesario realizar investigaciones con objeto de evaluar la carga que representaba la epilepsia para la salud pública y suministrar la información necesaria con respecto a la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la educación y los servicios necesarios, y de promover programas de atención eficaz y apoyo para las personas con epilepsia. A fin de utilizar definiciones y métodos uniformes y posibilitar la comparabilidad de los resultados de la investigación, se recomendó que se usaran los métodos normalizados para los estudios epidemiológicos y la vigilancia aceptados por la

Liga Internacional contra la Epilepsia³ y que se hiciera referencia a esas normas en el área estratégica 4 de la estrategia y plan de acción. También se sugirieron algunas mejoras de la redacción.

80. Los representantes de la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia pusieron de relieve la gran prevalencia de esta enfermedad y la posibilidad de prevenirla en los países de la Región, y elogiaron la labor de la OPS para reducir el número de personas afectadas que no reciben tratamiento. Ambas instituciones apoyaron firmemente la estrategia y el plan de acción y reafirmaron el compromiso de sus organizaciones de colaborar en su ejecución.

81. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) recibió con beneplácito las expresiones de apoyo a la estrategia y el plan de acción, y dijo que se incorporarían las indicaciones de los Estados Miembros en el documento.

82. El Consejo aprobó la resolución CD51.R8, mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción tal como había sido modificado teniendo en cuenta las indicaciones de los Estados Miembros.

Estrategia y Plan de acción sobre la malaria (documento CD51/11)

83. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había respaldado el proyecto de estrategia y plan de acción sobre la malaria, que partía del plan estratégico regional para la malaria en las Américas 2006-2010 aprobado por el 46.º Consejo Directivo en el 2005 (resolución CD46.R13). Se había instado a la OPS a que coordinara su labor de control y prevención de la malaria con las actividades en curso, como la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía. Se había sugerido que el eje del trabajo de la Organización fuese proporcionar orientación a los programas de lucha en los países y ayudarlos a establecer metas apropiadas para el control, la preeliminación o la eliminación de la malaria. Varios delegados habían subrayado la necesidad de aumentar la producción de medicamentos antimaláricos, especialmente en los países donde la enfermedad es endémica, a fin de remediar la escasez de tales medicamentos en la Región. También se había subrayado la necesidad de exhortar a las empresas farmacéuticas a que proveyeran antimaláricos y otros medicamentos a precios asequibles por medio de los fondos de la OPS para la compra de medicamentos. El Comité había aprobado la resolución CE148.R5, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

84. El Consejo aplaudió el enorme progreso realizado en la reducción de la carga de la malaria en la Región de las Américas en el marco del plan estratégico regional para el

³ Thurman, DJ et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia* 2011 Sep;52 suppl s7:1-26.

período 2006-2010, rindió homenaje a las legiones de trabajadores de salud que habían contribuido a ese éxito y recibió con beneplácito la nueva estrategia y plan de acción para continuar avanzando hacia la meta final de eliminar la malaria en la Región. Los delegados informaron que se había avanzado mucho en la reducción de la transmisión de la malaria en sus países en los últimos años, y varios señalaron que estaban bien encaminados para llegar a estar libres de malaria o para volver a estarlo. Se destacó la necesidad de permanecer atentos para prevenir la importación de casos o la reanudación de la transmisión, así como la necesidad de fortalecer la vigilancia a fin de detectar las amenazas de malaria, responder con prontitud y vigilar la resistencia a los antimaláricos.

85. También se recalcó que la malaria era un problema internacional y que, por consiguiente, era indispensable que los países cooperaran para prevenir su propagación a través de las fronteras nacionales. Se mencionaron la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía y un proyecto del Organismo Andino de Salud para el control de la malaria en las zonas fronterizas como modelos excelentes para la colaboración internacional. Se puso de relieve la necesidad de prestar especial atención a la República Dominicana, Haití y Venezuela, sin lo cual sería imposible alcanzar las metas regionales propuestas en la estrategia y plan de acción. El Delegado de la República Dominicana pidió apoyo internacional para terminar la ejecución del plan binacional de su país junto con Haití encaminado a eliminar la malaria de la isla La Española.

86. Se señaló que, aunque en la estrategia y el plan de acción se reconocía la importancia del diagnóstico de la malaria y el manejo de los casos de enfermedad febril, era necesario poner más énfasis en la importancia del control y la garantía de la calidad de las pruebas para el diagnóstico rápido de la malaria, así como la capacitación de los trabajadores de salud en cuanto a su uso. Se subrayó la importancia de mantener la pericia para el diagnóstico de la malaria en las zonas donde actualmente no hay transmisión. Se instó a la OPS a que prestara apoyo al control integrado de vectores para el manejo tanto de la malaria como del dengue y a que proporcionara a los países herramientas más eficaces para apoyar los programas de control de vectores. A este respecto se propuso que en el plan de acción se incorporaran indicadores relativos a la vigilancia del uso y los efectos de los mosquiteros tratados con insecticida y el rociamiento de interiores con insecticida de acción residual, incluido el apoyo para realizar estudios periódicos a fin de dar seguimiento a la propiedad y el uso de mosquiteros y determinar su durabilidad. También se instó a la Organización a que velara por la incorporación de una perspectiva de género en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y los programas contra la malaria, así como en las actividades de investigación y capacitación, y se instó a los países a que adoptaran estrategias de control de la malaria que brindaran protección a los grupos vulnerables, entre ellos los niños pequeños y las embarazadas.

87. Los delegados presentaron varias enseñanzas extraídas de su labor nacional de prevención y control de la malaria, incluida la importancia de abordar las lagunas que

pudieran permitir un resurgimiento de la enfermedad, de mantener la capacidad de vigilancia y formular y actualizar planes estratégicos para la prevención y el control de la malaria, incluso en zonas de poca endemicidad o donde se la había eliminado, de fomentar la participación de otros sectores en la lucha contra la malaria, de integrar el control de esta enfermedad en otros programas ambientales conexos, de poner en marcha programas de educación pública intensiva desde el principio en caso de brotes, y de tratar los casos y los contactos con prontitud. También se destacó la importancia de la estratificación epidemiológica del riesgo, de un mejor análisis de los factores de riesgo y nichos ecológicos, y de la participación de la comunidad en el control de vectores, así como la necesidad de pasar de enfoques verticales a enfoques comunitarios descentralizados. También se consideró indispensable utilizar un enfoque de lucha contra la malaria basado en la atención primaria de salud.

88. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) dijo que la Oficina tenía la intención de preparar un plan de acción más detallado que el contenido en el documento CD51/11, que incorporaría las diversas observaciones hechas por los Estados Miembros, incluidas aquellas relativas a la cooperación transfronteriza y técnica entre países, la cual era realmente indispensable. Con respecto a la situación en la República Dominicana, Haití, y Venezuela, señaló que solo en Haití seguían aumentando las tasas de malaria; los otros dos países habían presentado una tendencia descendente desde el 2005. No obstante, los tres países seguían siendo prioritarios. La OPS había asignado personal en Haití específicamente para apoyar la labor de control de la malaria en La Española.

89. El Consejo aprobó la resolución CD51.R9, mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción tal como había sido modificado teniendo en cuenta las indicaciones de los Estados Miembros.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CD51/12)

90. La excelentísima señora Beverley H. Oda (Ministra de Cooperación Internacional de Canadá) presentó el plan de acción, señalando que hablaba en nombre del excelentísimo señor Stephen Harper, Primer Ministro de Canadá y Copresidente de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Observó que la OPS estaba desempeñando un papel importante en los avances de la agenda de salud en la Región de las Américas. La reflexión y la sólida labor de investigación que habían dado lugar al plan de acción de la OPS eran dignos de elogio. Se trataba de un plan que abordaba las brechas conocidas, se centraba en resultados y respetaba los compromisos y las estrategias mundiales. Asimismo, no se limitaba a las metas oficiales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino que abordaba las principales disparidades ocultas en los promedios nacionales.

91. En los últimos meses se habían producido algunos sucesos de suma importancia para la salud de la madre, el recién nacido y el niño, entre ellos la puesta en marcha de la iniciativa Muskoka sobre salud materna, de los recién nacidos y de los menores de 5 años y el establecimiento de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Por medio de esas iniciativas, la comunidad internacional había comprometido recursos sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres y los niños por medio de un mayor acceso a medicamentos vitales, la intensificación de las investigaciones sobre enfermedades y la mejora de la capacitación del personal sanitario a nivel de la comunidad. Sin embargo, los compromisos eran solo un primer paso. Al fin y al cabo, lo que contaba era los resultados: cuántas vidas estaban salvándose, cuántas madres estaban dando a luz atendidas por parteras capacitadas, cuántos recién nacidos habían llegado a cumplir 1 año. Cuando los países pudieran responder a esas preguntas y demostrar que habían progresado, sabrían que realmente estaban logrando un cambio.

92. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño había reunido a líderes de diferentes países y organizaciones para elaborar un informe con 10 recomendaciones orientadas a la acción con respecto a medidas específicas para equiparar mejor los resultados obtenidos con los recursos comprometidos, sobre la base de un ciclo de seguimiento, acción y examen, a fin de promover una mayor transparencia de todos los colaboradores y procurar que los recursos se gastaran con sensatez. Entre las recomendaciones para los países se encontraban el seguimiento de un conjunto básico de 11 indicadores, en particular para los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con los cuales el desempeño estaba más rezagado, la creación de nuevos sistemas para determinar si los donantes estaban cumpliendo sus promesas y el establecimiento de un grupo consultivo independiente de expertos. Había que instar a cada país de la Región de las Américas y a cada país que colaboraba con la Región a que leyera el informe y se comprometiera a poner en práctica sus recomendaciones, con la firme determinación de pasar de los compromisos a la acción real para obtener resultados y productos cuantificables.

93. La señora Oda anunció complacida que Canadá estaba apoyando una nueva iniciativa de tres años con la OPS para fortalecer los sistemas básicos de atención primaria de salud y la prestación de servicios en América Latina y el Caribe. El proyecto se centraría en tres de los seis componentes de un buen sistema de salud señalados por la OMS: la gobernanza, la prestación de servicios de salud y los sistemas de información sanitaria. En el marco de este proyecto, la OPS trabajaría para lograr la coherencia entre las estrategias, las políticas, la legislación y los mecanismos de financiamiento nacionales y colaboraría con instituciones nacionales y locales de atención de salud para prestar servicios y mejorar la recopilación de información sanitaria. Canadá se había comprometido a hacer su parte para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 y, como vecino del continente, estaba orgulloso de apoyar a la OPS en su labor para mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas.

94. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) dijo que la OMS estaba orgullosa de colaborar con el Gobierno de Canadá para promover la importancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular el ODM 5. Era importante a nivel de país que se mostraran resultados que mejoraran realmente la vida de las mujeres. No había ninguna razón por la cual las mujeres tuvieran que seguir muriendo al dar a luz cuando las profesiones de la salud sabían evitar tales muertes, pero los líderes políticos tenían que pasar de las palabras a la acción. Se necesitaban cambios en la situación social y la participación política de las mujeres. Había que poner fin a la violencia contra la mujer y al matrimonio prenúbil. Esos eran asuntos que la comunidad internacional debía abordar, trabajando al unísono. La relativa falta de progreso en relación con el ODM 5 reflejaba la enorme inequidad que sufrían las mujeres. También era un reflejo de la inacción de muchos interesados directos: los donantes no siempre cumplían sus promesas, por distintas razones, pero, al mismo tiempo, los que recibían fondos donados a veces no cumplían con lo que se habían comprometido a hacer.

95. No había margen para demoras: cada minuto morían mujeres y no se debía perder el sentido de urgencia. La OMS, la OPS y otros organismos de las Naciones Unidas harían su parte, pero necesitaban apoyo financiero de los países y las organizaciones. Del mismo modo, los países y las organizaciones que recibían apoyo debían alcanzar los resultados que habían prometido. Sin ese doble compromiso y solidaridad no sería posible mejorar la salud de las mujeres y los niños.

96. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado una versión anterior del proyecto de plan de acción. Como varios miembros del Comité habían considerado que el plan de acción adolecía de graves deficiencias, y en vista de que el plan de acción se había distribuido solo una semana antes de la sesión, se había propuesto formar un grupo de expertos técnicos para mejorarlo antes de someterlo a la consideración del Consejo Directivo. También se había recomendado examinar el proyecto de presupuesto de \$30 millones para el plan de acción a fin de determinar si era factible. Se habían puesto de relieve varias deficiencias concretas en el documento y algunas cuestiones de política general que no parecían abordarse en medida suficiente (el informe final de la 148.^a sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información más detallada al respecto). El Comité había decidido aprobar la resolución CE148.R14, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo respaldara el plan de acción, entendiéndose que se modificaría teniendo en cuenta los comentarios y las indicaciones de los Estados Miembros. Durante el mes de julio se habían efectuado consultas electrónicas con ese fin.

97. El Consejo recibió con beneplácito el plan de acción revisado y lo apoyó. Los delegados opinaron que representaría una contribución valiosa para que todos los países de la Región alcanzaran el ODM 5 y trazaría un rumbo para continuar la acción a fin de mejorar la salud materna una vez transcurrido el plazo del 2015 fijado para los ODM. También se recibió con beneplácito la armonización del plan con la Estrategia Mundial

para la Salud de la Mujer y el Niño y con las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas de la Salud de la Mujer y el Niño. Se apoyó el énfasis que se hacía en el plan en la disponibilidad de servicios de salud de buena calidad para las mujeres, independientemente de su capacidad de pago, y en la reducción de las desigualdades económicas, sociales y geográficas que obstaculizaban el acceso de las mujeres a una atención de ese tipo. Algunos delegados agradecieron la incorporación de los cambios que habían solicitado en la sesión del Comité Ejecutivo, mientras que otros señalaron algunos cambios solicitados que se habían pasado por alto. En particular, se reiteró que en el plan se debía destacar la necesidad del acceso a los servicios para prevenir la infección por el VIH y tratar a las embarazadas VIH-positivas. En vista de que el presupuesto de la Organización aprobado para el 2012-2013 (véanse los párrafos 27 a 39) era menor que la cifra presentada al Comité Ejecutivo, se propuso nuevamente rever la factibilidad de recaudar la suma prevista para la ejecución del plan.

98. Se puso de relieve la relación entre las enfermedades no transmisibles y la salud materna, y se propuso incorporar en el plan de acción actividades e intervenciones orientadas a abordar factores de riesgo tales como la diabetes, la hipertensión y la obesidad, así como trastornos genéticos tales como la drepanocitosis, que podrían causar complicaciones durante el embarazo. También se señaló que la recesión económica había obligado a muchas mujeres a seguir trabajando durante el embarazo, a menudo descuidando la atención prenatal. Varios delegados señalaron el vínculo entre los embarazos, en particular los no planificados, y las tasas elevadas de violencia doméstica. Se subrayó la importancia de concientizar y educar a los hombres acerca de su función en la mejora de la salud materna, así como la necesidad de que la sociedad en conjunto tomara conciencia de que, aunque el embarazo y parto eran naturales y bien recibidos, existía la posibilidad de que presentaran una morbilidad grave si no recibían una atención adecuada.

99. Los delegados describieron las actividades en sus países para reducir la mortalidad materna. Varios de ellos informaron que sus gobiernos tenían planes nacionales de acción que concordaban con el proyecto de plan regional. Algunas características importantes de esos planes nacionales eran la mejora de la recopilación de información, en algunos casos mediante la creación de un observatorio, a fin de mejorar la formulación de políticas y la asignación de recursos y personal, y mecanismos para la notificación inmediata de defunciones maternas a fin de posibilitar la determinación de las causas y extraer enseñanzas rápidamente. Se informó que un país había establecido un sistema de comunicación radiofónica y transporte de urgencia para responder con rapidez a las emergencias obstétricas, mientras que otro había establecido un sistema de establecimientos de atención materna en todo el país a fin de que, cuando surgieran complicaciones, las mujeres pudieran ser remitidas con prontitud a un lugar que contara con la pericia necesaria.

100. En algunos países se estaba haciendo hincapié en el aumento de la capacitación y la formación de capacidad con respecto al personal sanitario, incluidas las parteras tradicionales. En ese sentido se destacó la escasez de recursos humanos provocada por la emigración del personal especializado en salud reproductiva. También se señaló que era necesario que hubiera más personal médico disponible en los establecimientos de asistencia sanitaria por la noche, cuando tendía a producirse una proporción mayor de defunciones maternas precisamente debido a la falta de personal debidamente capacitado en ese turno.

101. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina también hizo uso de la palabra en apoyo del plan de acción, subrayando la importancia de los métodos culturalmente sensibles de atención de salud reproductiva.

102. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OSP) agradeció los comentarios de los delegados, que impulsaban a la Oficina a seguir trabajando en este campo. Tomó nota de los cambios propuestos para el proyecto de resolución, así como de la solicitud de rever la factibilidad del presupuesto para la ejecución del plan de acción. Agradeció las observaciones sobre los vínculos entre el embarazo y las enfermedades no transmisibles. Asimismo, agradeció a las numerosas personas y organizaciones que trabajaban activamente para promover la salud materna y, en particular, para reducir los abortos peligrosos. Como había señalado la doctora Bachelet, se sabía muy bien lo que había que hacer para reducir la mortalidad materna. Ahora era necesario difundir ese conocimiento e intercambiar prácticas óptimas. Con ese fin, la OPS estaba planificando un simposio en ocasión del Día Internacional de la Mujer.

103. La Directora dijo que, para reducir la mortalidad materna, se necesitaría no solo un enfoque del gobierno en conjunto, sino también, por parte de OPS, un enfoque de la Organización en conjunto. Exhortó a todos los Estados Miembros de la Región a que adoptaran la meta de mortalidad materna cero, porque, como habían dicho varios oradores, con los conocimientos actuales no era aceptable que siguieran muriendo mujeres en el parto.

104. Durante las deliberaciones del Consejo sobre el proyecto de resolución referido a este tema (que figura en el documento CD51/12), se señaló que la meta de proporcionar servicios de salud materna gratuitos a las poblaciones más vulnerables podría ser una carga demasiado grande para algunas economías y que debía suprimirse esa idea en la resolución. Sin embargo, otros delegados opinaron que debía mantenerse como una aspiración. Algunos delegados indicaron que podría ser útil agregar una frase como “en la medida de lo posible”. La Directora propuso que se dijera: “y que consideren también la posibilidad de prestar estos servicios de forma gratuita a las poblaciones más vulnerables”. Se propuso también mencionar la participación de los hombres en la mejora de la salud de las mujeres.

105. Después de examinar una nueva versión del proyecto de resolución con las modificaciones propuestas por diversos Estados Miembros, el Consejo aprobó la resolución CD51.R12, mediante la cual respaldó el plan de acción.

106. El Consejo también agradeció a los integrantes del panel sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva (véanse los párrafos 117 a 130), que se había reunido para tratar este tema, y recibió con beneplácito la oportunidad de escuchar las ideas informativas e inspiradoras de los panelistas sobre la forma de mejorar la salud de la mujer y poner fin al flagelo de la mortalidad materna.

Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (documento CD51/13)

107. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con beneplácito la labor de la OPS para promover el uso de la tecnología de la información sanitaria como medio para ampliar el acceso a los servicios de salud, y había expresado apoyo al proyecto de estrategia y plan de acción sobre *eSalud*. El Comité también había respaldado la propuesta de crear un foro de expertos para promover la utilización de la tecnología de la información y de las comunicaciones en el ámbito de la salud pública. Se había aplaudido el reconocimiento de la índole intersectorial de la *eSalud* en la estrategia, y se había destacado la importancia del apoyo y la colaboración entre diferentes sectores en cuestiones de infraestructura, financiamiento, educación, innovación e interoperabilidad. Al mismo tiempo, se había subrayado que el desarrollo de la *eSalud* debía estar encabezado y supervisado por los ministerios de salud, y no por la industria de la tecnología de la información o por otras partes con intereses comerciales. El Comité había hecho hincapié en la necesidad de trabajar en el marco de las alianzas e iniciativas existentes en lugar de crear otras, y había recomendado mejorar y aclarar algunos de los indicadores propuestos para el plan de acción (el informe final de la 148.^a sesión del Comité, documento CE148/FR, contiene información detallada al respecto). El Comité había aprobado la resolución CE148.R4, en la cual recomendaba que el Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

108. A continuación se proyectó un video de la evolución y los beneficios de la *eSalud*. En las deliberaciones subsiguientes, los Estados Miembros recibieron favorablemente la acción de la OPS orientada a promover y fortalecer la utilización de la tecnología de la información y de las comunicaciones para ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar su calidad, y expresaron un firme apoyo al proyecto de estrategia y plan de acción, observando al mismo tiempo que debían adaptarse a la situación y las necesidades de cada país. Numerosos delegados comentaron que el uso de la telemedicina y otros tipos de tecnología de las comunicaciones podría ayudar a extender los servicios de salud a poblaciones alejadas, reduciendo de esa forma las desigualdades en el acceso a la atención de salud. Se señaló también la utilidad de tales tecnologías para países archipelágicos como los del Caribe. Se destacó el vínculo entre la estrategia y el plan de

acción sobre *eSalud* y la labor más amplia para fortalecer los sistemas de información sanitaria.

