



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

59.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 1 al 5 de octubre del 2007

CSP27/FR (Esp.)
5 de diciembre del 2007
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	6
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Elección de la Mesa Directiva	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Adopción del orden del día.....	7
Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	7
Asuntos relativos a la Constitución	8
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	8
Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe quinquenal 2003-2007 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Salud en las Américas 2007	9
Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	12
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela	13
Asuntos relativos a la política de los programas	13
Proyecto de plan estratégico 2008-2012	13
Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009	16
Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados.....	19
Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados.....	20
Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados	22
Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015	25
Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional	27
Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres.....	30
Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas	32
Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio	34
Prevención y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas	37

CONTENIDO (*cont.*)

	<i>Página</i>
Asuntos relativos a la política de los programas (<i>cont.</i>)	39
Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente.....	39
Asuntos administrativos y financieros	41
Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público.....	41
Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	42
Informe sobre la recaudación de las cuotas	43
Informe financiero parcial del Director para 2006	44
Informe sobre las actividades de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna	45
Nombramiento del Auditor Externo	46
Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	47
Asuntos relativos a los Comités	47
Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Cuba.....	47
Premios	47
Premio OPS en Administración 2007	47
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2007	48
Premio de Bioética Manuel Velasco-Suárez 2007.....	49
Asuntos de información general	50
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud	50
Resoluciones y otras acciones de la 60. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional.....	52
Otros asuntos	53
Informe sobre la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017.....	53
Informe sobre la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Buenos Aires 30-15”	54
Información actualizada sobre la implantación del Sistema Mundial de Gestión de la OMS en la OPS	55
Otros asuntos mencionados por los Estados Miembros.....	56
Clausura de la sesión	56

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluciones y decisiones	57
<i>Resoluciones</i>	57
CSP27.R1 Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	57
CSP27.R2 Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas	58
CSP27.R3 Informe sobre la recaudación de cuotas	59
CSP27.R4 Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012	60
CSP27.R5 Presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009	62
CSP27.R6 Cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009	66
CSP27.R7 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015	69
CSP27.R8 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela	71
CSP27.R9 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	71
CSP27.R10 Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente	72
CSP27.R11 Malaria en las Américas	74
CSP27.R12 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas	77
CSP27.R13 Seguridad Sanitaria Internacional: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI (2005))	79
CSP27.R14 Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres	81
CSP27.R15 Prevención y control del dengue en las Américas	83
CSP27.R16 Nombramiento del auditor externo	85
CSP27.R17 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	85
CSP27.R18 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público	86
CSP27.R19 Fondo maestro de inversiones de capital	87

CONTENIDO (*cont.*)

Página

<i>Decisiones</i>	88
CSP27(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	88
CSP27(D2) Elección de la Mesa Directiva	88
CSP27(D3) Adopción del orden del día	89
CSP27(D4) Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	89
CSP27(D5) Establecimiento de la Comisión General.....	89
CSP27(D6) Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS	89

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D.C., del 1 al 5 de octubre del 2007.
2. El embajador Efrén Cocíos Jaramillo (Ecuador, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. La doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes. Pronunciaron palabras de apertura el señor Mike Leavitt (Estados Unidos de América), el embajador Luis Alberto Rodríguez (Coordinador Nacional y Enviado Especial a las Américas, V Cumbre de las Américas), el señor Nils Kastberg (Director Regional para América Latina y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), el embajador Albert Ramdin (Subsecretario General de la Organización de los Estados Americanos) y la doctora Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud). Sus discursos figuran en el sitio web de la Conferencia (<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27index-s.htm>).

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Guyana, Honduras y Ecuador para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CSP27[D1]).