109. Los delegados informaron sobre las iniciativas de *eSalud* de sus países, señalando que sus actividades nacionales concordaban plenamente con las áreas estratégicas y los objetivos propuestos en la estrategia y el plan de acción regionales. Entre las actividades que se estaban llevando a cabo se encontraban la formulación de políticas y estrategias nacionales para la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el sector de la salud, el establecimiento de bases de datos sobre legislación sanitaria, la digitalización de las historias clínicas, el establecimiento de bibliotecas virtuales sobre la salud y de recintos universitarios para educación a distancia, y el uso de redes sociales y de la telefonía móvil para transmitir información sanitaria ("*mSalud*"), incluida la información sobre brotes de enfermedades. Se señaló que los dispositivos móviles eran una de las tecnologías de *eSalud* más prometedoras, ya que el servicio de telefonía móvil estaba ampliamente disponible en la mayoría de los países de la Región, incluso en aquellos con conectividad de internet limitada y en zonas alejadas. Muchos delegados subrayaron la importancia de la interoperabilidad y la necesidad de una integración y transferencia ininterrumpidas de información sobre el paciente entre los proveedores de atención sanitaria a fin de mejorar su atención y prevenir los errores médicos y la duplicación de los servicios. Se subrayó la necesidad de captar información sanitaria de los proveedores de atención sanitaria privados, así como de establecer protocolos y marcos regulatorios para el intercambio de datos sobre pacientes entre países, ya que en algunas partes de la Región era común que los pacientes viajaran a países vecinos para recibir atención médica.

110. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo subrayó la necesidad de trabajar en el marco de las iniciativas existentes de *eSalud*, como un programa de telemedicina de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, e instó a la OPS a que apoyara tales iniciativas a fin de evitar la duplicación y fragmentación de tareas y el desperdicio de recursos. El Consejo también destacó la importancia de intercambiar experiencias y prácticas óptimas, y exhortó a la OPS a que apoyara tales intercambios. La Delegada de México dijo que el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de su país había ofrecido cursos y talleres sobre telemedicina y telesalud, y que le complacería ponerlos a disposición de otros países por vía electrónica por intermedio de la OPS.

111. Se señaló que las funciones del laboratorio regional propuesto en relación con el objetivo 1.4 parecían coincidir en parte con las del comité consultivo técnico propuesto para el objetivo 1.2, ya que ambos mecanismos se usarían para el seguimiento y la evaluación de las políticas de *eSalud* en la Región, y se señaló que podría haber vínculos más fuertes entre ambos, así como vínculos con las bibliotecas virtuales sobre la salud propuestas en relación con el objetivo 4.2.

112. Se consideró que el componente de formación de capacidad de la estrategia era muy importante y se solicitó el apoyo de la OPS en esa área, entre otras. En particular, los Estados Miembros solicitaron ayuda para el fortalecimiento de su infraestructura de información y comunicación sanitaria, la mejora de las aptitudes tecnológicas y la pericia del personal del sector de la salud, la evaluación de tecnologías de la información sanitaria y el establecimiento de normas para la tecnología de la información sanitaria y para mantener la privacidad y confidencialidad de la información sobre los pacientes. Una delegada sugirió que se formularan directrices para la gestión de la información sanitaria en el marco de la iniciativa de *eSalud* de la OPS y pidió asesoramiento sobre las experiencias con el uso de alternativas de código abierto, en vez de software de marca registrada, en particular con respecto a sus ventajas y desventajas para los países en desarrollo.

113. El señor Marcelo D'Agostino (Gerente del Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, OSP) observó que una de las ideas inherentes del concepto de *eSalud* y del concepto más amplio de la “sociedad de la información” era vivir sin fronteras, idea a la cual habían hecho alusión varios delegados, así como la idea conexas de la interoperabilidad. También observó que muchos delegados habían subrayado la importancia de la capacitación y señaló que debía proporcionarse no solo a los profesionales de la salud, sino también a los pacientes. Por ese motivo, la OPS estaba haciendo gran hincapié en la alfabetización digital. Agradeció los comentarios y las propuestas de los Estados Miembros, que se incorporarían en la estrategia y el plan de acción, y aseguró al Consejo que la Organización seguiría apoyando a los Estados Miembros en la evaluación de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el campo de la salud, así como en el fortalecimiento de su infraestructura tecnológica, y las iniciativas de *eSalud* en la Región.

114. El doctor Najeeb Al-Shorbaji (Director del Departamento de Gestión e Intercambio de Conocimientos, OMS) recibió con beneplácito las diversas iniciativas de *eSalud* descritas por los delegados y afirmó que la OMS haría todo lo posible para apoyar la ejecución de la estrategia y plan de acción regional. Dijo que la OMS consideraba la *eSalud* como un medio para mejorar la equidad y el acceso universal a los servicios de salud y la información sanitaria, así como una manera de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud y reducir su costo, todo lo cual se había abordado en las deliberaciones del Consejo. La OMS estaba apoyando la labor de las oficinas regionales principalmente por medio de la creación de una base de datos probatorios para la *eSalud*, cuya finalidad era demostrar los efectos de las intervenciones de *eSalud* en los resultados sanitarios a fin de que los encargados de adoptar las decisiones y los posibles donantes se convencieran de que valía la pena invertir en proyectos de *eSalud*. El observatorio mundial de la Organización para la *eSalud* proporcionaba un medio para intercambiar conocimientos, información y enseñanzas entre los Estados Miembros. La OMS también estaba brindando apoyo a la formulación y aplicación de normas de interoperabilidad para la *eSalud*.

115. La Directora, tomando nota de los pedidos del Consejo para que la OPS coordinara sus actividades de *eSalud* con las de otras organizaciones, dijo que uno de los objetivos principales de la Organización al elaborar la estrategia y plan de acción había sido que los puntos de vista y las necesidades del sector de la salud se reflejaron en las iniciativas de administración pública electrónica de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras instituciones, así como las de diversos grupos regionales de integración. En particular, la OPS deseaba que se tuvieran en cuenta las necesidades de los ministerios de salud en los países con capacidad económica y tecnológica limitada.

116. El Consejo aprobó la resolución CD51.R5, mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción sobre *eSalud* tal como había sido modificado teniendo en cuenta las indicaciones de los Estados Miembros.

Panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva (documento CD51/14, Rev. 1)

117. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido un informe en junio sobre los objetivos y el programa propuesto del panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y había sugerido varios temas para que se abordaran en el panel. Uno era el aborto terapéutico y las ideas erróneas y los sesgos en torno a este tema, que podían obstaculizar intervenciones médicas que podrían salvar muchas vidas. Otro era la necesidad de indicadores más flexibles de la salud sexual y reproductiva que revelaran disparidades e inequidades tanto entre países a nivel nacional como dentro de ellos a nivel subnacional, y que tuvieran en cuenta las circunstancias particulares de los diferentes países.

118. El Presidente presentó a los panelistas: Su Alteza Real la Infanta Cristina de España (Directora del Área de Cooperación Internacional de la Fundación La Caixa y Presidenta del Instituto de Salud Global de Barcelona [ISGlobal]), la doctora Michelle Bachelet (Secretaria General Adjunta y Directora Ejecutiva de ONU-Mujeres), la doctora Laura Laski (Jefa de la División de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]), el doctor Aníbal Faúndes (Presidente del Grupo de Trabajo para la Prevención de los Abortos Peligrosos, de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), la doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) y la doctora Mirta Roses (Directora de la OSP).

119. La Directora señaló que, en los 20 últimos años, la mortalidad materna había disminuido alrededor del 30% en la Región en conjunto, pero la disminución había sido desigual entre los países y dentro de ellos, e insuficiente para alcanzar el ODM 5 en el continente americano para el 2015. Alrededor del 95% de la mortalidad materna en

América Latina y el Caribe se debía a causas que podían prevenirse con los conocimientos actuales. Muchas defunciones maternas estaban relacionadas con embarazos no deseados, a los cuales contribuía con frecuencia el acceso limitado a los anticonceptivos. Las leyes que restringían los abortos eran otro factor que contribuía a las defunciones maternas, ya que llevaban a muchas mujeres a recurrir a abortos peligrosos. No todas las mujeres tenían a su alcance servicios obstétricos esenciales, que a menudo eran costosos, de mala calidad o culturalmente inaceptables para las mujeres, en parte porque no había personal debidamente capacitado.

120. Un año antes, la OPS, junto con el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, la Fundación La Caixa y otras organizaciones, había instado a los países de la Región, en el marco de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, a que intensificaran la acción a fin de alcanzar las metas del ODM 5. Juntas, esas instituciones estaban apoyando la acción para lograr el acceso a servicios gratuitos e integrales de salud sexual y reproductiva, mejorar la calidad de la atención prenatal, del parto y del puerperio, reducir los abortos peligrosos y abordar la violencia de género.

121. Su Alteza Real la Infanta Cristina de España dijo que la Fundación La Caixa se complacía en haber participado en la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y en apoyarla, con miras a reducir la mortalidad materna, que, a pesar del progreso realizado, seguía siendo inadmisiblemente elevada. Presentó un panorama del trabajo de la Fundación La Caixa orientado a mejorar la salud maternoinfantil, observando que gran parte de ese trabajo se centraba en la movilización social, la educación y la concientización, y subrayó la necesidad de promover la idea de que la inversión en la maternidad sin riesgo era una inversión no solo en la salud de la mujer sino también en la de sus familias y comunidades. Destacó la creación del Instituto de Salud Global (ISGlobal), una iniciativa de la Fundación La Caixa, que entre otras áreas trabajaba en el campo de la salud reproductiva y neonatal. El Instituto se había comprometido a aplicar la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, puesta en marcha por el Secretario General de las Naciones Unidas, y estaba promoviendo la coordinación de la investigación en esa área entre las instituciones académicas europeas. Recibió con beneplácito eventos tales como la mesa redonda, que eran importantes para fortalecer los compromisos regionales y nacionales con la mejora de la salud de los sectores más vulnerables y proporcionar liderazgo al mostrar el rumbo a seguirse.

122. La doctora Bachelet tenía motivos para ser optimista acerca de las perspectivas para la mejora de la situación sanitaria de las mujeres en la Región. Las tendencias con respecto al uso de métodos anticonceptivos y la cobertura de la atención prenatal, por ejemplo, eran alentadoras, y la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo era una plataforma excelente para el trabajo común, con la formación de alianzas entre los gobiernos, las comunidades, la sociedad civil y el sector privado. Por otro lado, ahora se conocían muy bien las formas de evitar las defunciones maternas, de modo que la reducción de la mortalidad materna ya no era una cuestión de conocimientos técnicos o

descubrimientos sino de voluntad política. No obstante, todavía quedaba mucho por hacer para procurar el acceso a los anticonceptivos, la atención prenatal y la atención calificada del parto.

123. Señaló que la mayoría de las estadísticas de la mortalidad materna eran promedios que ocultaban inequidades profundas en la Región, las cuales, en el caso de mujeres, se veían exacerbadas por la inequidad que ya sufrían en algunos países simplemente por el hecho de ser mujeres. Era necesario empoderar a las mujeres para que pudieran conseguir oportunidades y derechos y convertirse en una fuerza que debía ser tenida en cuenta en la adopción de decisiones. Con ese fin, el empoderamiento económico era crucial: las mujeres que tenían sus propios ingresos podían defenderse en el debate político y dedicar más a la salud, la educación y la seguridad alimentaria de su familia, promoviendo de esa forma los intereses de su familia y su comunidad así como los propios. En consecuencia, era necesario vincular la lucha contra la mortalidad materna con la lucha por los derechos y el empoderamiento de las mujeres.

124. La doctora Laski, hablando en nombre de Marcela Suazo, Directora de la Oficina Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe, subrayó que la planificación familiar era una de las intervenciones más eficaces en función de los costos a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y que también había ayudado a mejorar la situación de pobreza de las familias y a empoderar a las mujeres, además de desempeñar un papel importante en la prevención de los abortos peligrosos. Señaló que, aunque la Región estaba avanzando en el ámbito de la planificación familiar, utilizaba datos que correspondían principalmente a mujeres casadas o en una relación de pareja y pasaban por alto la situación de las adolescentes sexualmente activas en la Región, la mayoría de las cuales comenzaban a usar anticonceptivos después del nacimiento del primer hijo. No obstante, la tasa de fecundidad de las adolescentes de la Región seguía siendo muy elevada, superada solamente por la del África subsahariana, con grandes diferencias entre países. Tradicionalmente, la educación había desempeñado un papel importante en la prevención de los embarazos no deseados y sus consecuencias, como lo demuestra el hecho de que las niñas con un nivel más alto de educación tendían a presentar menos embarazos no intencionales. Sin embargo, las estadísticas ahora indicaban que el efecto beneficioso de la educación parecía estar disminuyendo. Para enfrentar esas inequidades y brechas, había que promover el uso de anticonceptivos en grupos desfavorecidos específicos. También era indispensable brindar acceso a una educación sexual integral, especialmente para los adolescentes.

125. El doctor Faúndes señaló que, aunque la mortalidad por abortos había bajado notablemente, la Región todavía tenía una de las tasas de abortos peligrosos más altas del mundo (10 veces mayor que en la Región de Europa y superada solo por el África subsahariana). Citó estadísticas que indicaban que la tasa de abortos era de seis a ocho veces mayor en los países donde el aborto era ilegal que en los países donde no solo era legal sino también fácilmente accesible. La diferencia se debía al hecho de que los países

que habían legalizado el aborto también proporcionaban asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva y acceso a métodos anticonceptivos modernos.

126. El primer paso para reducir el número de abortos peligrosos consistía en prevenir los embarazos no planificados y no deseados, para lo cual se necesitaban programas integrales de planificación familiar. Citó el ejemplo de Chile, donde los abortos presentaron una tendencia descendente cuando comenzaron a comercializarse anticonceptivos por medio del servicio nacional de salud. Otra área de acción consistía en lograr que los abortos legales también fuesen seguros. En algunos países de la Región, incluso en aquellos donde se permitía el aborto en ciertas circunstancias, a menudo se impedía que las mujeres pusieran fin a un embarazo. En esos países existía el temor de que facilitar los abortos o hacer cambios en la legislación con el propósito de permitirlos condujese al uso del aborto como alternativa frente al uso de anticonceptivos. No obstante, la experiencia había mostrado que, aunque en general se producía un pequeño aumento en los abortos justo después de su legalización, posteriormente las cifras bajaban de forma sostenida. Lo que explicaba esa paradoja evidente es que, cuando los abortos eran hechos por proveedores de atención sanitaria legítimos, las mujeres que se hacían abortos también recibían orientación sobre planificación familiar y servicios anticonceptivos.

127. El tercer campo de acción consistía en evitar la mortalidad y la morbilidad grave causadas por los abortos peligrosos, logrando que las mujeres que acudían en busca de atención médica para las complicaciones después de un aborto recibieran realmente la atención que necesitaban. Eso implicaba cambiar las actitudes discriminatorias de los proveedores de atención sanitaria. El cuarto campo de acción consistía en la orientación después del aborto y la información sobre planificación familiar con miras a prevenir los embarazos no planificados y, por consiguiente, los abortos repetidos.

128. La doctora Chan dijo que el debate había sido un intercambio franco y realista, sin falsas ilusiones, y aun así había ofrecido buenos motivos para ser optimistas. Los oradores habían señalado lo que había que hacer y las diversas barreras que era necesario superar. Para lograr el acceso universal a la gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva y maternidad sin riesgo había que corregir las desigualdades en el acceso a la asistencia y entender que las barreras que obstaculizaban la mejora de la salud de las mujeres y las niñas no eran principalmente médicas y técnicas sino sociales, culturales y políticas.

129. Durante demasiado tiempo, la maternidad sin riesgo había sido un tema del cual se hablaba con gran emoción y pasión retórica pero con resultados escasos o muy limitados. Transcurrían los decenios y se hacía poca mella en esa cifra monstruosa de medio millón de defunciones maternas. Finalmente las cifras habían empezado a disminuir, en particular en la Región de las Américas. Sin embargo, gran parte del trabajo en curso estaba procediendo sobre la base de información inadecuada: en demasiados

países no había estadísticas fiables sobre la causa de muerte, de modo que los programas de salud tenían que basar en sus estrategias en cálculos muy aproximados. La ejecución de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño ayudaría a abordar ese problema. Los fondos prometidos para la Estrategia habían seguido aumentando tras el compromiso inicial de cerca de \$40.000 millones, una suma increíble en la situación actual de austeridad financiera. La transparencia y la rendición de cuentas del uso de los fondos donados serían un factor decisivo a fin de obtener apoyo para el enorme esfuerzo que se necesitaba con el propósito de mejorar la salud de las mujeres y los niños, reducir las desigualdades abordando los determinantes sociales de la salud y fortalecer diversos componentes importantes de los sistemas y servicios de salud.

130. Tras la presentación de las conclusiones del panel, el Consejo consideró el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (véanse los párrafos 90 a 106).

Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CD51/15, Rev. 1 y Add. I)

131. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido con beneplácito la selección de la resistencia a los antimicrobianos como tema de la mesa redonda del Consejo y había propuesto varios aspectos para ser tratados en los grupos, entre ellos la disponibilidad actual y futura de antibióticos; el control de la calidad y el uso correcto de los antibióticos; el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos de los hospitales y las redes de laboratorios nacionales; la mejora de la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, y la mejora de las prácticas de dispensación de medicamentos.

132. El doctor Patrick W. Kelley, Director del Consejo de Desarrollo de las Academias Africanas de Ciencias del Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de Estados Unidos, pronunció el discurso principal para presentar el tema de la mesa redonda. El doctor Kelley señaló que el uso indebido de antimicrobianos producía farmacoresistencia e iba en detrimento de la salud pública. La automedicación sin receta era común en muchos lugares de la Región, pero el uso irrestricto de antibióticos era una causa de mala salud individual y mundial. La solución consistía en la educación y concientización, a fin de que las personas que usaban antibióticos de forma incorrecta o excesiva comprendieran los peligros. Persistía la suposición de que la industria farmacéutica llegaría al rescate, produciendo constantemente antibióticos nuevos para reemplazar aquellos que habían generado resistencia. Sin embargo, las dificultades para proporcionar antibióticos nuevos y más potentes eran cada vez mayores. El desarrollo de nuevos medicamentos era extremadamente costoso, lo cual significaba que si una empresa tenía la oportunidad de obtener medicamentos para enfermedades crónicas no transmisibles que podían tomarse todos los días durante decenios, tenía muchos menos incentivos para obtener antibióticos que quizá se tomaran solo durante una semana o dos.

133. Además, grandes cantidades de antimicrobianos falsificados podrían penetrar las fronteras incluso de los países más atentos. Un antibiótico de calidad y potencia inferiores a la norma promovería la aparición de microorganismos resistentes dondequiera que entrara en la cadena de distribución mundial y complicaría la evolución clínica de los pacientes o incluso podría provocar la muerte. Otra complicación era el tema de los derechos de propiedad intelectual. La mayoría de los problemas relacionados con los medicamentos falsificados eran problemas de salud pública que no estaban relacionados con la infracción de marcas registradas, pero los temas de propiedad intelectual habían predominado en las negociaciones internacionales para mejorar el acceso a medicamentos seguros y eficaces, llevando a un punto muerto. La administración de antibióticos a animales destinados al consumo para acelerar su crecimiento agravaba el problema y daba lugar a la presencia de bacterias resistentes en los alimentos en los supermercados tanto europeos como estadounidenses.

134. En Europa, las bacterias farmacorresistentes causaban cerca de 400.000 infecciones y más de 25.000 defunciones al año, a un costo, en términos de días de hospitalización, de 1.500 millones de euros como mínimo. Las cifras para el continente americano indudablemente serían similares. A medida que las personas de edad avanzada aumentaran en número en todo el mundo y pasaran más tiempo en el hospital a fin de recibir atención para enfermedades no transmisibles, la carga económica de las infecciones nosocomiales farmacorresistentes aumentaría. Una respuesta sostenible y eficaz exigía un enfoque del gobierno en conjunto que abarcara los ministerios de salud, agricultura y ganadería, educación y hacienda, con la comunidad de salud pública asumiendo un papel central para promover programas de control de las infecciones intrahospitalarias basados en buenas condiciones de vigilancia, análisis epidemiológico, política clínica, higiene y educación.

135. El Grupo Consultivo Técnico de la OPS sobre la Resistencia a los Antimicrobianos había examinado el desempeño de los laboratorios y había encontrado resultados desiguales, lo cual ponía de relieve la importancia de invertir en mejores medios de diagnóstico, sistemas de datos, sistemas de garantía de la calidad, capacitación en laboratorios y epidemiología, y acreditación externa periódica. Sin un buen trabajo de laboratorio, se desperdiciaría mucho dinero debido a la vigilancia débil y a la selección de medicamentos al tanteo. También era importante que los médicos clínicos se adhirieran a directrices basadas en datos probatorios. En todos los hospitales se debería considerar la posibilidad de instituir un examen institucionalizado, realizado por homólogos, de la calidad de la atención.

136. Afortunadamente, la OPS había hecho un trabajo excelente y había definido claramente los temas que debían abordarse en todo el espectro de la salud, y la Región ahora estaba en una buena situación para elaborar y ejecutar planes estratégicos nacionales de vigilancia y control de la resistencia a los antimicrobianos, con garantía de calidad. Para dar los pasos siguientes se necesitaría valor y estímulo mutuo. Los Estados

tenían que considerar algunas intervenciones que podrían ser poco populares a fin de controlar mejor el acceso a los antibióticos, así como educación popular sobre el uso de antibióticos, no solo a fin de brindar a los pacientes atención de buena calidad, sino también para preservar durante el mayor tiempo posible el milagro de los antibióticos que había sido una de las bases de la salud mundial durante los últimos 70 años.

137. Después de los comentarios del doctor Kelley, el Consejo se dividió en tres grupos, que abordaron las repercusiones sociales y económicas de la resistencia a los antimicrobianos, la información epidemiológica y su posible uso, y un enfoque polifacético para contener la resistencia a los antimicrobianos.

138. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) presentó las conclusiones de los diferentes grupos, que figuran en el documento CD51/15, Rev. 1, Add. I. Señaló que los grupos habían observado que la resistencia a los antimicrobianos planteaba una amenaza para la salud que tenía un costo social y económico elevado y exigía una respuesta multisectorial. Por consiguiente, se consideraba que el fortalecimiento de la función rectora de los gobiernos era fundamental para el éxito. En la práctica, la respuesta comenzaba con un marco jurídico, político y regulatorio que abarcara todos los aspectos del ciclo de uso de antimicrobianos, la vigilancia de laboratorio de la resistencia y el control de infecciones relacionadas con la atención de salud. Para poner en práctica ese marco se necesitaba un intercambio de experiencias fructíferas y prácticas óptimas, así como cooperación entre los Estados Miembros.

139. El Consejo solicitó a la Oficina que preparara una estrategia regional y plan de acción para contener la resistencia a los antimicrobianos que sirviera de guía para las políticas nacionales y los planes operativos, y que pudiera presentarse en la próxima reunión de los Cuerpos Directivos.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documento CD51/16 y Add. I)

140. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que se había informado al Comité que, al 20 de junio del 2011, la recaudación combinada de contribuciones atrasadas y contribuciones correspondientes al año en curso ascendía a \$54,7 millones, en comparación con \$49,3 millones en el 2010 y \$38 millones en el 2009. La recaudación de las contribuciones del año en curso ascendía a \$31 millones, o sea, 32% del total adeudado para el 2011. También se había informado al Comité que debía aplicar a dos Estados Miembros las restricciones del voto previstas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS y que la Oficina había instado a esos Estados Miembros a que

tomaran las medidas necesarias para mantener su derecho de voto durante el Consejo Directivo.

141. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal sobre Servicios y Sistemas Financieros, OSP) agradeció los esfuerzos constantes de los Estados Miembros para pagar las contribuciones señaladas oportunamente, asegurando de ese modo un flujo de caja previsible para la Organización. Explicó que el documento CD51/16 reflejaba los pagos recibidos hasta el 31 de julio del 2011 y que el Addendum I contenía datos actualizados sobre los pagos recibidos hasta el 16 de septiembre del 2011. Con posterioridad a esa fecha, la OPS había recibido otro pago, de \$1.348.981, del Gobierno de México, que de ese modo había pagado en su totalidad la contribución correspondiente al 2011.

142. Las contribuciones señaladas recibidas al 16 de septiembre del 2011 ascendían a \$85 millones, en comparación con \$81 millones en el 2010, \$69 millones en el 2009 y \$53 millones en el 2008. Al 16 de septiembre del 2011, las contribuciones recaudadas correspondientes al año en curso ascendían a \$57,3 millones, que representaban sólo 58% de los \$98,3 millones en concepto de cuotas correspondientes al 2011. Veinte Estados Miembros habían pagado las contribuciones del 2011 en su totalidad, cinco habían efectuado pagos parciales y 14 todavía no habían efectuado pago alguno con respecto al año en curso.

143. Al 1 de enero del 2011, los atrasos en las contribuciones señaladas correspondientes a años anteriores al 2011 ascendían a \$29,7 millones; de esta cantidad, 90% correspondía al 2010. Los pagos de contribuciones atrasadas recibidos al 16 de septiembre del 2011 ascendían a \$27,7 millones, o sea, 93% del total de los atrasos, y el saldo pendiente ascendía a sólo \$2 millones. A la fecha de la apertura del Consejo, ningún Estado Miembro estaba sometido a las restricciones del voto previstas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

144. En el debate que siguió a los comentarios de la señora Kintzios se señaló que el pago de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros reflejaba el compromiso importante que habían asumido con respecto a los problemas de salud pública, que los motivaba para mantenerse al día con sus pagos incluso en una época de austeridad financiera. A su vez, el Consejo reconoció el esfuerzo que estaban realizando la Directora y el personal de la Oficina para aprovechar al máximo los recursos contribuidos.

145. La Directora agradeció a los Estados Miembros el pago de las contribuciones en una época de graves limitaciones financieras.

146. El Consejo tomó nota del informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al año 2010 (Documento Oficial 340)

147. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había recibido el Informe Financiero del Directora, que fue presentado por la señora Sharon Frahler, Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, y la señora Helen Freetenby, en representación del Auditor Externo. La señora Frahler había resumido el contenido del informe financiero, señalando que los recursos financieros de la Organización seguían experimentando un crecimiento notable y habían alcanzado un total devengado de \$932,6 millones en el 2010, en comparación con los \$731 millones recaudados en efectivo en el 2009. Los gastos durante el año habían llegado a \$927,3 millones; por lo tanto, la Organización había concluido el 2010 con un excedente neto de ingresos sobre gastos de \$5,3 millones.

148. Las contribuciones devengadas para el 2010 sumaban \$98,3 millones, y los ingresos varios devengados, \$5,2 millones. Además, la Organización había recibido y ejecutado un total de \$200 millones en concepto de fondos fiduciarios de conformidad con acuerdos plurianuales para programas de salud pública, incluidos \$82,8 millones recibidos de gobiernos para proyectos financiados con recursos externos, \$106,8 millones para proyectos financiados con recursos internos y casi \$10 millones para la respuesta a situaciones de emergencia en Chile y Haití.

149. La señora Freetenby había informado al Comité que el Auditor Externo no había encontrado puntos débiles o errores que pudieran considerarse sustanciales en la exactitud o el carácter integral de las cuentas de la Organización y, por consiguiente, había emitido un dictamen de auditoría sin reservas. Había felicitado a la Organización por la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), agregando que, como consecuencia de esa tarea, el plazo para la realización de la auditoría había sido muy ajustado. También había puesto de relieve la necesidad de mejorar o reemplazar algunos sistemas clave de información para la contabilidad financiera y la gestión a fin de que la Organización pudiera sacar el máximo provecho posible de las IPSAS, así como la necesidad de un buen marco de gestión de riesgos.

150. El Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la información sobre la sólida situación financiera de la Organización y el dictamen de auditoría sin reservas. Se consideraba que la buena calidad de las cuentas de la Organización y la mayor transparencia proporcionada por las IPSAS eran particularmente importantes en vista del crecimiento continuo de los recursos administrados por la Organización. El Comité había instado a la Oficina a que prestara suma atención a los asuntos planteados por el Auditor Externo y a sus 12 recomendaciones, que figuraban en el *Documento Oficial 340*. Ya se habían tenido en cuenta las recomendaciones relativas a la actualización frecuente de los datos sobre proyectos, a fin de tener la certeza de que la información sobre la gestión estuviese actualizada, y a la adopción de un método para abordar las obligaciones

subfinanciadas en relación con las prestaciones del personal. Observando que el Auditor Externo había expresado preocupación por algunas actividades de compras que podrían ser impropias, el Comité había sugerido adoptar reglas más estrictas.

151. El Consejo Directivo felicitó a la Organización por la preparación de estados financieros que cumplieran con las IPSAS y la obtención de un dictamen de auditoría sin reservas al respecto. Observó que, de acuerdo con la recomendación del Auditor Externo, la Oficina todavía tenía que abordar ciertos riesgos de la tecnología de la información para cerciorarse de que se atendieran las necesidades esenciales en materia de actividades e informes y para seguir vigilando las implicaciones para la Organización del plan de seguro de enfermedad del personal que compartía con la OMS.

152. También se expresó preocupación por un número reducido de contratos de compras cuestionables, que se ponían de relieve en el informe del Auditor Externo, y se instó a la Oficina a que pusiera en práctica la recomendación del Auditor Externo de hacer una evaluación formal de riesgos para los contratos de compras de valor elevado y los contratos en nuevas áreas de actividad. Se tomó nota de los comentarios del Auditor Externo sobre la actualización del Sistema de Información para la Gestión de la OSP y se pidió a la Oficina que proporcionara informes que confirmaran que, en la implementación del sistema nuevo, se habían abordado los riesgos señalados. Se tomó nota asimismo de la preocupación del Auditor Externo con respecto a las obligaciones subfinanciadas relativas a la jubilación del personal de la Oficina y a la atención de salud después de la separación del servicio. También se recordó que, en la reunión del Comité Ejecutivo, se había expresado el deseo de contar con un documento que detallara el alcance de las diversas funciones de supervisión y auditoría de la Organización.

153. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP) agradeció al Consejo el reconocimiento del trabajo que había sido necesario para aplicar las IPSAS plenamente y a tiempo, señalando que, por ser una de las primeras entidades en hacerlo, la Oficina se había convertido en una fuente de información a la cual estaban acudiendo otros organismos del sistema de las Naciones Unidas en busca de orientación y ayuda con sus propios procesos de implementación de las IPSAS. Pasando al tema del plan de seguro de enfermedad del personal, dijo que, como el plan se había compartido con la OMS durante años, era difícil dividir lo que ambas organizaciones habían contribuido. En eso influía también el hecho de que, mientras que la OPS había implementado las IPSAS en el 2010, la OMS no lo haría hasta el 2012 y, en consecuencia, no tenía la misma urgencia para resolver el problema. Ambas organizaciones estaban buscando una solución que fuese mutuamente aceptable y no se preveía que el asunto causara dificultades para cerrar las cuentas del año en curso.

154. Aunque el Auditor Externo había expresado dudas acerca de dos compras específicas, la Oficina había reafirmado que ambas se habían efectuado verdaderamente en el marco de la misión de la Organización. El incidente había recordado a la Oficina la

importancia de que cada parte de la Organización descentralizada conociera las reglas en materia de compras y, en adelante, si se recibía una solicitud de compras que no pareciera ceñirse a esas reglas, sería rechazada de inmediato.

155. Con respecto a la evaluación de riesgos, la Oficina estaba avanzando y esperaba tener una solución robusta lista para presentar al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2012. También se prepararía un documento para el Subcomité sobre el asunto de las obligaciones subfinanciadas relacionadas con prestaciones del personal.

156. La Directora estaba de acuerdo en que el ejercicio financiero anterior había sido crucial, ya que había sido la primera vez que se habían preparado los estados financieros de la Organización de conformidad con las nuevas normas de contabilidad. Agradeció el trabajo realizado por todos para lograrlo y observó que, en una organización descentralizada como la OPS, se necesitaban esfuerzos en las representaciones y en otros lugares, en los ministerios de salud que suministraban los datos y en la Sede.

157. El Consejo tomó nota del informe.

Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015 (documento CD51/17 y Corr. 1)

158. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que en junio se había informado al Comité que se habían recibido tres candidaturas para el cargo de Auditor Externo: el Gobierno de Bolivia había propuesto al Contralor y Auditor General de la India, el Gobierno de Panamá había propuesto al Tribunal de Cuentas de España y el Gobierno de Perú había propuesto al Tribunal de Cuentas de Alemania. Se había recibido otra candidatura del Gobierno de Jamaica, pero como había llegado después del vencimiento del plazo no había reunido los requisitos para ser considerada.

159. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal de Servicios Financieros y Sistemas, OSP) agregó que, de conformidad con el párrafo 14.1 del Reglamento Financiero, la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo debía nombrar un Auditor Externo de prestigio internacional para auditar las cuentas de la Organización. La duración del nombramiento quedaba a discreción de la Conferencia o el Consejo, pero la práctica seguida anteriormente había consistido en nombrar al Auditor Externo por dos bienios. Agregó que el Auditor Externo debía tener experiencia con servicios profesionales de auditoría de conformidad con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, así como experiencia con el trabajo en un entorno multicultural, y estar en condiciones de proporcionar personal debidamente capacitado que hablara español e inglés.

160. En octubre del 2010 se había enviado una *note verbale* a todos los Estados Miembros, en la cual se describía con detalles el procedimiento que debía seguirse con la finalidad de proponer candidaturas para el cargo de Auditor Externo. El plazo para la recepción de las candidaturas había vencido el 30 de abril del 2011 y posteriormente había sido prorrogado por la Directora hasta el 1 de junio del 2011. Se había instado a los Estados Miembros a que examinaran los órganos que auditaban a otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, así como otras entidades fiscalizadoras superiores, señalando que no era necesario que el Auditor Externo de la OPS fuese de la Región de las Américas. Además, como no se requería que la OPS nombrara una entidad auditora nacional como Auditor Externo, se había instado a los Estados Miembros a que consideraran la posibilidad de proponer un candidato del sector privado.

161. La señora Kintzios confirmó que se habían recibido tres candidaturas, como había dicho el Representante del Comité Ejecutivo, pero observó que la candidatura del Contralor y Auditor General de la India estaba incompleta, de modo que no podía ser sometida a la consideración del Consejo, con lo cual quedaban sólo dos candidatos: el Tribunal de Cuentas de Alemania y el Tribunal de Cuentas de España.

162. El señor Michael Schrenk, en representación del Tribunal de Cuentas de Alemania, explicó el servicio que ofrecía su institución y dijo que los honorarios anuales de auditoría serían de \$277.000. El señor Ciriaco de Vicente, en representación del Tribunal de Cuentas de España, también explicó el servicio que ofrecía su institución y dijo que los honorarios anuales de auditoría serían de \$240.000.

163. Se hicieron preguntas con respecto al enfoque utilizado por el Tribunal de Cuentas de España para la auditoría de la tecnología de la información, su enfoque y experiencia con las IPSAS y la forma en que planeaba asignar meses-persona a la auditoría de la OPS. El señor de Vicente dijo que su institución se concentraba en la seguridad del sistema de computación, la accesibilidad, la fiabilidad y la uniformidad interna, y que el Tribunal tenía experiencia con las IPSAS, así como con otros conjuntos de normas.

164. Se hizo una votación por voto secreto. Los representantes de Puerto Rico y Brasil fueron designados escrutadores. Los resultados de la votación fueron los siguientes: se emitieron 33 votos válidos, 23 a favor del Tribunal de Cuentas de España y 10 a favor del Tribunal de Cuentas de Alemania.

165. El Consejo aprobó la resolución CD51.R3, mediante la cual se nombró al Tribunal de Cuentas de España como Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2012-2015.

Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD51/18)

166. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que, tal como había informado anteriormente, el Comité había ratificado varias modificaciones del Reglamento del Personal durante su sesión de junio. El Comité también había establecido los sueldos del Director Adjunto y el Subdirector, que entrarían en vigor el 1 de enero del 2011, y había recomendado que el Consejo Directivo estableciera el sueldo bruto anual del Director en \$204.391, también a partir del 1 de enero. Esas decisiones se reflejaron en la resolución CE148.R12, que se adjuntaba al documento CD51/18.

167. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD51.R13, mediante la cual se estableció el sueldo bruto anual del Director en \$204.391 a partir del 1 de enero del 2011.

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD51/19)

168. El Consejo seleccionó a Bolivia y Suriname para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (resolución CD51.R2).

Premios

Premio OPS en Administración, 2011 (documento CD51/20)

169. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2011, integrado por los representantes de San Vicente y las Granadinas, Estados Unidos de América y la República Bolivariana de Venezuela, se había reunido en ocasión de la 148.^a sesión del Comité Ejecutivo y, tras examinar la información sobre los candidatos propuestos por los Estados Miembros, había decidido adjudicar el Premio OPS en Administración 2010 al doctor John Edward Greene, de Guyana, por su contribución al desarrollo del sector de la salud y los recursos humanos en la Comunidad del Caribe y por su movilización del compromiso político para alcanzar resultados significativos en una amplia gama de problemas prioritarios en el ámbito de la salud pública. El Jurado había señalado que la decisión había sido muy difícil, ya que todos los candidatos tenían antecedentes impresionantes, y que se podría facilitar el proceso y evitar cualquier subjetividad si se preparara una lista de verificación de criterios objetivos ponderados a tener en cuenta en la selección del ganador del premio.

170. El Comité Ejecutivo había felicitado al doctor Greene y aprobado la resolución CE148.R13, mediante la cual se tomaba nota de la decisión del Jurado y se remitía el informe al 51.º Consejo Directivo.

171. El Presidente y la Directora entregaron el Premio OPS en Administración 2010 al doctor John Edward Greene, de Guyana, cuyo discurso de aceptación se encuentra en la página web del 51.º Consejo Directivo.

Premio Abraham Horwitz a la excelencia en liderazgo en la salud pública interamericana, 2011

172. El doctor Fernando Mendoza (Secretario de la Junta Directiva de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación) recordó que, durante 43 años, la Fundación había colaborado con la OPS para impulsar la meta común de proteger la vida y mejorar la salud en la Región de las Américas. Como parte de esa alianza, cada año se adjudicaban varios premios a la excelencia en la salud pública interamericana, entre ellos el Premio Abraham Horwitz al liderazgo en la salud interamericana, creado en homenaje al doctor Abraham Horwitz, ex Director de la OPS y ex Presidente de PAHEF. Con ese premio se reconocía a líderes que habían cambiado vidas y mejorado la salud de los habitantes del continente americano.

173. El doctor Mendoza, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Abraham Horwitz al liderazgo en la salud interamericana 2011 al doctor Peter J. Hoetz, Decano de la Escuela Nacional de Medicina Tropical, profesor de los departamentos de Pediatría y de Virología y Microbiología Molecular de Facultad de Medicina Baylor de Houston (Texas) y titular de la cátedra de Pediatría Tropical en el Hospital de Niños de Texas, por su trabajo en el campo de las enfermedades tropicales desatendidas. El discurso de aceptación del doctor Hoetz se encuentra en la página web del 51.º Consejo Directivo.

Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética, 2011

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

175. El doctor Mendoza, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Manuel Velasco Suárez a la excelencia en la bioética 2011 a la doctora Laura Adriana Albarellos, profesora de la Universidad de las Américas en Puebla y asesora especial en materia de política sanitaria del Gobierno de México, por su propuesta “Creación y uso de un sistema de genotecas para el establecimiento de políticas públicas”. El discurso de

aceptación de la doctora Albarellos también figura en la página web del 51.º Consejo Directivo.

Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la atención sanitaria universal, 2011

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

177. El doctor Mendoza, el Presidente y la Directora entregaron el Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la salud pública 2011 al programa de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (AIEA) del Ministerio de Salud de Guyana, representado por la Directora de la Unidad de Salud del Adolescente y el Adulto Joven, doctora Marcia Paltoo, cuyo discurso de aceptación se encuentra en la página web del 51.º Consejo Directivo.

Otros premios conjuntos de la OPS y PAHEF

178. El doctor Mendoza anunció que el Premio Clarence H. Moore al Servicio Voluntario había sido adjudicado a la Red Internacional de Mujeres para Soluciones en Guatemala (WINGS), representada por su fundadora, la señora Sue Patterson, por su trabajo para mejorar la vida de las familias guatemaltecas, proporcionándoles educación, acceso y promoción de la planificación familiar, la salud reproductiva y otros programas y servicios de salud pública; que el Premio Pedro N. Acha a la Salud Pública Veterinaria había sido adjudicado a la doctora Francisca Samsing por su tesis de grado titulada “Análisis del riesgo de contaminación de la carne de cerdo por dioxina, furano y dl-BPC como consecuencia de los piensos que integran su régimen alimentario”; y que el Premio Fred L. Soper a la excelencia en la bibliografía de salud pública había sido adjudicado a la doctora Ana Lucia Lovadino de Lima, de la Unidad de Investigación Epidemiológica, Nutrición y Salud de la Universidad de São Paulo, por su artículo titulado “Causas de la disminución acelerada de la desnutrición infantil en el nordeste de Brasil (1986-1996-2006)”.