Elección de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno, fueron elegidos los siguientes integrantes de la Mesa Directiva (decisión CSP27[D2]):

<i>Presidente:</i>	Chile	(Dra. María Soledad Barría)
<i>Vicepresidente:</i>	República Dominicana	(Dr. Bautista Rojas Gómez)
<i>Vicepresidente:</i>	Suriname	(Dr. Celsius Waterberg)
<i>Relator:</i>	Estados Unidos de América	(Sra. Elizabeth Yuan)

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

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

6. De conformidad con el Artículo 35 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a Belice, Bolivia y Canadá integrantes del Grupo de Trabajo para Estudiar la Aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (decisión CSP27[D4]).

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a Cuba, Guatemala y México para integrar la Comisión General (decisión CSP27[D5]).

Adopción del orden del día (documento CSP27/1)

8. La Conferencia adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CSP27/1, sin cambios (decisión CSP27[D3]), y un programa de reuniones (documento CSP27/WP/1, Rev.1).

Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP27/3)

9. La Secretaria se refirió al documento CSP27/3, en el cual la Directora proponía que se dejaran de preparar actas resumidas de las sesiones de la Conferencia y el Consejo Directivo. Dichas actas se reemplazarían con un informe final similar al de las sesiones del Comité Ejecutivo que se prepara desde 1995. Las grabaciones de las deliberaciones se pondrían a disposición de los Miembros que las solicitaran y la Oficina proporcionaría una transcripción de cualquier parte de las deliberaciones en la cual un Miembro estuviera especialmente interesado. El cambio redundaría en un producto más fácil de usar y representaría un ahorro considerable para la Organización.

10. La Directora señaló que los informes resumidos preparados para el Comité Ejecutivo y sus diversos subcomités habían sido bien recibidos. Aseguró a la Conferencia que se seguirían documentando de forma completa todas las reuniones de los Cuerpos Directivo por medio de grabaciones.

11. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R1 y, por medio de ella, los cambios propuestos en el Reglamento Interno.

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CSP27/4)

12. El señor John Maginley (Antigua y Barbuda, Vicepresidente del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y sus diversos órganos subsidiarios entre septiembre del 2006 y septiembre del 2007, observando, entre otras cosas, que en su 140.^a sesión, en junio del 2007, el Comité había considerado un proyecto de estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. El tema no se remitió a la Conferencia para que actuara al respecto porque el Comité Ejecutivo no había llegado a un acuerdo sobre un proyecto de resolución.

13. El Comité, unánimemente, había recibido con beneplácito la atención prestada por la OPS al grave problema del cáncer cervicouterino, pero los Miembros habían cuestionado algunos aspectos de la estrategia regional propuesta. Aunque algunos apoyaban con entusiasmo la introducción de la vacuna nueva contra el virus de los papilomas humanos (VPH), otros opinaban que el costo elevado de la vacuna sería un obstáculo importante para su uso generalizado. Varios delegados habían recalcado que sus países no querrían introducir una vacuna que fuese inasequible para la mayoría de la población y habían exhortado a la OPS a que explorara la posibilidad de ayudar a los países a negociar precios más favorables por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Algunos Miembros del Comité también habían expresado preocupación por el método de examen visual y crioterapia recomendado en el marco de la estrategia regional propuesta, puesto que opinaban que ese método no debía recomendarse necesariamente en los países donde la prueba de Papanicolaou funcionaba bien. El Comité había solicitado a la Oficina que revisara la estrategia regional, teniendo en cuenta las observaciones y las inquietudes de los Miembros, y volviera a someter el asunto a la consideración del Comité en el 2008.

14. En el debate subsiguiente, los representantes de varios Estados Miembros expresaron consternación porque el Comité Ejecutivo no había llegado a un acuerdo sobre una estrategia regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, en particular la introducción de la vacuna contra el virus de los papilomas humanos. Opinaron que, aunque imperfecto, el enfoque basado en la vacuna y el examen visual era útil para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino. Se instó a la OPS y a los Estados Miembros a que dieran prioridad al tema del cáncer cervicouterino.