179. Esos premios fueron entregados en una cena de entrega de premios que tuvo lugar en la semana del Consejo Directivo.

Asuntos de información general

Consulta regional sobre la reforma de la OMS (documento CD51/INF/2, Rev. 1, y Add. I, Rev. 1)

180. La Directora, al presentar este tema, hizo una reseña de los antecedentes de la iniciativa de reforma de la OMS, que había comenzado en enero del 2010 con consultas oficiosas sobre el financiamiento futuro de la OMS y se había convertido en un programa integral de reforma que abordaba asuntos relacionados no solo con el financiamiento sino también con la gobernanza y las actividades básicas de la OMS. Señaló que había cierta confusión con respecto al significado de las “actividades básicas” y aclaró que la frase se refería a las áreas programáticas prioritarias de la Organización tal como se definían en su Constitución. En la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud se habían señalado cinco áreas prioritarias en el cuales debía concentrarse el proceso: a) sistemas e instituciones de salud, b) salud y desarrollo, c) seguridad sanitaria, d) datos fidedignos sobre las tendencias y los determinantes de la salud, y e) fortalecimiento del poder de convocatoria en pro de la salud. Después explicó la justificación, la finalidad, el alcance y los resultados previstos de la reforma (véase el documento CD51/INF/2, Rev. 1).

181. Se pidió al Consejo Directivo, en calidad de Comité Regional de la OMS, que formulara observaciones sobre el programa y el proceso de reforma de la OMS y que proporcionara orientación sobre los temas clave planteados en tres documentos de concepto: la gobernanza de la OMS; el alcance, las atribuciones y el proceso de una evaluación independiente de la OMS; y la propuesta de crear un Foro Mundial de la Salud convocado por la OMS a fin de reunir a diversos interesados directos que participan en actividades mundiales de salud. Se había pedido también a los otros comités regionales que celebraran consultas, cuyos resultados se compilarían y se presentarían en una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo de la OMS que se celebraría en noviembre del 2011. Posteriormente se prepararía un proyecto de paquete de reformas que se presentaría en la reunión ordinaria del Consejo Ejecutivo en enero del 2012 y en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2012.

182. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) dijo que el objetivo principal de la reforma era convertir a la OMS en una organización más eficiente y eficaz que atendiera mejor a sus Estados Miembros. Subrayó que no había puesto en marcha el proceso de reforma porque la OMS “anduviese mal”. Sin embargo, el mundo había cambiado mucho y habían surgido muchos actores nuevos en la escena mundial de la salud en los 63 años transcurridos desde la fundación de la Organización, y la OMS tenía que fortalecer su capacidad para apoyar a los Estados Miembros en ese entorno nuevo.

183. Como había comentado en otras ocasiones, la OMS había contraído demasiadas obligaciones y estaba subfinanciada. Durante los últimos años, en cada Asamblea Mundial de la Salud los Estados Miembros habían aprobado más de 20 resoluciones,

todas con mandatos para la Secretaría, la cual no contaba con suficientes recursos financieros y humanos para ejecutarlos, en particular porque una proporción muy grande de los recursos que recibía estaba destinada a fines específicos. En consecuencia, una pregunta fundamental en el proceso de reforma era cómo podía la Organización priorizar mejor sus actividades y llevar a cabo los mandatos que había recibido de los Estados Miembros en un contexto de escasez de recursos.

184. La gobernanza era otro aspecto decisivo de la reforma. Internamente, se necesitaba una mayor coherencia entre los Órganos Deliberantes de la Organización y una mejor convergencia entre la orientación adoptada por los comités regionales y las decisiones tomadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Al mismo tiempo, había que buscar la forma de escuchar y tener en cuenta las opiniones de los numerosos actores de la sociedad civil y el sector privado que participaban en actividades sanitarias mundiales, cumpliendo de esa forma los repetidos llamamientos de los Estados Miembros para que la Organización fuese más inclusiva. Sin embargo, eso debía hacerse sin socavar la autoridad suprema de los Estados Miembros para tomar decisiones, porque la OMS debía seguir siendo una organización conducida por los Estados Miembros. El Foro Mundial de la Salud era un posible mecanismo, pero había otros, y la doctora Chan aguardaba con interés escuchar las opiniones de la Región sobre ese asunto, entre otros planteados en los tres documentos de concepto.

185. El Consejo organizó tres mesas redondas para tratar los documentos de concepto y los demás antecedentes contenidos en el documento CD51/INF/2, Rev. 1. Cada mesa redonda nombró dos relatores, que resumieron las deliberaciones y, en colaboración con personal de la OSP, elaboraron un informe resumido sobre la consulta regional. Ese informe (documento CD51/INF/2, Add. I, Rev.1 tras la revisión) fue presentado posteriormente ante la sesión plenaria, donde se deliberó al respecto.

186. Durante las deliberaciones, los Estados Miembros recibieron con beneplácito la oportunidad de examinar formas de mejorar la gobernanza de la OMS, simplificar sus métodos de trabajo y lograr que sus prioridades concordaran con las necesidades actuales de los Estados Miembros. Sin embargo, se expresó preocupación por la celeridad excesiva con que estaba avanzando el proceso de reforma y porque no había suficiente tiempo para que los Estados Miembros hicieran un examen minucioso de las reformas propuestas. Se subrayó que la reforma, particularmente en el caso de una organización tan grande y compleja como la OMS, no debía hacerse con demasiada prisa ni dar la impresión de que eso estaba ocurriendo, y se señaló que indudablemente sería difícil revertir las reformas que posteriormente se determinara que habían sido desacertadas. Varios delegados opinaron que la reforma de la OMS debía tratarse no solo a nivel regional sino también a nivel subregional, entre los miembros de CARICOM, UNASUR y los diversos grupos de integración política y económica de la Región de las Américas.

187. Se subrayó la importancia del liderazgo de los Estados Miembros y el sentido de pertenencia del proceso de reforma. Varios delegados comentaron que el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI podía servir de modelo para un enfoque de la reforma impulsado por los Estados Miembros e indicaron que el informe final del Grupo de Trabajo⁴ debía remitirse a la OMS junto con el informe sobre la consulta regional sobre la reforma de la OMS.

188. Aunque se expresó apoyo general a la creación de un Foro Mundial de la Salud o un mecanismo similar, varias delegaciones observaron la necesidad de mayor claridad con respecto a su finalidad y relación con la Asamblea Mundial de la Salud, quiénes participarían y otros detalles. Con respecto a la propuesta de una evaluación externa de la OMS, se señaló que no debía estar a cargo de un consorcio independiente de expertos sino de un grupo de trabajo integrado por expertos propuestos por los Estados Miembros. Un delegado cuestionó el momento de la evaluación, señalando que no debía preceder el proceso de reforma sino que debía realizarse después que se hubiera determinado exactamente qué esperaban los Estados Miembros de la OMS.

189. Con respecto a las actividades básicas de la Organización, se subrayó que la función primordial de la OMS era proporcionar un fuerte liderazgo en el sector de la salud, particularmente ante la influencia creciente de intereses financieros y políticos en asuntos de salud. La Delegada de Paraguay, hablando en nombre de los ministros de salud de los países de UNASUR, dijo que la reforma de la OMS debía estar orientada a maximizar su capacidad de liderazgo y la mejora de su desempeño técnico como la máxima autoridad sanitaria a nivel mundial y no como una sumatoria de programas y estrategias que se superponían, que competían por los recursos y que planteaban abordajes fragmentados sin integralidad. También subrayó la necesidad de un fuerte liderazgo de la OPS en calidad de oficina regional de la OMS y sugirió que el foro de candidatos a celebrarse antes de la elección de un nuevo Director de la OPS en el 2012 debía considerarse como una oportunidad para señalar los principales retos para la salud a nivel mundial y regional, y reflexionar sobre la función que la OPS debería desempeñar con la finalidad de hacer frente a esos retos.

190. Se subrayó que la función de la OMS era proporcionar cooperación técnica y no cooperación financiera, y que, aunque el financiamiento era uno de los aspectos del proceso de reforma, el punto central debía ser replantear la Organización desde un punto de vista estratégico, teniendo en cuenta las orientaciones estratégicas proporcionadas por los procesos en marcha a nivel regional y mundial, como la próxima Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, y hacer una distinción clara entre los asuntos que debían abordarse a nivel mundial y los que requerían un enfoque regional. Además, se instó a la Organización a que apoyara y coordinara sus actividades con las

⁴ Documento CD46/29.

iniciativas de cooperación de Sur a Sur y otras plataformas de cooperación bilaterales y multilaterales.

191. Se expresó preocupación sobre la influencia cada vez mayor de los donantes en las prioridades de la OMS como consecuencia del financiamiento destinado a fines específicos. Al mismo tiempo, se señaló que el financiamiento proporcionado por los donantes aumentaba la disponibilidad de recursos en general, y se instó a la Organización a que tuviera en cuenta tanto los aspectos positivos como los aspectos negativos de tal financiamiento.

192. La doctora Chan observó que el problema no era las contribuciones voluntarias en sí, sino que el financiamiento voluntario, en particular los fondos destinados a un fin específico, no siempre concordaba con las prioridades establecidas por los Estados Miembros para la Organización. Los Estados Miembros en todas las regiones habían dejado en claro que no querían que el dinero se convirtiera en un mecanismo *de facto* para el establecimiento de prioridades y la Secretaría había tenido en cuenta ese mensaje. Señaló que otro reto con relación al establecimiento de prioridades estribaba en que las prioridades en el sector de la salud las establecían principalmente los ministros de salud en la Asamblea Mundial de la Salud, mientras que las decisiones acerca del financiamiento de la OMS las tomaban principalmente los ministerios de relaciones exteriores, desarrollo o planificación, lo cual daba lugar a una desconexión que debía abordarse.

193. La doctora Chan aseguró al Consejo Directivo que la Secretaría de la OMS no tenía la intención de seguir adelante a toda prisa con las reformas en asuntos cruciales que pudieran tener repercusiones a largo plazo e implicaciones mundiales o regionales. Sin embargo, había algunas reformas de la gestión que podían llevarse a cabo con bastante rapidez y que ayudarían a aumentar la eficiencia y la transparencia del trabajo de la Secretaría y a fortalecer su rendición de cuentas a los Estados Miembros. En calidad de administradora principal de la Organización, pensaba que tenía la responsabilidad de llevar a cabo esas reformas cuanto antes. La Secretaría seguiría pidiendo orientación a los Estados Miembros con respecto a todos los temas y asuntos estratégicos relacionados con el financiamiento y el establecimiento de prioridades. Se había establecido una plataforma para consultas en la web con el propósito de recibir aportes sobre el proceso de reforma, y la doctora Chan instó a todos los Estados Miembros a que la usaran a fin de para expresar sus puntos de vista e inquietudes.

194. La Directora de la OPS dijo que la Oficina seguiría facilitando las consultas a nivel regional y subregional, a fin de que todos los documentos relacionados con la reforma de la OMS se pusieran a disposición en los cuatro idiomas oficiales de la OPS. Ya se había informado al Grupo Mundial de Políticas de la Directora General sobre la iniciativa de la OPS en el Siglo XXI, pero esa información también se adjuntaría al documento que se presentaría a la OMS en relación con el informe que se compilaría para

el Consejo Ejecutivo de la OMS, junto con información sobre otros mecanismos de consulta regionales que pudieran ser útiles, como el Foro de CARICOM sobre la Sociedad Civil.

Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD51/INF/3)

195. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que en junio se había informado al Comité que el proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP se encontraba en la fase previa a la ejecución, durante la cual se seleccionaría el software apropiado. El proyecto se realizaría en dos fases de un año de duración cada una. Por lo tanto, el proyecto en su totalidad concluiría a mediados del 2014. Se había informado también al Comité que la Oficina estaba contratando los servicios de un consultor independiente cuya función sería indicar todos los productos de software que pudieran ser apropiados para las necesidades de la Organización y conseguir el mejor trato posible con el proveedor que se seleccionara. El Comité Ejecutivo, si bien había recibido con beneplácito el progreso realizado hasta ese momento, había señalado que la experiencia comparable de la OMS con la implementación del Sistema Mundial de Gestión (GSM) y los retos inmensos que había enfrentado debían servir de advertencia. El Comité había pedido que se confirmara si el cálculo del costo del proyecto seguía siendo válido y se le había informado que la Oficina no preveía que excediera del cálculo original de \$20,3 millones.

196. En las deliberaciones subsiguientes del Consejo, una delegada agradeció la información actualizada sobre el progreso y preguntó si había habido cambios en los costos previstos de la implementación. Además, observó que la Oficina proponía abordar la gestión financiera y los servicios de compras en el segundo paso de la segunda fase de la implementación, mientras que se podrían presentar argumentos a favor de hacerlo antes, en vista de que el Auditor Externo había recomendado que la Organización considerara la mejora del sistema de contabilidad financiera y gerencial como una prioridad estratégica. Asimismo, solicitó que se mantuviera a los Estados Miembros al tanto de la forma en que, con las mejoras, se estaba logrando la integración necesaria con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS.

197. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) dijo que el proceso se encontraba en ese momento en la etapa de adquisición del software y los servicios del integrador del sistema; se preveía que las sumas que se gastarían no excederían el monto establecido en el proyecto. Con respecto a la pregunta sobre el orden de las etapas de implementación, dijo que no se había tomado una decisión definitiva. El documento contenía un calendario provisional, que podría cambiar por recomendación del integrador del sistema, quien, además de suministrar información acerca de los productos de software que podían conseguirse en el mercado, asesoraría sobre la secuencia más apropiada para la instalación del software.

Confirmó que la OSP estaba coordinando con la OMS cada paso del proceso. El comité técnico que se estaba formado para proporcionar orientación sobre el proyecto incluiría un funcionario de la OMS con grandes responsabilidades en relación con el Sistema Mundial de Gestión.

198. La Directora agregó que las adquisiciones necesarias para la mejora del Sistema de Información Gerencial, igual que otras compras, estaban haciéndose en estricta conformidad con los procesos y procedimientos internos de control.

199. El Consejo tomó nota del informe sobre el progreso realizado.

Informe sobre la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (documento CD51/INF/4)

200. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) examinó los sucesos que habían llevado a la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en particular las iniciativas tomadas por los gobiernos de CARICOM.

201. El Consejo agradeció el informe sobre la reunión de alto nivel. Hubo acuerdo general en que las enfermedades no transmisibles planteaban grandes dificultades para los sistemas de salud de la Región, que exigían una acción multisectorial y la participación de las esferas más altas del gobierno. Se señaló que tales enfermedades estaban vinculadas a la pobreza y tenían una repercusión desproporcionadamente grande en los países en desarrollo y las poblaciones de menores ingresos. También había un nexo claro entre la incidencia de enfermedades no transmisibles y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el ODM 5 (Mejorar la salud materna), ya que enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías eran causas indirectas de mortalidad materna. Varios delegados felicitaron a los países de CARICOM por su liderazgo al poner de relieve el problema de las enfermedades no transmisibles ante el resto del mundo y al presionar para que se tuviera lugar esta reunión en el marco de las Naciones Unidas.

202. Los delegados subrayaron la importancia del acceso a los medicamentos para tratar las enfermedades no transmisibles, observando que en muchos lugares, particularmente en los países menos desarrollados, la disponibilidad de tales medicamentos era limitada o inexistente. Por ese motivo, de acuerdo con la Estrategia mundial y plan de acción de la OPS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, algunos países estaban efectuando intensas diligencias para aprovechar la flexibilidad conferida en el acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), en consonancia con la Declaración de

Doha del 2001. Se destacó que la Declaración de Doha debía aplicarse tanto a los medicamentos para las enfermedades no transmisibles como a los medicamentos para tratar otras categorías de enfermedades.

203. Se señaló que uno de los pasos más importantes en el futuro sería elaborar indicadores del avance de los países en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. También se consideró importante calcular las consecuencias económicas de esas enfermedades e indicar sus determinantes sociales, y se señaló que, para determinar esos costos con exactitud, se necesitaría la participación del sector financiero.

204. También se señaló que los factores que contribuían a las enfermedades no transmisibles eran complejos, lo cual significaba que, para reducir su impacto, se necesitaría un enfoque multisectorial que abordara las condiciones sociales, culturales y económicas que afectaban considerablemente la vida cotidiana de las personas. Se subrayó que muchas de las medidas preventivas más importantes tendrían que tomarse fuera del sector de la salud; por ejemplo, en los ámbitos de la educación, el transporte, la agricultura y la ganadería, y la elaboración de alimentos.

205. Un delegado, hablando en nombre de UNASUR, puso de relieve los efectos perjudiciales de los modos de vida cada vez más urbanos, caracterizados por la falta de actividad física, la selección de formas de entretenimiento excesivamente pasivas y el consumo excesivo de comidas rápidas, bebidas gaseosas y otros alimentos malsanos. El Consejo de Salud de UNASUR (UNASUR Salud) estaba decidido a revertir esas tendencias. Un modelo prometedor para hacerlo era el éxito logrado con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y los enfoques usados en ese contexto podían adaptarse a fin de crear espacios saludables, aumentar la actividad física de las personas, reducir los ingredientes perjudiciales para la salud en los alimentos y establecer un código para reglamentar la publicidad y comercialización de alimentos a niños. A fin de alcanzar esos objetivos se necesitaría apoyo técnico y cooperación regional e internacional.

206. Otra delegada recordó que un tema importante de la reunión de alto nivel había sido la necesidad de formar alianzas sólidas para el intercambio de prácticas óptimas. La OPS podría ayudar a forjar tales alianzas a nivel regional, en particular para preparar indicadores regionales. Otra delegada advirtió que, aunque el establecimiento de indicadores y metas regionales era, en principio, una buena idea, había que procurar que se alinearan con el trabajo de la OMS que ya estaba en marcha. Numerosos delegados subrayaron que, si bien la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas había sido un evento sobresaliente, válido y satisfactorio, era importante no considerarla como un fin sino como un hito importante en la senda para la acción. Una representante de la Federación Mundial del Corazón dijo que, aunque las enfermedades no transmisibles causaban 36 millones de muertes al año, no estaban incluidas activamente en la agenda para el desarrollo, e instó a que se tomaran medidas para rectificar esa situación.

207. El doctor Espinal estuvo de acuerdo en que la reunión de alto nivel no debía considerarse como el fin de una trayectoria sino como un hito importante en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. También manifestó su acuerdo con las ideas expresadas acerca de la importancia del acceso a medicamentos y la necesidad de metas e indicadores a nivel tanto mundial como regional. Con respecto al tema del costo, señaló que, según los cálculos del Foro Económico Mundial, las repercusiones económicas de las enfermedades no transmisibles ascendían a \$30.000 millones, mientras que el costo de la ejecución de las prácticas óptimas propuestas por la OMS era de \$11.000 millones. Agregó que, en una reunión que se celebraría en México a mediados de noviembre, a la cual asistirían representantes de la OPS, de la CEPAL, de la OCDE y algunos Estados Miembros, se abordaría la cuestión de los costos más detalladamente.

208. La Directora elogió la labor de los países de CARICOM para que la reunión de alto nivel se concretara y del Representante Permanente de Jamaica, en particular, que había sido nombrado cofacilitador. Estuvo de acuerdo en que muchas de las medidas que podrían tomarse específicamente para combatir las enfermedades no transmisibles, como construir centros de oncología o de diálisis, serían muy costosas. Por otro lado, muchos componentes de la lucha contra esas enfermedades ya se habían puesto en marcha y su utilización sería mucho menos costosa. Algunos ejemplos eran el fortalecimiento del control del tabaco, la ejecución de la estrategia y plan de acción sobre el alcohol que acababa de aprobarse, el progreso con respecto a la reducción de la sal y las grasas trans, y las políticas comerciales y agropecuarias orientadas a promover decisiones saludables.

209. En cuanto al presupuesto de la OPS, era indispensable que las enfermedades no transmisibles no se encararan de forma aislada sino en el contexto de los sistemas de salud, los medicamentos esenciales, el control del tabaco, las cuestiones de género, los servicios de laboratorio, la capacitación en materia de enfermería, el desarrollo de los recursos humanos, la nutrición, el urbanismo y la salud urbana, tema en relación con el cual el Consejo también había aprobado un plan de acción. Ese enfoque integral era prometedor para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, en vez de cualquier intento de crear una unidad específica para abordar las enfermedades no transmisibles.

210. Era necesario continuar con la labor de concientización sobre la importancia del tema y de la necesidad de un enfoque intersectorial. Había por delante varias reuniones intergubernamentales y cumbres, cada una de las cuales ofrecería una oportunidad para repetir y reforzar el mensaje de la reunión de alto nivel. De manera análoga, era necesario aumentar la conciencia acerca de las enfermedades no transmisibles en organismos tales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Internacional del Trabajo y la UNESCO. Era importante recordar las enseñanzas de la lucha contra la infección por el VIH/sida, en la cual treinta años de promoción de la causa no habían logrado que el mundo, más allá el sector de la salud, tomara el problema en serio. Solo cuando la infección por el VIH/sida dejó de ser un

problema de salud para convertirse en un problema político, económico y social, las condiciones se volvieron propicias para los adelantos médicos recientes que llevaron a una reducción de los casos nuevos de infección en el mundo. El mismo enfoque integral debía aplicarse a las enfermedades no transmisibles.

211. Las enfermedades no transmisibles serían un tema central para la Organización en el próximo año, a medida que tanto la Oficina como los Estados Miembros pasaran de la declaración política de la reunión de alto nivel a hechos concretos. Un aspecto importante de ese trabajo sería el examen por parte los Cuerpos Directivos de la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.

212. El Consejo tomó nota del informe sobre la reunión de alto nivel.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CD51/INF/5, A-F)

A) Inmunización: retos y perspectivas; B) Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual; C) Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; D) Implementación del Reglamento Sanitario Internacional; E) Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas; y F) Situación de los Centros Panamericanos

213. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las observaciones formuladas por el Comité en su 148.^a sesión con respecto a los informes de progreso sobre estos temas. El informe final de la 148.^a sesión del Comité (documento CE148/FR) contiene más detalles al respecto.

214. En las deliberaciones subsiguientes, el Consejo Directivo recibió con beneplácito el progreso en cuanto a la inmunización, pero destacó que la Región no debía bajar la guardia, sino que debía continuar sus actividades de vigilancia y vacunación a fin de mantener los avances efectuados hasta el momento con respecto a la erradicación, la eliminación y el control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Numerosos delegados subrayaron la necesidad de tomar todas las medidas del caso para mantener la Región libre de poliomielitis, sarampión y rubéola. También señalaron que la Región seguía corriendo el riesgo de introducción de casos importados de esas enfermedades y subrayaron la necesidad de impulsar a otras regiones para que asumieran un compromiso firme y redoblaran sus esfuerzos a fin de erradicar la poliomielitis y eliminar el sarampión y la rubéola. Se señaló que la continuación de los avances en el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación dependería de la disponibilidad de vacunas asequibles y se expresó un apoyo decidido a la labor de la OPS encaminada a negociar precios favorables para las vacunas por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Varios delegados destacaron la necesidad de

coordinación entre la OPS, la OMS y la Alianza GAVI a fin de que más países pudieran beneficiarse de los precios bajos de las vacunas que se ofrecían a los países que formaban parte de la Alianza GAVI.

215. Se elogió a la Directora por haber puesto en marcha la Semana de la Vacunación en las Américas, que había llevado a un aumento considerable de la cobertura de vacunación en toda la Región y también había ayudado a fortalecer los programas nacionales de vacunación y a aumentar la conciencia de la importancia de la vacunación. Se expresó firme apoyo a la designación de una Semana Mundial de la Vacunación.

216. El Consejo también recibió con beneplácito el progreso en la aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Subrayando la importancia del acceso a medicamentos a precios asequibles, en particular para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, varios delegados describieron las medidas que estaban tomándose para bajar los precios de los medicamentos en sus países por medio de negociaciones con los titulares de patentes y derechos de propiedad intelectual. Una delegada observó que los países pequeños con una capacidad humana limitada no podían aprovechar algunas de las iniciativas mencionadas en el informe de progreso. Eso se reflejaba en los precios relativamente altos de los medicamentos en tales países. Se propuso que la acción nacional para conseguir precios más bajos se mancomunara a nivel regional, a fin de tener un mayor apalancamiento. Otra delegada pidió más transparencia en los precios de los medicamentos, citando casos en los cuales algunos productos se ofrecían al Fondo Estratégico de la OPS a precios más altos que los que predominaban en el mercado local. Se consideró importante que la OPS siguiera apoyando a los países para promover la investigación e innovación en el campo farmacéutico, y que los ayudara a fortalecer la interacción y cooperación entre los principales interesados directos en los países. También se destacó la importancia de la ayuda de la OPS para combatir los medicamentos falsificados.

217. Con respecto al informe de progreso sobre la ejecución del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, los delegados agradecieron el apoyo de la OPS a su labor para reducir el tabaquismo y la exposición al humo del tabaco. Varios de ellos describieron las medidas que habían tomado sus gobiernos con ese fin. Muchos habían aumentado los impuestos sobre los productos de tabaco entre el 10% y el 100%, y en algunos casos estaban destinando los mayores ingresos a iniciativas de salud o a la promoción de los deportes y otros tipos de actividad física. Algunos países habían sancionado nuevas leyes para prohibir la venta de productos de tabaco a menores. Muchos habían aprobado leyes que prohibían fumar en lugares públicos o en ciertos espacios cerrados. Se había proporcionado material didáctico sobre los peligros del tabaquismo a las escuelas, los medios de comunicación y el público en general. Algunos gobiernos habían prohibido la publicidad del tabaco y el patrocinio de eventos por la industria tabacalera; otros habían establecido comisiones especializadas para coordinar la

lucha contra el tabaquismo. Algunos países estaban adoptando medidas contra el comercio ilícito de productos de tabaco, el cual, según afirmaron algunos delegados, estaba en manos de poderosas organizaciones que sería más fácil derrotar con la cooperación regional.

218. Algunos gobiernos habían sancionado leyes en virtud de las cuales era obligatorio colocar advertencias, a menudo pictóricas, en los envases de productos de tabaco, y otros planeaban hacer lo mismo, mientras que otros todavía estaban debatiendo qué porcentaje del envase debían ocupar tales advertencias. Sin embargo, se señaló que había oposición a algunas de las medidas, no solo por parte de la industria tabacalera. Por ejemplo, el impuesto sobre productos del tabaco había sido declarado inconstitucional en Guatemala, aunque se estaba trabajando para restaurarlo. Un delegado describió una iniciativa de *mSalud* que consistía en la difusión por dispositivos móviles de prácticas óptimas para dejar de consumir tabaco.

219. En cuanto al informe de progreso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), varios delegados elogiaron la ayuda y el apoyo proporcionados por la OPS a sus países para el trabajo orientado a adquirir la capacidad básica necesaria. Se señaló que el brote de gripe pandémica del 2009, así como el terremoto y el brote de cólera subsiguiente en Haití, habían actuado como catalizadores para movilizar recursos y formar capacidad con objeto de satisfacer los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Sin embargo, al mismo tiempo habían revelado puntos débiles en los sistemas de algunos países, y se observó que varios países tendrían que solicitar una prórroga del plazo de junio del 2012 para establecer la capacidad básica, en particular con respecto a los medios de diagnóstico de laboratorio y los preparativos para responder a situaciones de emergencia.

220. Se señaló que la Conferencia Rio + 20 en el 2012 y la Copa Mundial de la Federación Internacional de la Asociación de Fútbol (FIFA) en el 2014, que tendrían lugar en Brasil, ofrecerían oportunidades para elaborar y probar planes a fin de manejar actos multitudinarios en la Región de conformidad con el Reglamento. Se observó también que, para la plena aplicación del RSI, se necesitaría el aporte de numerosos organismos en los países, no solo los ministerios de salud. Tal participación amplia permitiría a los centros nacionales de enlace para el RSI servir de conductos eficaces de información entre los diversos sectores que intervenían en eventos de salud pública que pudieran ser motivo de preocupación internacional.

221. Con respecto al informe de progreso sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Consejo consideró que el mensaje del informe era claro y movía a la reflexión: estaban lográndose avances en toda la Región, pero detrás de los promedios regionales y nacionales se ocultaban grandes disparidades que era necesario abordar. Ese hecho subrayaba la necesidad de información fidedigna, para lo cual, a su vez, se necesitaba contar con una buena capacidad en los países a fin de recopilar datos,

en primer lugar para determinar dónde debían hacerse inversiones y si el progreso era suficiente, y en segundo lugar para orientar la labor más eficazmente a las poblaciones vulnerables. Se señaló que los datos nacionales sobre el estado de salud estarían sesgados por las cifras correspondientes a los segmentos más educados y prósperos de la población, que tendían a sacar mayor provecho de los programas y servicios de salud, creándose, por consiguiente, la impresión de que esos países estaban en mejor situación que la real.

222. Se señaló también que el progreso era desigual en relación con los objetivos mismos, observándose logros importantes en áreas tales como el hambre y el estado de nutrición; la infección por el VIH, incluida la transmisión maternoinfantil; el control de la malaria y los indicadores de salud ambiental, pero menos avances en cuanto a la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Una delegada instó a la OPS a que tomara plenamente en cuenta los resultados y las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas de la Salud de la Mujer y el Niño, que estaban directamente relacionados con la consecución de algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

223. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OSP), respondiendo a las observaciones sobre el informe de progreso con respecto a la inmunización, dijo que el personal de la Oficina estaba preparado para apoyar a los seis Estados Miembros que representarían a la Región en el Consejo Ejecutivo de la OMS con respecto a la elaboración de una propuesta para la Semana Mundial de la Vacunación. La Oficina también estaba colaborando con la Secretaría de la OMS para abordar el riesgo de casos importados y promover la eliminación mundial de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola. Además, la Oficina estaba trabajando con objeto de fortalecer la capacidad del Fondo Rotatorio para negociar los mejores precios posibles para las vacunas. Cabía esperar que el éxito de la Alianza GAVI con la negociación de precios más bajos para las vacunas ayudara a bajar los precios de las vacunas obtenidas mediante el Fondo Rotatorio y a promover una mayor transparencia en los precios.

224. El doctor Rubén Torres (Gerente Interino del Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de la Salud, OSP), en respuesta a las observaciones del Consejo sobre el informe de progreso en relación con la ejecución de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, señaló que la Red Panamericana para la Evaluación de Tecnologías de la Salud ya estaba en funcionamiento y a disposición de todos los Estados Miembros. Con respecto a la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, informó que la Región tenía ahora cuatro autoridades reglamentarias de referencia, lo cual sería importante para mejorar el trabajo en ese campo. Respondiendo a las observaciones acerca de los altos precios de los medicamentos y la transparencia del mercado, agregó que dentro de poco se pondría en marcha una plataforma innovadora a fin de proporcionar a los Estados Miembros precios de referencia de los medicamentos que se vendían en todos los países de la Región.

225. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) recibió con beneplácito los informes de los delegados sobre los avances realizados en sus países con respecto a la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Subrayó la necesidad de sancionar leyes con ese fin y dijo que la OPS estaba preparada para ayudar a los países en ese tema. En cuanto al comercio ilícito, señaló que el Órgano de Negociación Intergubernamental de un Protocolo sobre Comercio Ilícito de Productos de Tabaco celebraría su última reunión en marzo del 2012 e instó a todos los Estados Miembros a que participaran. Todavía quedaba mucho por hacer, en particular porque la industria tabacalera estaba montando contraataques y tratando de revertir el progreso logrado. Los países, por consiguiente, debían mantenerse firmes en su resolución de seguir aplicando el Convenio Marco.

226. El doctor Marcos Espinal (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades, OSP), refiriéndose al informe de progreso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), dijo que la prórroga del plazo para establecer la capacidad básica era una decisión que correspondía a los Estados Miembros en calidad de naciones soberanas. Cualquiera que fuese la decisión que se tomara, la Oficina seguiría ayudando a los países a formar su capacidad básica. Estaba de acuerdo con las opiniones vertidas acerca de la necesidad de prepararse para eventos deportivos o políticos multitudinarios en el contexto del RSI, en particular invirtiendo en capacitación y formación de capacidad, y dijo que sería útil que, cuando un país patrocinara un encuentro multitudinario, asistiera personal de salud de otros países en calidad de observadores para aprender a preparar sus propios eventos.

227. Con respecto al informe de progreso sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estaba de acuerdo con las observaciones formuladas acerca de la importancia de la recopilación de datos para medir el avance y guiar el trabajo futuro.

228. La Directora, en referencia al informe de progreso sobre los centros panamericanos, observó que uno de ellos, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, coordinaría la 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16), a celebrarse el 26 y 27 de julio del 2012. La reunión, que sería organizada por el Gobierno de Chile y tendría lugar en Santiago, brindaba una oportunidad poco común para los representantes de los sectores de la salud y la agricultura y la ganadería de reunirse y tratar una variedad de temas, entre ellos las enfermedades zoonóticas, la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y la nutrición.

229. El Consejo tomó nota de los informes de progreso contenidos en el documento CE51/INF/5, A-F.

G) Iniciativa regional y Plan de acción para la Seguridad Transfusional 2006-2010: Evaluación final (documento CD51/INF/5, G)

230. El doctor Rubén Torres (Gerente Interino del Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de la Salud, OSP) presentó el informe sobre la evaluación final de la Iniciativa Regional para la Seguridad Transfusional y Plan de Acción para el 2006-2010, aprobada por el 46.º Consejo Directivo en el 2005, y destacó algunos de los resultados presentados en el informe, observando que Canadá, Estados Unidos (incluido Puerto Rico) y los territorios franceses en las Américas no estaban incluidos en el análisis. En la evaluación se había observado que sólo cuatro países de la subregión del Caribe tenían un marco jurídico para los servicios de sangre, mientras que todos los países latinoamericanos menos tres tenían un marco de ese tipo. Sin embargo, muchos de ellos no contaban con recursos suficientes para que sus servicios de sangre funcionaran de manera apropiada. Los datos mostraban que la única manera de suministrar suficiente sangre y garantizar el acceso equitativo era recurrir a donantes voluntarios no remunerados. Sin embargo, muchos hospitales de la Región seguían requiriendo donaciones de reemplazo, que constituían un obstáculo importante para llegar a un 100% de donaciones voluntarias. La evaluación también había revelado una ineficiencia generalizada en los sistemas de bancos de sangre de la Región, como consecuencia de los cuales había que desechar grandes cantidades de sangre porque contenía marcadores de enfermedades infecciosas o porque había pasado su fecha de vencimiento.

231. En vista de los resultados de la evaluación, se recomendó incluir un nuevo plan regional de acción para la seguridad de la sangre que abarcara el período 2012-2017 entre los temas a ser tratados por los Cuerpos Directivos en el 2012.

232. En las deliberaciones subsiguientes, varios delegados informaron sobre las medidas de sus gobiernos a fin de ampliar la disponibilidad, procurar lograr que la sangre y los productos sanguíneos fueran seguros y promover las donaciones voluntarias no remuneradas. Un delegado señaló que el ministerio de salud de su país había celebrado un acuerdo con el ministerio de educación para incluir contenido relacionado con la donación voluntaria en el programa de enseñanza escolar. Una delegada dijo que el ministerio de salud de su país estaba trabajando con las iglesias, las universidades y otras instituciones públicas y privadas a fin de reclutar donantes voluntarios de sangre. Se mencionó la falta de sistemas de información para el seguimiento de la recolección, el procesamiento, el almacenamiento y el uso de sangre, así como de los pacientes, como un obstáculo importante para garantizar la calidad en los sistemas de bancos de sangre, al igual que la falta de comunicación y coordinación entre los servicios de transfusiones de los hospitales y los bancos de sangre en lo que se refería a la notificación de resultados adversos. El Delegado de Argentina señaló que, en el 2011, su país había sido el primer anfitrión latinoamericano del Día Mundial del Donante de Sangre, que se celebraba todos los años el 14 de junio.

233. El doctor Torres recibió con beneplácito el informe de progreso y agradeció a todos los Estados Miembros su participación en la Iniciativa Regional para la Seguridad de las Transfusiones.

234. La Directora felicitó al Gobierno de Argentina por haber organizado la celebración mundial del Día Mundial del Donante de Sangre, que había atraído a distinguidos participantes de todo el mundo, entre ellos Ban Soon-taek, la esposa del Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, y había ayudado a concientizar a las personas sobre la importancia de la donación de sangre voluntaria y no remunerada. También agradeció a los integrantes del equipo de evaluación externa que había realizado la evaluación final del progreso realizado en el marco de la Iniciativa Regional y que ayudaría a la Oficina a preparar el próximo plan regional de acción sobre la seguridad de la sangre.

235. El Consejo tomó nota del informe de progreso contenido en el documento CD51/INF/5, G.

Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros (documento CD51/INF/6, A-B)

A) Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)

236. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que en junio se había informado al Comité que la Oficina había concluido la implementación de las IPSAS, aunque habría que seguir trabajando a medida que se emitieran normas nuevas. Se había señalado que dos de las fases más difíciles del proceso de implementación habían sido las medidas que había sido necesario adoptar sobre la marcha para que el sistema de información financiero de la Organización funcionara con las normas nuevas y la determinación del valor de todos los activos de la Organización a la fecha de implementación. El Comité había felicitado a la OPS por su implementación oportuna de las IPSAS, reconociendo la importancia que la transición a las nuevas normas revestía para la OPS y todo el sistema de las Naciones Unidas, y recibió con beneplácito la disponibilidad de la información financiera que no podía proporcionarse con las normas de contabilidad anteriores. Se había observado el nivel elevado de pasivos no financiados para prestaciones del personal y se había solicitado a la Oficina que informara al Comité periódicamente sobre el progreso en el financiamiento de esos pasivos. Se había recomendado pedir la opinión de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación con respecto a cuál de las opciones para el financiamiento propuestas en el informe sería la más apropiada y tendría la menor repercusión en las actividades de cooperación técnica de la Organización.

237. En las deliberaciones del Consejo sobre el informe del progreso realizado, se elogió el éxito de la Oficina con la implementación plena y oportuna de las IPSAS y la obtención de un dictamen de auditoría sin reservas acerca de los estados financieros con el formato establecido en las IPSAS. Sin embargo, se expresó preocupación por los pasivos no financiados para las prestaciones del personal y el seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Aunque las posibles formas de financiar ese déficit, descritas en el párrafo 15 del documento CD51/INF/6, se consideraban adecuadas para evitar problemas presupuestarios graves a largo plazo, se reiteró la indicación hecha durante la sesión del Comité Ejecutivo; es decir, que la Oficina informara periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre la situación y que se pidiera la opinión de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, así como de expertos financieros internos, a fin de evitar el riesgo de que este asunto repercutiera en las actividades de cooperación técnica de la Organización. Se pidió información sobre la tasa de depreciación lineal anual que se estaba usando para el activo de la Organización. Se agradeció la sesión de capacitación sobre las IPSAS que se había ofrecido en ocasión de la sesión del Comité Ejecutivo en junio, que verdaderamente había permitido a los miembros comprender las complejidades del sistema. Se sugirió que se ofreciera capacitación similar al personal en los Estados Miembros y las representaciones de la OPS en los países y que se colocara el manual de contabilidad de las IPSAS en el sitio web de la Organización para que todos los Estados Miembros pudieran consultarlo fácilmente.

238. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP) afirmó que el Auditor Externo había opinado que, como las prestaciones del personal y el seguro de enfermedad después de la separación del servicio debían pagarse durante un período de 30 o 40 años, no era necesario que la Organización mostrara que tenía los fondos necesarios de inmediato, sino solo que tenía un plan para sufragar esos gastos oportunamente. La Oficina hablaría sobre el tema en la próxima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. La señora Frahler estaba de acuerdo con la necesidad de consultar a la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y también al Auditor Externo.

239. Con respecto a los edificios y otros activos de la Organización, explicó que había que hacer una tasación detallada cada tres años. En el ínterin, se haría una tasación menos pormenorizada, a menos que fuese evidente que los valores en el mercado inmobiliario habían cambiado más del 5% en un año, en cuyo caso se haría una tasación más minuciosa. Dijo que se podía considerar la posibilidad de colocar el manual de contabilidad en el sitio web de la OPS, pero advirtió que cambiaría regularmente con la emisión de nuevas IPSAS.

240. El Consejo tomó nota del informe.

B) Plan Maestro de Inversiones de Capital

241. El doctor St. Clair Thomas también dijo que en junio el Comité Ejecutivo había examinado un informe sobre el progreso de las obras llevadas a cabo hasta ese momento en el marco del Plan Maestro de Inversiones de Capital, con información actualizada sobre los proyectos de remodelación y reconstrucción ejecutados, particularmente en Haití y Chile después de los terremotos. Se había señalado que, en algunos países, en lugar de reparar un edificio muy dañado o remodelar uno viejo, la Oficina había decidido trasladar la representación, en varios casos a instalaciones que el Gobierno anfitrión ofrecía sin pago de alquiler, lo que había redundado en grandes ahorros para la Organización. También se había informado al Comité que se preveía que el contrato de construcción del Centro de Operaciones de Emergencia se firmaría en breve y que ya había comenzado el trabajo de rehabilitación de los ascensores en el edificio de la Sede.

242. El Comité Ejecutivo había señalado que habría gastos sustanciales en el bienio en curso y que, por consiguiente, el Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información quedaría prácticamente agotado, lo cual representaría un reto más adelante. El Comité también había pedido una aclaración con respecto a algunas discrepancias evidentes en las cifras del informe de progreso y se había informado que, en la mayoría de los casos, esas discrepancias se debían a que la firma de ciertos contratos se había postergado del 2010 al 2011.

243. La Directora señaló que se habían producido retrasos en el inicio de las obras en el Centro de Operaciones de Emergencia, pero que se preveía que, para la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que tendría lugar en marzo del 2012, se vería un progreso real.

244. El Consejo tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CD51/INF/7 A-C)

A) 64.^a Asamblea Mundial de la Salud; B) Cuadragésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos; y C) Organizaciones subregionales

245. El doctor St. Clair Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que en junio el Comité Ejecutivo había recibido un informe sobre las resoluciones y otras decisiones de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 129.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS que revestían un interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había prestado especial atención a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería, la prevención y el control del cólera, los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y los

preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Se había informado al Comité que, en la 129.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, se había establecido un mecanismo de consulta sobre la reforma de la OMS y se había pedido a la Directora General que preparara tres documentos de concepto sobre los siguientes temas: la gobernanza de la OMS, una evaluación independiente de la OMS y el Foro Mundial de la Salud, tal como se indicaba en la resolución WHA64.2. Se había pedido a los comités regionales que examinaran esos documentos y el proceso de reforma de la OMS en general antes de la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo que se celebraría en noviembre del 2011. En consecuencia, se había colocado el tema de la reforma de la OMS en el programa del Consejo Directivo (véanse los párrafos 180 a 194).

246. El doctor Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) presentó el documento CD51/INF/7, que contenía un resumen de las resoluciones y otras medidas de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, el Cuadragésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos y varias organizaciones subregionales consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. También se puso de relieve el gran número de reuniones internacionales e intergubernamentales que tendrían lugar en los meses siguientes, que ofrecerían a la OPS la oportunidad de expresar sus inquietudes, proponer sus objetivos y, en particular, reforzar la nueva prominencia dada a las enfermedades no transmisibles por la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York.

247. En las deliberaciones subsiguientes, se agradeció el apoyo de la Oficina a las diversas actividades que se estaban llevando a cabo de conformidad con las resoluciones de la OEA, en particular la orientación que estaba proporcionando al grupo de trabajo encargado de elaborar un proyecto de convención interamericana contra el racismo y toda forma de discriminación e intolerancia, y su contribución al trabajo de la OEA en el área de la protección de los derechos humanos de los adultos mayores.

248. El Consejo tomó nota del informe.

Otros asuntos

Vigésimo quinto aniversario del programa de salud internacional de la OPS

249. El Consejo celebró el vigésimo quinto aniversario de Programa de Salud Internacional de la OPS y rindió homenaje a los fundadores del Programa, en particular la doctora María Isabel Rodríguez (Ministra de Salud de El Salvador), primera coordinadora del Programa, quien se dirigió al Consejo. El texto de sus comentarios y los de la Directora se pueden encontrar en el sitio web del 51.^o Consejo Directivo.

Lanzamiento del Atlas regional de vulnerabilidad social subnacional y su impacto en la salud y el suplemento sobre la rubéola del Journal of Infectious Diseases

250. Se informó al Consejo sobre dos publicaciones recientes: el *Atlas regional de vulnerabilidad social subnacional y su impacto en la salud*⁵, producto de un proyecto conjunto de la OPS y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) de la CEPAL, cuya finalidad era mostrar las vulnerabilidades sociales y las disparidades en el progreso hacia la consecución de los ODM a nivel municipal, y un suplemento especial del *Journal of Infectious Diseases* sobre la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita⁶, con el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP), el doctor Carlos Castillo-Solórzano (Asesor Regional sobre Vacunas e Inmunización, OSP) y el doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Asesor Principal sobre Vacunación Familiar Integral, OSP) como editores invitados y con el aporte de muchos otros funcionarios de la OPS, así como personal de la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

251. El Delegado de Cuba dijo que, lamentablemente, la mayoría de los integrantes de la delegación del ministerio de salud de su país no habían podido asistir al 51.º Consejo Directivo porque el Gobierno de Estados Unidos de América no les había otorgado el visado. Aseguró al Consejo que, no obstante, las autoridades sanitarias de Cuba habían seguido de cerca las deliberaciones por medio de los representantes diplomáticos de Cuba en Washington, D.C., que también habían representado al ministerio en la reunión.

252. La Directora anunció la jubilación inminente de la señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros, OSP), el doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) y el doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP), y les agradeció sus largos años de servicio dedicado a la Organización.

Clausura de la sesión

253. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurado el 51.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

254. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 51.º Consejo Directivo.

⁵ PAHO/CELADE. *Regional Atlas of Subnational Social Vulnerability and Its Impact on Health*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.

⁶ Rubella and congenital rubella syndrome elimination in the Americas. *Journal of Infectious Diseases* (2011) 204(suppl 2): S571-S578. Se puede consultar en <http://jid.oxfordjournals.org/content/204/6.toc>.

Resoluciones

CD51.R1 *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Argentina, Guatemala y Haití*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

Considerando que fueron elegidos Brasil, Chile y El Salvador para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Argentina, Guatemala y Haití,

RESUELVE:

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

(Quinta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R2 *Elección de dos Miembros para Integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente que el artículo VI del nuevo Estatuto del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) establece que su Comité Asesor estará constituido por un representante nombrado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y otro nombrado por el Gobierno del Brasil como miembros permanentes, y que los cinco miembros no permanentes deben ser seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS entre los miembros de BIREME (que en este momento incluye todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS), teniendo en cuenta la representación geográfica;

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

Considerando que fueron elegidos Bolivia y Suriname para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2012 por llegar a su término el mandato de Jamaica y México,

RESUELVE:

1. Declarar a Bolivia y Suriname electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME para un período de tres años.
2. Agradecer a Jamaica y México los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Asesor de BIREME durante los últimos dos años.

(Quinta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R3 *Nombramiento del Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para los bienios 2012-2013 y 2014-2015*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Nombramiento del Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para los bienios 2012-2013 y 2014-2015* (documento CD51/17);

Observando las normas, reglamentos y procedimientos de la Organización Panamericana de la Salud y las prácticas de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Nombrar al Tribunal de Cuentas de España como Auditor Externo de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2012-2015, en conformidad con los principios y requisitos estipulados en el artículo XIV del Reglamento Financiero.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que establezca los términos y condiciones contractuales entre la Organización y el Auditor Externo nombrado necesarios para abarcar las modalidades de trabajo del Auditor Externo en el cumplimiento de su mandato de acuerdo con lo expresado en el anexo B del documento CD51/17, que presenta información adicional sobre el nombramiento del Auditor Externo, con especial referencia a los requisitos establecidos en las Normas Contables Internacionales para el Sector Público.
 - b) expresar su agradecimiento al Contralor e Interventor General del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte por los muchos años de servicios prestados a la Organización Panamericana de la Salud, especialmente por el apoyo en la reciente adopción con éxito de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público en la Organización.

(Quinta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R4 Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* (documento CD51/5);

Reconociendo que hay numerosos mandatos de los Cuerpos Directivos que se remontan a 1992 en los que se destaca la necesidad de abordar los problemas de salud urbana y las inequidades sanitarias causadas por la urbanización en la Región, además de la oportunidad ofrecida por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012;

Reconociendo que la megatendencia de la urbanización se ha acelerado rápidamente en la Región y los países no han podido reaccionar ni adaptar sus programas a la amplia diversidad de problemas culturales, comunitarios, familiares, socioeconómicos y de migración planteados por este proceso de urbanización;

Habiendo estudiado la oportunidad que se presenta de abordar muchos de los problemas de salud pública más desafiantes que los países afrontan actualmente en las esferas de las enfermedades no transmisibles, los traumatismos, las enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles, así como el reto de enfrentar las diversas necesidades de la población en los entornos urbanos, como se pone de relieve en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General

de las Naciones Unidas sobre la prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Teniendo en cuenta que la falta de consideración adecuada y sistemática de los criterios de salud pública en el crecimiento de las ciudades de la Región, que en su mayor parte no ha sido planificado, ha dado lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad, así como a la ampliación de la brecha en la equidad dentro de las ciudades;

En el entendimiento de que para impulsar con éxito la salud pública en la Región los ministerios de salud tendrán que incluir en sus sistemas de vigilancia en materia de salud información que diferencie el gradiente de inequidades de salud y sus causas e implicaciones para las políticas, los programas y los servicios de salud nacionales y urbanos;

Reconociendo que el logro de la salud urbana es un esfuerzo multisectorial que requiere de una acción concertada para promover la actividad física; diseñar opciones de transporte público seguro, eficaz y accesibles; prevenir y reducir los traumatismos; reducir el consumo nocivo de alcohol; y abordar las necesidades específicas de accesibilidad y bienestar de los grupos más vulnerables, entre otros, los niños, los adultos mayores y las personas con necesidades especiales;

Reconociendo además que los países que adoptan este enfoque holístico de manera coordinada y sinérgica con otros planes de acción, incluidos los de organismos especializados de las Naciones Unidas, no solo están mejorando la salud de sus ciudadanos sino que también están obteniendo importantes beneficios con respecto al medio ambiente y la sostenibilidad;

Teniendo presente que la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción implica movilizar una combinación única de rectoría sobre el sistema de salud y su red de servicios y con los demás actores sociales en los entornos urbanos, a fin de defender y adaptar todo tipo de servicios de salud urbana que puedan atender las necesidades especiales del gradiente social y la heterogeneidad de las poblaciones urbanas;

Habiendo solicitado en ocasión del 50.º Consejo Directivo que la Oficina Sanitaria Panamericana preparara una estrategia y plan de acción preliminares para someterlos a la consideración del 51.º Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la salud urbana y apoya su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país para responder

apropiadamente a las necesidades y tendencias actuales y futuras en el ámbito de la salud urbana en la Región.

2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) adopten las directrices, las herramientas y los métodos elaborados por la Oficina y los Centros de Excelencia para apoyar su función intersectorial de rectoría, promoción de la participación social y la reorientación de los servicios de salud;
 - b) apoyen las políticas y los programas nacionales, subnacionales y locales de promoción de la salud, incluido el fortalecimiento de la participación social, con los marcos jurídicos y los mecanismos de financiamiento apropiados;
 - c) ajusten los sistemas de vigilancia de acuerdo con las prioridades nacionales a fin de incluir los determinantes e indicadores relativos a la salud urbana, como el género, la edad, la orientación sexual, la situación socioeconómica, las condiciones de migración, la raza, el grupo étnico, las poblaciones indígenas, la falta de viviendas y las condiciones inadecuadas de las viviendas;
 - d) promuevan el compromiso de las autoridades metropolitanas y de ciudades con la planificación y el desarrollo urbano saludables, con la consideración de la salud urbana y la equidad en materia de salud en las políticas y los planes nacionales y subnacionales de salud;
 - e) colaboren con las autoridades metropolitanas y de ciudades para elaborar políticas y desarrollar sistemas de transporte en los que se dé prioridad a caminar, a utilizar la bicicleta y al transporte público en condiciones seguras; y para diseñar reglamentaciones de diseño e infraestructura urbanas que contemplen el acceso equitativo y seguro a la actividad física recreativa a lo largo del curso de vida;
 - f) asistan a las autoridades metropolitanas y de ciudades en la utilización de las herramientas de análisis y acción para abordar más eficazmente la planificación y los programas urbanos que tienen en cuenta la salud y la equidad;
 - g) sensibilicen a las partes interesadas clave y elaboren planes y programas de mercadeo social;
 - h) presenten un informe cada dos años sobre los progresos realizados que incluya los datos para realizar una evaluación de mitad de período a los cinco años y una evaluación final al cabo de diez años;
 - i) fomenten proyectos específicos de promoción de la salud y desarrollo sostenible en las comunidades, en los que se preste especial atención a las poblaciones vulnerables, a fin de alentar la participación social y la acción intersectorial.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que produzca y difunda criterios, directrices, políticas modelo y marcos jurídicos en materia de salud pública para la planificación de la salud urbana y los servicios de salud urbana, y métodos para realizar actividades multisectoriales, entre ellas, el análisis del impacto en la salud, el análisis del impacto en la equidad en materia de salud y la recopilación y análisis de datos intersectoriales;
 - b) que reúna y dé a conocer información nueva acerca de las experiencias, enseñanzas extraídas y mejores prácticas obtenidas a través de los foros regionales, la investigación, los observatorios, la documentación y el intercambio de experiencias y procesos prometedores;
 - c) que continúe desarrollando el abordaje de la promoción de la salud y de los determinantes de la salud dentro de la cooperación técnica en materia de salud urbana y la ejecución en los Estados Miembros de la Estrategia de Cooperación en los Países;
 - d) que fomente el aumento de la capacidad para la planificación, ejecución, vigilancia y funcionamiento de sistemas de información en el ámbito de la salud urbana en toda la Región;
 - e) que apoye la colaboración de los ministerios de salud con las autoridades metropolitanas y de las ciudades y otros sectores pertinentes, de acuerdo con los temas detallados en el informe final del debate que tuvo lugar en el marco de la mesa redonda del 50.º Consejo Directivo, el informe final sobre los Foros de Salud Urbana y Promoción de la Salud y el Llamado Mundial a la Acción en Urbanismo y Salud.

(Quinta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R5 *Estrategia y Plan de acción sobre eSalud*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción sobre eSalud* (documento CD51/13);

Reconociendo que la revisión de la situación actual indica que la aplicación de la *eSalud* (utilizando las tecnologías de la información y comunicación sanitarias) en los países de las Américas cuenta con dos condiciones básicas para su ejecución: disponibilidad de medios eficaces para formular y llevar a la práctica políticas y

estrategias de *eSalud* (viabilidad tecnológica) y procedimientos prácticos relevantes a nivel local, al igual que instrumentos sencillos, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera);

Entendiendo que se busca mejorar la coordinación y la prestación de servicios en la esfera de la salud para aumentar su eficiencia, disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad, lo que le permitirá adecuarse y prever nuevos contextos en el ámbito sanitario;

Considerando que en 1998, en el documento *Política de salud para todos para el siglo XXI*, encargado por la OMS, se recomendaba el uso apropiado de la telemática de la salud en la política y estrategia generales de salud para todos; la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA51.9 (1998) sobre publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos a través de Internet; la Agenda de Conectividad para las Américas y el Plan de acción de Quito (2003); las Cumbres Mundiales de las Naciones Unidas sobre la Sociedad de la Información (Ginebra, 2003 y Túnez, 2005); la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, EB115.R20 (2004) sobre la necesidad de formular estrategias de ciber salud; la resolución WHA58.28 de la Asamblea Mundial de la Salud en la que se establecieron los ejes de la estrategia de ciber salud de la OMS; y la Estrategia e-LAC 2007-2010 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL);

Considerando la amplia experiencia de la Región de las Américas en los programas de salud pública veterinaria, que pueden además contribuir a lograr sistemas nacionales de salud que sean sostenibles;

Observando que la OPS ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales, técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales en *eSalud*;

Reconociendo el carácter transversal y complementario entre esta estrategia y los objetivos establecidos en el Plan estratégico de la OPS 2008-2012 (*Documento oficial 328*);

Considerando la importancia de contar con una estrategia y un plan de acción sobre *eSalud* que permita a los Estados Miembros, de forma eficaz y eficiente, mejorar la salud pública en la Región a través del uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia y aprobar el Plan de acción sobre *eSalud*, y apoyar su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales permitiendo crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto de mejorar la salud pública en la Región a través del uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones, en sus respectivos países.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen prioridad al uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar la salud pública humana y veterinaria en la Región, incluida la administración sanitaria;
 - b) elaboren y ejecuten políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales, guiados por la Estrategia y el Plan de acción, poniendo a disposición los recursos y el marco jurídico necesarios, centrándose en las necesidades de las poblaciones en riesgo y en situación de vulnerabilidad;
 - c) ejecuten la Estrategia y el Plan de acción, según corresponda, dentro de un marco integrado por el sistema de salud y los servicios de tecnologías de la información y de las comunicaciones, haciendo hincapié en la colaboración interprogramática y la acción intersectorial, al tiempo que vigilan y evalúan la eficacia del programa y la asignación de recursos;
 - d) fomenten el aumento de la capacidad de las personas responsables de las políticas, de quienes dirigen programas y de los proveedores de atención sanitaria y servicios de tecnologías de la información y de las comunicaciones, para elaborar políticas y programas que faciliten el establecimiento de servicios de salud eficaces y de calidad, centrados en las personas;
 - e) promuevan un diálogo interno y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como alianzas entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para lograr consensos nacionales y garantizar el intercambio de conocimientos sobre modelos rentables, asegurando la disponibilidad de normas en materia de calidad, seguridad, interoperabilidad y ética, y respetando los principios de confidencialidad de la información, equidad e igualdad;

- f) apoyen la capacidad de generar información e investigación para la elaboración de estrategias y ejecución de modelos basados en las pruebas científicas pertinentes;
 - g) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de políticas, planes, programas e intervenciones, que permita aumentar la capacidad de vigilancia y de respuesta rápida a las enfermedades y las emergencias de salud pública humana y veterinaria;
 - h) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la Estrategia y el Plan de acción, sobre la base de las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que respalde la coordinación y ejecución de la Estrategia y el Plan de acción sobre *eSalud* en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional, y preste la cooperación técnica necesaria a los países y entre ellos, para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
 - b) que colabore con los Estados Miembros en la ejecución y coordinación de la Estrategia y el Plan de acción, impulsando su carácter transversal a través de las áreas programáticas y los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización;
 - c) que facilite la difusión de estudios, informes y soluciones que sirvan como modelo en materia de *eSalud* para que, con las modificaciones apropiadas, los Estados Miembros puedan utilizarlos;
 - d) que promueva la formación de alianzas nacionales, municipales y locales con otros organismos internacionales, instituciones científicotécnicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, para permitir el intercambio de capacidades y recursos y mejorar la compatibilidad entre distintas soluciones administrativas, tecnológicas y jurídicas en el ámbito de la *eSalud*;
 - e) que promueva la coordinación entre la Estrategia y el Plan de acción e iniciativas similares de otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento;
 - f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicos.

(Sexta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R6 *Plan de acción de seguridad vial*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción de seguridad vial* (documento CD51/7, Rev. 1);

Reconociendo la carga que representan los traumatismos causados por el tránsito en la Región de las Américas, que constituyen la primera causa de mortalidad en las personas de 5 a 14 años y la segunda causa para las de 15 a 44 años de edad, así como la necesidad urgente de adoptar medidas de salud pública y promover políticas públicas en coordinación con otros sectores para reducir la carga por pérdida de vidas y el sufrimiento ocasionado por los traumatismos causados por el tránsito;

Recordando la resolución WHA57.10 (2004) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la seguridad vial y la salud y la resolución A/RES/58/289 (2004) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el mejoramiento de la seguridad vial en el mundo; la celebración del Día Mundial de la Salud 2004, dedicado a la seguridad vial; y el lanzamiento del *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial*, y el informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas;

Recordando también la resolución CD48.R11 (2008) del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región*;

Recordando además que en marzo del 2010 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 (resolución A/RES/64/255);

Reconociendo las oportunidades que ofrece la adopción de un enfoque de salud pública que promueva la acción multisectorial en la que el sector de la salud desempeñe una función de coordinación para hacer frente a la necesidad urgente de proteger eficazmente a la población pobre, marginada y más vulnerable, que es la más afectada por los traumatismos causados por el tránsito en la Región,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción de seguridad vial*.
2. Instar a los Estados Miembros a adoptar políticas públicas intersectoriales que contemplen, entre otras, las siguientes medidas:

- a) priorizar la seguridad vial mediante la formulación de planes nacionales, subnacionales y locales para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial;
- b) mejorar la infraestructura de las vías urbanas y las carreteras;
- c) mejorar las políticas y las leyes para el transporte público masivo mediante la integración de la seguridad, la equidad y los criterios de accesibilidad a fin de promover la seguridad y proteger los derechos humanos de todas las personas;
- d) reducir la incidencia de los factores de riesgo (velocidad y consumo de alcohol) en los traumatismos causados por el tránsito y aumentar la tasa de uso de los equipos de protección (cascos, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños en los automóviles);
- e) establecer límites de velocidad en las zonas urbanas que no superen los 50 km/h, promover la descentralización para permitir que los gobiernos locales puedan modificar los límites de velocidad, y promover la sensibilización del público sobre la necesidad de fijar límites de velocidad;
- f) adoptar el límite de alcoholemia para conductores en un valor menor o igual a 0,05 g/dl;
- g) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio de cascos, teniendo en cuenta las normas de calidad y seguridad;
- h) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio del cinturón de seguridad, teniendo en cuenta las normas de calidad y seguridad, y promover el uso del cinturón de seguridad;
- i) hacer cumplir las leyes sobre el uso obligatorio de sistemas de sujeción para niños en los automóviles teniendo en cuenta la calidad y las normas de seguridad, y promover el uso de estos sistemas;
- j) crear o fortalecer un sistema de inspección y examen técnico de los vehículos;
- k) fortalecer la capacidad técnica e institucional de la atención de víctimas de traumatismos causados por el tránsito, en especial en la fase prehospitalaria, la atención hospitalaria y la rehabilitación;
- l) mejorar los datos sobre traumatismos causados por el tránsito mediante la formulación de servicios de vigilancia, a fin de mejorar la comprensión y la toma de conciencia sobre la carga, las causas y las consecuencias de los traumatismos causados por el tránsito, para que los programas e inversiones para la prevención,

- atención y rehabilitación de las víctimas puedan estar mejor dirigidos, controlados y evaluados;
- m) promover estudios que permitan generar información científica y técnica sobre los riesgos asociados con los elementos de distracción, tanto dentro como fuera del vehículo, que pueden causar accidentes de tránsito (por ejemplo, el uso de aparatos electrónicos como teléfonos celulares y sistemas de navegación; comer, beber o fumar mientras se conduce, y anuncios publicitarios en las carreteras, entre otros).
3. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye a los Estados Miembros en sus iniciativas de fortalecimiento de la seguridad vial y en la formulación de planes nacionales y subnacionales para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial;
- b) que facilite la identificación y el intercambio de buenas prácticas en la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;
- c) que estimule y apoye la red de puntos focales nacionales y fomente la colaboración con otras redes de expertos, profesionales y organizaciones no gubernamentales;
- d) que preste cooperación para la creación de capacidad a nivel técnico y de políticas para facilitar la recopilación y difusión de información, y promover los sistemas de investigación y vigilancia relacionados con la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;
- e) que preste cooperación técnica para mejorar el tratamiento y la atención prehospitalaria de las víctimas de traumatismos causados por el tránsito;
- f) que promueva las asociaciones y la colaboración con organismos internacionales, redes de expertos, la sociedad civil, las fundaciones, el sector privado y otros actores sociales para impulsar un enfoque intersectorial.

(Sexta reunión, 28 de septiembre del 2011)

CD51.R7 Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (documento CD51/9);

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

Entendiendo que los enfoques relacionados con la prevención, la detección, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los servicios de apoyo constituyen acciones necesarias para reducir las consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas;

Reconociendo que estos enfoques requieren mejorar el acceso a los servicios de atención de salud y promover la salud y el bienestar social de las personas, las familias y las comunidades, al mismo tiempo que se protege y promueve el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud física y mental;

Considerando el contexto y el marco para la acción ofrecidos por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012; la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y el Plan Hemisférico de Acción de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (OEA/CICAD); la Estrategia y plan de acción sobre la salud mental (documento CD49/11 [2009]); y el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias* de la Organización Mundial de la Salud (conocido como mhGAP por su nombre en inglés), que muestran la importancia del tema del consumo de sustancias y determinan objetivos estratégicos para abordarlo;

Observando que en *la Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*, aprobada en el 2010, se establecen las principales áreas de trabajo que deben abordarse y se determinan las áreas para la cooperación técnica a fin de atender las distintas necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo de sustancias,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* y apoyar su ejecución dentro del contexto de las condiciones propias de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con relación al consumo de sustancias.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) definan el consumo de sustancias psicoactivas como una prioridad de salud pública y ejecuten planes nacionales y subnacionales para abordar los problemas

- debidos al consumo de sustancias psicoactivas, que estén en consonancia con su repercusión para la salud pública, especialmente con respecto a la reducción de las lagunas existentes en el tratamiento;
- b) contribuyan y participen en el proceso de implementación del Plan de acción.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que dé seguimiento y evalúe la ejecución del Plan de acción a los cinco años y al finalizar el período de ejecución;
- b) que apoye a los Estados Miembros en cuanto a la preparación y ejecución de los planes nacionales y subnacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de sus condiciones específicas y sus políticas de salud pública, en los que se tenga en cuenta las disposiciones de la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*;
- c) que promueva alianzas con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con las organizaciones internacionales y otros interesados directos regionales, a fin de apoyar la respuesta multisectorial requerida para ejecutar este Plan de acción.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R8 *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* (documento CD51/10);

Reconociendo la carga que representa la epilepsia, en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, en el mundo y en la Región de las Américas en particular, así como la brecha que existe entre el número de personas enfermas y las que no reciben ningún tipo de tratamiento;

Entendiendo que se trata de un problema relevante de salud pública, cuyo abordaje en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación es factible mediante medidas concretas basadas en las pruebas científicas;

Considerando el contexto y fundamento para la acción que nos ofrecen la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, el Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud (mhGAP), y la Campaña Mundial contra la Epilepsia “Salir de la sombra”;

Observando que en la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* se abordan las áreas de trabajo principales y se definen las líneas de cooperación técnica para responder a las diversas necesidades de los países,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la epilepsia y su aplicación en el marco de las condiciones especiales de cada país para responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) incluyan a la epilepsia como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de programas nacionales específicos acordes con las condiciones de cada país, a fin de mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existentes;
 - b) fortalezcan los marcos legales según corresponda con miras a proteger los derechos humanos de las personas con epilepsia y lograr la aplicación eficaz de las leyes;
 - c) fortalezcan el acceso universal y equitativo a la atención médica de todas las personas con epilepsia mediante el fortalecimiento de los servicios de salud en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios;
 - d) aseguren que se cuente con los cuatro medicamentos antiepilépticos considerados como esenciales para el tratamiento de las personas con epilepsia, especialmente en el nivel primario de atención;
 - e) promuevan los servicios de neurología como apoyo al trabajo de identificación y manejo de casos en el nivel primario, asegurando una adecuada distribución de los medios auxiliares de diagnóstico necesarios;

- f) apoyen la participación eficaz de la comunidad y de las asociaciones de usuarios y de familiares en actividades destinadas a lograr una mejor atención de las personas con epilepsia;
- g) consideren el fortalecimiento de los recursos humanos como un componente clave para el mejoramiento de los programas nacionales de atención de la epilepsia, mediante la ejecución de actividades sistemáticas de capacitación, especialmente las dirigidas al personal de atención primaria de salud;
- h) impulsen iniciativas intersectoriales y de educación dirigidas a la población, a fin de hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con epilepsia;
- i) reduzcan la brecha de información existente en el campo de la epilepsia mediante el mejoramiento de la producción, el análisis y el uso de la información, incluida la investigación;
- j) fortalezcan las alianzas del sector de la salud con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de programas nacionales de atención de la epilepsia dentro del marco de sus políticas de salud, teniendo en cuenta la Estrategia y el Plan de acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención a los grupos vulnerables y con necesidades especiales, incluidos los pueblos indígenas;
- b) que colabore en la evaluación y reestructuración de los servicios de neurología y de salud mental de los países;
- c) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- d) que fomente alianzas con la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y la Oficina Internacional para la Epilepsia (IBE), así como con organismos internacionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y otros actores regionales en apoyo a la respuesta amplia y multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de la Estrategia y el Plan de acción;
- e) que evalúe el cumplimiento de la Estrategia y el Plan de acción e informe al Consejo Directivo de la OPS en un plazo de cinco años.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R9 *Estrategia y plan de acción sobre la malaria*

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria* (documento CD51/11);

Teniendo en cuenta la resolución CD46.R13 (2005) del 46.º Consejo Directivo sobre la malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio;

Observando que existen otros mandatos y resoluciones pertinentes de la Organización Panamericana de la Salud, como el documento CD49/9 (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, que incluyó la malaria entre las enfermedades que pueden ser eliminadas en algunas zonas; y el documento CD48/13 (2008), *El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial*, que promueve el control integrado de vectores como parte de la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores en la Región;

Consciente de que la disminución continua de los casos de malaria y de las defunciones causadas por la enfermedad confirma el progreso de la Región al combatir la malaria, pero también genera un conjunto singular de retos cambiantes e importantes para la Región;

Teniendo en cuenta que la diversidad del contexto de la malaria y de los retos afrontados por los países de la Región requiere la participación en un programa integral con diversas combinaciones de componentes, junto con intervenciones innovadoras basadas en datos probatorios;

Reconociendo los esfuerzos efectuados por los Estados Miembros en los últimos años para afrontar sus respectivos desafíos relacionados con la malaria, pero conscientes de la necesidad de acciones adicionales,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la malaria.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) revisen los planes nacionales o establezcan otros nuevos para la prevención, el control y la posible eliminación de la malaria, empleando un enfoque integrado

- que aborde los factores sociales determinantes de la salud y prevea la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
- b) apoyen los esfuerzos por consolidar y ejecutar actividades para reducir aun más la endemividad y avancen hacia las metas indicadas en la Estrategia y el Plan de acción sobre la malaria, incluida la eliminación de la malaria donde esto se considere factible;
 - c) fortalezcan la participación en las actividades para combatir la malaria, incluida la coordinación con otros países e iniciativas subregionales pertinentes sobre la vigilancia epidemiológica de la malaria, la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y los insecticidas y el seguimiento y evaluación;
 - d) fortalezcan el compromiso, tanto de los países donde la malaria es endémica como de aquellos donde la enfermedad no es endémica y de diversos sectores, de combatir la enfermedad, en particular en cuanto a mantener o incrementar las inversiones y el suministro de los recursos necesarios;
 - e) establezcan estrategias integradas para la prevención, la vigilancia, el diagnóstico, el tratamiento y el control de vectores con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer los sistemas nacionales de salud, incluida la atención primaria de salud, la vigilancia y los sistemas de alerta y respuesta, teniendo en cuenta factores relacionados con el género y el grupo étnico;
 - f) pongan más énfasis en las poblaciones y los grupos ocupacionales más vulnerables;
 - g) promuevan la participación en la elaboración y la ejecución de un programa de investigación que aborden importantes brechas en los conocimientos y la tecnología en diversos contextos de las actividades de control de la malaria en la Región, por ejemplo, la relación entre la malaria y la agricultura.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción sobre la malaria y proporcione la cooperación técnica que los países puedan requerir para elaborar y poner en práctica planes nacionales de acción;
 - b) que continúe abogando por la movilización activa de los recursos y promoviendo la estrecha colaboración a fin de forjar alianzas que brinden apoyo a la aplicación de esta resolución;

- c) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países, las entidades subregionales y las instituciones, y forje alianzas estratégicas con miras a llevar a cabo actividades encaminadas a superar las barreras a las medidas para combatir la malaria en las zonas fronterizas y las poblaciones de difícil acceso;
- d) que promueva la cooperación entre países para el acceso y la producción de medicamentos antimaláricos que cumplan las normas de garantía de calidad reconocidas en el ámbito internacional y que sigan las recomendaciones de la OPS/OMS.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R10 Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338 y Addendum IV*);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD51/2);

Habiendo deliberado acerca de los escenarios D y E, de acuerdo con la recomendación del Comité Ejecutivo en su 148.^a sesión, y habiendo introducido además un escenario consensuado en el que se contempla un aumento de 3,2% de las contribuciones señaladas (*Addendum IV*);

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un programa y presupuesto que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización;

Teniendo presente el inciso C del artículo 14 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y los párrafos 3.5 y 3.6 del Artículo III del Reglamento Financiero de la OPS,

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina como figura en el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338 y Addendum IV*).
2. Solicitar a la Directora que siga tratando de encontrar medidas que permitan mejorar la eficiencia y contener los costos, en la medida en que sea posible.

3. Asignar para el ejercicio financiero 2012-2013 la cantidad de US\$ 310.637.902 de la siguiente manera: a) \$285.100.000 para el presupuesto efectivo de trabajo (secciones 1 a 16) lo que requiere un aumento de 3,2% de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS con respecto al bienio 2010-2011; y b) \$25.537.902 como una transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos (sección 17), según se indica en el cuadro a continuación:

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	23.139.000
2	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	6.479.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	11.618.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	11.613.000
5	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	4.469.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud	7.757.000
7	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	8.012.000
8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	11.717.000
9	Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	10.750.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	8.253.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	30.386.000

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	7.115.000
13	Asegurara la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	9.439.000
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	5.171.000
15	Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de acción sanitaria mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas	65.426.000
16	Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	63.756.000
	Presupuesto efectivo de trabajo para 2012-2013 (Partes 1 a 16)	285.100.000
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	25.537.902
	Total: todas las secciones	310.637.902

4. Las asignaciones se financiarán por medio de:

a)	Contribuciones con respecto a: Estados Miembros, Estados Participantes, y Miembros Asociados de conformidad con la escala adoptada	217.937.902
b)	Ingresos varios.....	12.000.000
c)	Proporción de AMRO aprobada por la 64. ^a Asamblea Mundial de la Salud	80.700.000
	TOTAL.....	<u>310.637.902</u>

5. Al establecer las contribuciones de Estados Miembros, Estados Participantes, y Miembros Asociados, sus contribuciones señaladas se reducirán aún más por el monto pendiente a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos, excepto que los créditos de aquellos países que gravan impuestos sobre los salarios recibidos de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) por sus ciudadanos y residentes se reducirán por los montos de tales reembolsos tributarios de la OSP.

6. En conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las sumas que no excedan las asignaciones observadas en el párrafo 2 estarán disponibles para el pago de las obligaciones incurridas durante el período desde el 1 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2013, inclusive; a pesar de las disposiciones de este párrafo, las obligaciones durante el ejercicio financiero 2012-2013 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, las secciones 1 a la 16 del cuadro de asignaciones en el párrafo 2.

7. La Directora tendrá autorización para hacer transferencias entre las secciones de asignación del presupuesto efectivo de trabajo hasta una cantidad que no exceda 10% del monto asignado para la categoría desde la cual se hace la transferencia. Las transferencias entre secciones del presupuesto que superen 10% de la sección desde la cual se transfiere el crédito podrán hacerse con la aprobación del Comité Ejecutivo, y todas las transferencias de créditos del presupuesto deberán informarse al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.

8. Hasta 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto con respecto al componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por la 2.^a sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, como se los presentó al Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión en el documento CE142/8. El gasto efectuado del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las secciones correspondientes de asignación 1 a 16 en el momento de presentar la información financiera.

9. Calcular el monto del gasto en el programa y presupuesto para el 2012-2013 a ser financiado por fondos de otra procedencia en \$328.300.000, como se muestra en el *Documento Oficial 338 y Addendum IV*.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R11, Rev. 1 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2012-2013

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que, en la resolución CD51.R10, el Consejo Directivo aprobó el Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013 (*Documento Oficial 338 y Addendum IV*);

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD51.R10 el Consejo Directivo aprobó la escala nueva de contribuciones para los miembros de la OPS en el ejercicio financiero 2012-2013,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2012-2013 en conformidad con la escala de contribuciones que figura a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 3,2% con respecto al ejercicio financiero 2010-2011.

Miembros*	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Contribución bruta		Crédito del Fondo de igualación de impuestos		Ajuste por los impuestos con los que algunos Estados Miembros gravan los sueldos del personal de la OPS		Contribución neta	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.623.972	2.623.972	307.476	307.476			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	67.561	67.561	7.917	7.917			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	49.036	49.036	5.746	5.746			43.290	43.290
Belice	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Bolivia	0,049	0,049	53.395	53.395	6.257	6.257			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.832.603	10.832.603	1.269.361	1.269.361			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	13.045.763	13.045.763	1.528.699	1.528.699	45.000	45.000	11.562.064	11.562.064
Chile	1,189	1,189	1.295.641	1.295.641	151.823	151.823			1.143.818	1.143.818
Colombia	1,049	1,049	1.143.084	1.143.084	133.946	133.946			1.009.138	1.009.138
Costa Rica	0,221	0,221	240.821	240.821	28.219	28.219			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	199.413	199.413	23.367	23.367			176.046	176.046
Dominica	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
República Dominicana	0,257	0,257	280.050	280.050	32.816	32.816			247.234	247.234
Ecuador	0,258	0,258	281.140	281.140	32.944	32.944			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	124.225	124.225	14.557	14.557			109.668	109.668
Granada	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	183.068	183.068	21.452	21.452			161.616	161.616
Guyana	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Haití	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	55.574	55.574	6.512	6.512			49.062	49.062
Jamaica	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
México	8,281	8,281	9.023.719	9.023.719	1.057.397	1.057.397			7.966.322	7.966.322
Nicaragua	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	172.171	172.171	20.175	20.175			151.996	151.996
Paraguay	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
Perú	0,688	0,688	749.706	749.706	87.850	87.850			661.856	661.856

Miembro*	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Contribución Bruta		Crédito del Fondo de igualación de impuestos		Ajuste de los impuestos con los que algunos Estados Miembros gravan los sueldos del personal de la OSP		Contribución Neta	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Santa Lucía	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Trinidad y Tabago	0,180	0,180	196.144	196.144	22.984	22.984			173.160	173.160
Estados Unidos de América	59,445	59,445	64.776.593	64.776.593	7.590.503	7.590.503	10.000.000	10.000.000	67.186.090	67.186.090
Uruguay	0,214	0,214	233.194	233.194	27.326	27.326			205.868	205.868
Venezuela	<u>2,186</u>	<u>2,186</u>	<u>2.382.061</u>	<u>2.382.061</u>	<u>279.129</u>	<u>279.129</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.102.932</u>	<u>2.102.932</u>
Subtotal	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>108.514.547</u>	<u>108.514.547</u>	<u>12.715.701</u>	<u>12.715.701</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>105.843.846</u>	<u>105.843.846</u>
Estados Participantes:										
Francia	0,219	0,219	238.642	238.642	27.964	27.964			210.678	210.678
Países Bajos	0,068	0,068	74.099	74.099	8.683	8.683			65.416	65.416
Reino Unido	<u>0,046</u>	<u>0,046</u>	<u>50.126</u>	<u>50.126</u>	<u>5.874</u>	<u>5.874</u>			<u>44.252</u>	<u>44.252</u>
Subtotal	<u>0,333</u>	<u>0,333</u>	<u>362.867</u>	<u>362.867</u>	<u>42.521</u>	<u>42.521</u>			<u>320.346</u>	<u>320.346</u>
Miembros Asociados:										
Puerto Rico	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>91.534</u>	<u>91.534</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>80.808</u>	<u>80.808</u>
Subtotal	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>91.534</u>	<u>91.534</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>80.808</u>	<u>80.808</u>
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>108.968.948</u>	<u>108.968.948</u>	<u>12.768.948</u>	<u>12.768.948</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>106.245.000</u>	<u>106.245.000</u>

* Los Estados Miembros se presentan en orden alfabético basado en el inglés.

(Séptima reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R12 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/12);

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución *Población y salud reproductiva* (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002]); la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita (documento CD50/15 [2010]); las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, respectivamente; los foros de Nairobi, Kenya (1987), El Cairo, Egipto (1994), Beijing, China (1995); la Declaración del Milenio (2000), y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Teniendo en cuenta la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009), la resolución CD50.R8 del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2010) y el documento técnico *La salud y los derechos humanos* (CD50/12), así como el alto grado de complementariedad entre este plan y otros objetivos establecidos en el *Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado* (Documento oficial 328 [2009]);

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

Consciente de la necesidad de mejorar el manejo de las enfermedades no transmisibles y de los factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo) en los protocolos de salud materna, según se abordaron en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región y que existen intervenciones costoeficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
 - b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio (incluida la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH), y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;
 - c) promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
 - d) promuevan el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;
 - e) adopten una política de recursos humanos en términos de contratación, capacitación y retención que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;
 - f) fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
 - g) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos del Plan de acción, para su ejecución en el contexto nacional;

- h) aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función de resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;
 - i) promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
 - b) que promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su integración en los programas;
 - c) que estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;
 - d) que respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud materna y neonatal;
 - e) que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;
 - f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en la ejecución del Plan de acción, así como las adaptaciones del mismo a nuevos contextos y necesidades, si fuese necesario.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R13 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD51/18, *Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*;

Habiendo considerado la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en vigor a partir del 1º de enero del 2011;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 148.^a sesión de ajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE148.R12),

RESUELVE:

Establecer, con efecto a partir del 1º de enero del 2011, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 204.391 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$145.854 (con familiares a cargo) o de \$131.261 (sin familiares a cargo).

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R14 Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (documento CD51/8, Rev. 1);

Reconociendo la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad asociada con el consumo nocivo de alcohol en el mundo y en la Región de las Américas, así como la brecha existente en el tratamiento y la atención que se brinda las personas afectadas por el consumo nocivo de alcohol;

Considerando el contexto y el marco para la acción de la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS y la resolución WHA63.13 (2010) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, que muestran la importancia del tema del consumo nocivo de alcohol y establecen objetivos para abordarlo;

Observando que la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol* establece las principales esferas de trabajo que deben abordarse y señala las áreas para la cooperación técnica a fin de atender las distintas necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo nocivo de alcohol;

Considerando las recomendaciones de la reunión de la OMS de homólogos nacionales sobre la implantación de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol* y la reunión de consulta sobre el proyecto de plan de acción regional;

Reconociendo la necesidad de coordinación y liderazgo regionales a fin de apoyar los esfuerzos nacionales para reducir el consumo nocivo de alcohol,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.
2. Ejecutar la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol* mediante el Plan de acción, en el contexto de las condiciones propias de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con respecto al consumo nocivo de alcohol y el consumo por parte de menores de edad.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) establezcan el consumo nocivo de alcohol y el consumo por parte de menores de edad como una prioridad de salud pública y elaboren planes o introduzcan medidas para reducir su repercusión sobre la salud pública;
 - b) reconozcan que el consumo nocivo de alcohol ocurre por igual en personas dependientes y en personas que no lo son, y que reducir los problemas relacionados con el alcohol requiere una combinación de políticas dirigidas a toda la población, intervenciones dirigidas a grupos específicos y el acceso a servicios de salud de calidad;
 - c) promuevan políticas públicas que protejan y preserven los intereses de la salud pública;
 - d) promuevan políticas e intervenciones que se basen en datos probatorios, sean equitativas y tengan el apoyo de mecanismos de ejecución sostenibles que involucren a diferentes interesados directos;
 - e) promuevan programas de prevención que eduquen a los niños, a la población joven y a todos los que decidan no consumir alcohol sobre cómo deben resistir la presión social para beber alcohol, protegerlos frente a esta presión y defender su comportamiento abstemio;
 - f) garanticen que haya servicios eficaces de prevención, tratamiento y atención que estén disponibles y sean accesibles y asequibles para las personas afectadas, incluidas las familias, por el consumo nocivo de alcohol;

- g) asignen recursos financieros, técnicos y humanos a la ejecución de las actividades nacionales descritas en el Plan de acción.
4. Solicitar a la Directora:
- a) que dé seguimiento y evalúe la ejecución del Plan de acción a los cinco años y al finalizar el período de ejecución;
 - b) que apoye a los Estados Miembros en la ejecución de los planes e intervenciones nacionales y subnacionales para reducir el consumo nocivo de alcohol, en el marco de sus políticas sociales y de salud pública, teniendo en cuenta la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol*;
 - c) que colabore en la evaluación de las políticas y los servicios en el contexto nacional de los países en materia del consumo de alcohol, con miras a procurar que se tomen las medidas correctivas apropiadas, basadas en datos probatorios;
 - d) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
 - e) que promueva alianzas con las organizaciones internacionales y la OMS, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y la sociedad civil, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses que pueda existir en algunas organizaciones no gubernamentales;
 - f) que establezca un diálogo con el sector privado sobre la mejor manera en que este puede contribuir a reducir los daños relacionados con el alcohol, con la atención apropiada a los intereses comerciales en juego y a su posible conflicto con los objetivos de salud pública.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)

CD51.R15 Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la *Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático* (documento CD51/6);

Reconociendo que el cambio climático es una amenaza tanto actual como prevista para la salud y que presenta retos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que el cambio climático plantea una amenaza tanto actual como prevista para la salud pública en la Región de las Américas y que las repercusiones de este cambio las sentirán con mayor intensidad las poblaciones vulnerables que viven en áreas bajas y costeras, en islas pequeñas, en regiones montañosas o con escasez de agua y en las zonas rurales y urbanas pobres;

Observando que la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático define los “efectos adversos del cambio climático” como los cambios en el medio ambiente físico o en la biota resultantes del cambio climático que tienen efectos nocivos significativos en la composición, la capacidad de recuperación o la productividad de los ecosistemas naturales o sujetos a ordenación, o en el funcionamiento de los sistemas socioeconómicos, o en la salud y el bienestar humanos;

Recordando la *Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional* (documento CD48/16) y su informe final (documento CD48/16, Add. II) y el proyecto de plan de acción para proteger la salud de los efectos del cambio climático en la Región de las Américas;

Recordando la resolución WHA61.19 (2008) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el cambio climático y la salud, y el plan de trabajo sobre el cambio climático y la salud de la OMS sometido a la consideración de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2009 (documento A62/11);

Observando que hay una necesidad urgente de que el sector de la salud en las Américas proteja la salud de las consecuencias del cambio climático,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia y aprobar el Plan de acción sobre el cambio climático y la salud.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fortalezcan su capacidad para determinar las repercusiones del cambio climático en la salud a los niveles nacional y local, centrándose en las inequidades socioeconómicas, étnicas y por razón de género;
 - b) fortalezcan la capacidad de los sistemas de salud de vigilar y analizar la información sobre el clima y la salud para poder ejecutar medidas preventivas oportunas y eficaces;

- c) fortalezcan la capacidad y fomenten la concientización de los líderes de salud pública para proporcionar orientación técnica en la elaboración y aplicación de estrategias para abordar los efectos sobre la salud del cambio climático;
- d) apoyen la elaboración de materiales, métodos y herramientas didácticos para formar capacidad dentro y fuera del sector de la salud con el objeto de abordar las medidas de adaptación y mitigación para hacer frente al cambio climático;
- e) promuevan la participación del sector de la salud con todos los sectores, organismos y asociados clave, tanto nacionales como internacionales, para ejecutar intervenciones que reduzcan los riesgos para la salud tanto actuales como previstos del cambio climático;
- f) ejecuten gradualmente las actividades propuestas en el Plan de acción, a fin de facultar y fortalecer a los sistemas nacionales y locales de salud para que puedan proteger eficazmente la salud humana ante los riesgos tanto actuales como previstos relacionados con el cambio climático.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que siga cooperando estrechamente con los Estados Miembros para apoyar redes que faciliten la recopilación y la difusión de la información y promuevan los sistemas de investigación y vigilancia relacionados con el clima y la salud;
- b) que apoye las iniciativas de los países para poner en marcha campañas para concientizar acerca del cambio climático, reducir la huella de carbono del sector de la salud y preparar a los profesionales de la salud para que ejecuten intervenciones eficaces de adaptación;
- c) que colabore con los países, los mecanismos de integración subregional, organismos internacionales, redes de expertos, sociedad civil y el sector privado para crear alianzas que promuevan medidas sostenibles desde el punto de vista ambiental que tomen en cuenta el efecto sobre la salud a todos los niveles;
- d) que apoye a los Estados Miembros en la evaluación de la vulnerabilidad de su población al cambio climático y en la formulación de opciones de adaptación basadas en estas evaluaciones;
- e) que ayude a los Estados Miembros en la ejecución del Plan de acción, en la elaboración de planes nacionales adaptados a las necesidades locales y en la información de su progreso a este respecto en las reuniones de alto nivel pertinentes, como la Cumbre para la Tierra del 2012.

(Novena reunión, 30 de septiembre del 2011)

Decisiones

Decisión CD51(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales

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

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2011)

Decisión CD51(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió a Panamá para ocupar la Presidencia, a Bahamas y Uruguay para las Vicepresidencias, y a Bolivia para la Relatoría del 51.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2011)

Decisión CD51(D3) Establecimiento de la Comisión General

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

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2011)

Decisión CD51(D4) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada (documento CD51/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 26 de septiembre del 2011)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del 51.º Consejo Directivo, Delegado de Panamá, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los treinta días del mes de septiembre del año dos mil once. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Franklin Vergara Jaén
Presidente del 51.º Consejo Directivo
Delegado de Panamá

Mirta Roses Periago
Secretaria *ex officio* del 51.º Consejo Directivo
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
 - 2.2 Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator
 - 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
 - 2.4 Establecimiento de la Comisión General
 - 2.5 Adopción del orden del día
- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN**
 - 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
 - 3.2 Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - 3.3 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Argentina, Guatemala y Haití
- 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013
 - 4.2 Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana
 - 4.3 Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático
 - 4.4 Plan de acción sobre la seguridad vial
 - 4.5 Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol
 - 4.6 Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública

- 4.7 Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia
- 4.8 Estrategia y Plan de acción sobre la malaria
- 4.9 Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave
- 4.10 Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud*
- 4.11 Panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva
- 4.12 Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al año 2010
- 5.3 Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015
- 5.4 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

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

- 6.1 Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración, 2011

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 [SUPRIMIDO]
- 8.2 Consulta regional sobre la reforma de la OMS
- 8.3 Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 8.4 Informe sobre la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles
- 8.5 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Inmunización: retos y perspectivas
 - B. Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual
 - C. Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
 - E. Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas
 - F. Situación de los Centros Panamericanos
 - G. Iniciativa Regional y Plan de Acción para la Seguridad Transfusional 2006-2010: Evaluación final
- 8.6 Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros:
 - A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
 - B. Plan Maestro de Inversiones de Capital

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

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

- A. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Cuadragésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la
Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Organizaciones subregionales

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTADO DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento Oficial 338, Programa y Presupuesto de la OPS 2012-2013
Add. I; Add. II, Rev. 1;
Add. III; y Add. IV

Documento Oficial 340 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al año 2010

Documentos de Política de Programas

- | | |
|-----------------|---|
| CD51/1, Rev. 1 | Orden del día provisional |
| CD51/2 | Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo |
| CD51/3 | Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana |
| CD51/4 | Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Argentina, Guatemala y Haití |
| CD51/5 | Estrategia y Plan de acción sobre la salud urbana |
| CD51/6, Rev. 1 | Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático |
| CD51/7, Rev. 1 | Plan de acción sobre la seguridad vial |
| CD51/8, Rev. 1 | Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol |
| CD51/9 | Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública |
| CD51/10, Rev. 1 | Estrategia y Plan de acción sobre la epilepsia |
| CD51/11 | Estrategia y Plan de acción sobre la malaria |
| CD51/12 | Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave |

CD51/13	Estrategia y Plan de acción sobre <i>eSalud</i>
CD51/14, Rev. 1	Panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva
CD51/15, Rev. 1 y Add. I.	Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos
CD51/16 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CD51/17 y Corr. 1	Nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-201
CD51/18	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD51/19	Elección de dos miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD51/20	Premio OPS en Administración, 2011

Documentos de información

CD51/INF/1	[SUPRIMIDO]
CD51/INF/2, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1	Consulta Regional sobre la reforma de la OMS
CD51/INF/3	Actualización sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD51/INF/4	Informe sobre la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles
CD51/INF/5	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: A. Inmunización: retos y perspectivas B. Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual

- C. Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- D. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
- E. Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas
- F. Situación de los Centros Panamericanos
- G. Iniciativa Regional y Plan de Acción para la seguridad transfusional 2006-2010: Evaluación final

CD51/INF/6

Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros:

- A. Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
- B. Plan Maestro de Inversiones de Capital

CD51/INF/7

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

- A. 64.a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Cuadragésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Organizaciones subregionales

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Wilmoth Daniel
Minister of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

Delegate – Delegado

Mr. Edson Joseph
Permanent Secretary
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Yedlin
Jefe de Gabinete del Ministerio
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

Lic. Anahí Navarro
Asesora
Secretaría de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Balverdi
Ministro de Salud de la Provincia
de San Juan
Ministerio de Salud
San Juan

Lic. Andrea Polach
Asesora Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dr. Aldo Dománico
Coordinador del Programa de Alcoholismo
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Laura Waynsztok
Coordinadora del Programa de Municipios
y Comunidades Saludables
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Ministro Martín Gómez Bustillo
Representante Permanente Interino
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luciano Escobar
Tercer Secretario, Representante Alterno
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan
Director, Department of Public Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Alarice Grant
Attaché
Embassy of The Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Ricardo Kellman
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternate – Alterno

Sra. Fiorella Caldera Gutiérrez
Primera Secretaria, Permanente Alternata
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Dr. Jarbas Barbosa
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Alternates – Alternos

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Augusto Gadelha
Diretor do Departamento de Informática do
SUS (DATASUS)
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Dirceu Brás Aparecido Barbano
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Ana Paula Juca da Silveira e Silva
Chefe do Núcleo de Assuntos Internacionais
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Felipe Amaral
Assessor do Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Fátima Gomes
Chefe da Assessoria de Comunicação Social
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Milton Vasconcelos
Chefe do Cerimonial
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assesora Internacional, Secretaria de
Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Gabriela Resendes
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Paul Gully
Senior Medical Advisor
Deputy Minister's Office
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Gloria Wiseman
Director
Multilateral Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Elaine Chatigny
Director General
Strategic Policy and International
Health Division
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Jamie Baker
Manager
Bilateral and Regional Affairs International
Division
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Mr. Julian Murray
Senior Director, Americas
Geographic Programs Branch
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Briggittee D'Aoust
Program Manager
Inter-American Program, Americas
Geographic Programs Branch
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Jocelyne Galloway
Team Leader (Health)
Thematic and Sectoral Specialists Division
Geographic Programs Branch
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

Mr. Brett Maitland
Alternate Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Dr. André Dontigny
Director
Public Health Protection
Ministry of Health and Social Services
Quebec

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Castillo
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

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

Sr. Darío Paya
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sr. Alberto Rodríguez
Primer Secretario, Representante Alterno
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Angulo Chaparro
Asesora Despacho Viceministra
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jesús Pérez
Primer Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius Timothy
Minister of Health
Ministry of Health
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada
Viceministra de Desarrollo Estratégico
Institucional
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Roberto B. Saladín
Embajador, Representante Permanente de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Laura Brea
Consejera, Representante Alterno de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Fátima Franco
Subsecretaria Regional Costa Insular
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Sra. Verónica Poveda
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sra. Claire Lammens
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR (cont.)

Delegate – Delegado

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Ann Peters
Minister of Health
Ministry of Health
St. George's

Delegate – Delegado

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sra. Nila Carolina Chavez de Paz
Psicóloga
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy, M. P.
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegates – Delegados

Dr. Marcia Paltoo
Director of Adolescent Health
Ministry of Health
Georgetown

Dr. Vishalya Sharma
Government Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Yolanda Batres
Viceministra de Redes y Servicios
Secretaría de Estado en el Despacho de
Salud
Tegucigalpa, M. D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Eva Lewis-Fuller
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate – Alterno

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

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Delegates – Delegados

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

Dra. Alma Eunice Rendón Cárdenas
Directora General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos

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

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete
Asesor del Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Arturo Parra
Jefe de Información
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Miguel Alonso Olamendi
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Franklin Vergara Jaén
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

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

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

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

Sra. Menitza Mandiche
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Enrique García de Zuñiga
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dra. Felicia Cañete
Directora de Enfermedades
no Transmisibles
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Cesar Ramón Cabral Mereles
Director Técnico UNASUR SALUD
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Juan Miguel González
Ministro
Representante Alternativo de Paraguay
ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Carlos García
Segundo Secretario
Representante Alternativo de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alberto Tejada Noriega
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

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

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

PERU/PERÚ (cont.)

Alternate – Alternativo

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA
(absent - ausente)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Health & Social Services
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. St. Clair Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegate – Delegado

Dr. Robert Brohim
Policy Advisor
Ministry of Health
Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Antonia Popplewell
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

Mr. Hamid O'Brien
Advisor to the Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Howard Koh
Assistant Secretary for Health
Department of Health and Human Services
Washington D.C.

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

Alternates – Alternos

Ms. Sonia Angel
Special Advisor
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Isabella Danel
Associate Director for Program Development
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Agencies Bureau of International
Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Natalia Machuca
Advisor for Infectious Diseases
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

Ms. Judnefera Rayason
International Relations Officer
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Alyson Rose-Wood
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 (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Venegas
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Sra. Olga Graziella Reyes
Representante Interina del Uruguay
ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Pedro Albarrán Depablos
Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Alternate – Alterno

Srita. Valentina Martínez
Abogada
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

Mr. Cyril Cosme
Counselor, Labor and Social Affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)

Delegate – Delegado

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

Alternates – Alternos

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

Ms. Monique Kuiperi-van Embden
Personal Assistant
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nicholas Tomlinson
Deputy Director
European Affairs & Global Health
Department of Health
London

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

PUERTO RICO

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

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

(absent - ausente)

SPAIN/ESPAÑA

Sra. Carmen Amela Heras
Directora General de Salud Pública
y Sanidad Exterior
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Madrid

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

Sr. Fernando Fernández-Monje
Becario, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Daniel Yedlin
Jefe de Gabinete del Ministerio
Ministerio de Salud
Buenos Aires, Argentina

Dr. St. Clair Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
Kingstown, St. Vincent and the Grenadines

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

PAHO Award for Administration, 2011/ Premio OPS en Administración, 2011

Dr. Edward Greene
Guyana

Abraham Horwitz Award for Excellence in Leadership in Inter-American Public Health, 2011/ Premio Abraham Horwitz a la excelencia en liderazgo en la salud pública interamericana, 2011

Dr. Peter Hoetz
United States of America

Clarence H. Moore Award Excellence for Voluntary Service, 2011/ Premio Clarence H. Moore a la excelencia en el servicio voluntario, 2011

Dr. Sue Patterson
Guatemala

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS (cont.)**

**Manuel Velasco Suárez Award for
Excellence in Bioethics, 2011/
Premio Manuel Velasco Suárez a la
excelencia en la bioética, 2011**

Dra. Laura Adriana Albarelos
México

**Sérgio Arouca Award for Excellence in
Universal Health Care, 2011/
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la
atención sanitaria universal, 2011**

Integrated Management of Adolescents and
Adult Illness Program
Ministry of Health
Guyana

**Pedro N. Acha Award for Excellence in
Veterinary Public Health, 2011/
Premio Pedro N. Acha a la excelencia en la
salud pública veterinaria, 2011**

Dra. Francisca Samsing
Chile

**Fred L. Soper Award for Excellence in
Public Health Literature, 2011/
Premio Fred L. Soper a la excelencia en la
bibliografía de salud pública, 2011**

Dra. Ana Lucia Lovadino
Brasil

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

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

Sra. Inés Bustillo

UN Women/ONU Mujeres

Dr. Michelle Bachelet
Under-Secretary General
and Executive Director

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

Dr. Laura Laski

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Mrs. Myrna Bernard
Dr. Rudolph O. Cummings

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

Ambassador Albert R. Ramdin

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dr. Ricardo Cañizares

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

Ms. Kei Kawabata

**Inter-American Institute for Cooperation on
Agriculture/
Instituto Interamericano de Cooperación
para la Agricultura**

Mr. David Hatch

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

**Latin American Federation of Hospitals/
Federación Latinoamericana de Hospitales**

Dr. Norberto Larroca

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Dr. Rubén Abete

U.S. Pharmacopeial Convention

Dr. Damian Cairatti

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

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

Mr. Michael Splaine

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

Dr. Eduardo Pretell

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

Ms. Eva Ruiz de Castilla
Mr. Julio Campos

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

**International Bureau for Epilepsy
Oficina Internacional para la Epilepsia**

Dr. Carlos Acevedo

Ms. Elizabeth Wiley
Ms. Gabriela Irem Noles Cotito
Ms. Anne-Sophie Thommeret-Carrière
Ms. Sandra Sofia Tang Herrera

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

Ms. Corry Jacobs
Mr. Andrew Rudman
Mr. Mark Grayson
Mr. Jorge Carrion
Ms. María del Pilar Rubio
Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Jacqueline Anne Keith

**International Society of Radiographers and
Radiological Technologists**

Mrs. Rita Eyer

World Heart Foundation

Ms. Diana Vaca McGhie
Ms. Kelly Worden

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

**International League Against Epilepsy
Liga Internacional Contra la Epilepsia**

Dr. Marco A. Medina

World Self Medication Industry

Dr. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

S.A.R. La Infanta Doña Cristina
Directora del Área Internacional de la
Fundación "la Caixa" y Presidenta del
Instituto de Salud Global de Barcelona
(ISGlobal)

Dr. Aníbal Faúndes
Coordinator
Latin American Federation of Obstetrics
and Gynecology Societies

Dr. Patrick Kelley
Institute of Medicine

Dr. Susan Foster
Alliance for the Prudent Use of Antibiotics

Dr. José G. Orozco
ReAct Latin America

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Carissa F. Etienne
Assistant Director-General, HSS,
Health Systems and Services

Dr. Mario Raviglione
Director, STB Stop TB

Dr. Shekhar Saxena
Director, Mental Health and Substance
Abuse, MSD

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

Dr. Ian Michael Smith
Advisor to Director-General, DGO

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

**Director and Secretary *ex officio* of the
Council/
Directora y Secretaria *ex officio* del Consejo**

Dr. Mirta Roses Periago

**Advisers to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

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