15. La Directora aseguró a la Conferencia que el cáncer cervicouterino era una prioridad para la Organización. La Oficina estaba revisando la estrategia regional, de acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo, y volvería a presentarla a los Cuerpos

Directivos en el 2008. Entretanto, seguiría proporcionando cooperación técnica a los Estados Miembros para ayudarles a hacer frente a la enfermedad.

16. Los informes finales de la 139.^a y la 140.^a sesiones del Comité Ejecutivo y de una reunión extraordinaria celebrada mediante videoconferencia en enero del 2007 contienen reseñas de los otros temas considerados en dichas sesiones (documentos CE139/FR, CESS/FR y CE140/FR, anexos A, B y C, respectivamente, del documento CSP27/4).

17. La Conferencia agradeció el trabajo de los miembros del Comité y tomó nota del informe.

Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe quinquenal 2003-2007 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento oficial 329) y Salud en las Américas 2007 (Publicación científica y técnica 622)

18. La Directora inició la presentación de su informe quinquenal con un video que mostraba algunas de las actividades realizadas y los éxitos obtenidos por la Organización durante el quinquenio anterior. Luego destacó los puntos sobresalientes del informe, en el cual se presentaba una reseña del progreso de la Oficina en el cumplimiento de los mandatos de los Estados Miembros, en particular el plan estratégico para el período 2003-2007. Recordó que en el 2003 había propuesto una estrategia de gestión para alcanzar los resultados previstos en el plan estratégico. La estrategia requería un programa de transformación y desarrollo institucional encaminado a mejorar la cooperación técnica de la Oficina. La Organización, por lo tanto, había emprendido una iniciativa de fortalecimiento institucional para mejorar la gobernanza, la planificación, la gestión orientada a la consecución de resultados, la responsabilización y la transparencia. Muchos de los cambios realizados durante el período se debían directamente a las recomendaciones formuladas por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

19. El informe se refería también a las medidas tomadas por la OPS de conformidad con los mandatos relacionados con la salud dados por los Estados Miembros en las Cumbres de las Américas y otros foros regionales y subregionales, entre los cuales cabía destacar la meta de proporcionar tratamiento antirretrovírico al menos a 600.000 personas infectadas por el VIH para el 2005, gracias a la cual la Región había efectuado una gran contribución a la consecución de la meta de la OMS de “tres millones para 2005” (es decir, que tres millones de personas VIH-positivas en países en desarrollo reciban medicamentos antirretrovíricos para fines del 2005). Los adelantos descritos en el informe corresponden al resultado del esfuerzo compartido entre el personal de la Oficina, los Estados Miembros y de todos aquellos que colaboraban con la Organización en el ámbito de la cooperación técnica, a todos los cuales la Directora expresó su sincero agradecimiento.

20. Pasando a la publicación Salud en las Américas 2007, la Directora dijo que presentaba una imagen mucho más detallada de la situación de salud actual de la Región y de los países con respecto a la salud y el desarrollo humano, enfermedades y factores de riesgo específicos, la salud ambiental y la evolución de los sistemas de salud. También examinó el progreso de la Región hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Destacó algunas de las estadísticas con respecto a la población, la esperanza de vida, la morbilidad y la mortalidad, las enfermedades y los riesgos para la salud, los recursos sanitarios y otras áreas abarcadas en el informe, observando, por ejemplo, que en la Región continuaban el crecimiento de la población, aunque a una tasa más lenta, y su envejecimiento. También persistía la tendencia a la urbanización. Aunque se había progresado algo en la lucha contra la pobreza, 40,6% de la población de América Latina y el Caribe seguía viviendo en la pobreza y 152 millones de personas no tenían acceso a agua potable ni a servicios de saneamiento básico. La esperanza de vida al nacer había aumentado en forma sostenida en toda la Región desde mediados del siglo XX y la disparidad entre Canadá y Estados Unidos y los países de América Latina y el Caribe se había reducido, pero en algunos casos subsistían diferencias pronunciadas.

21. La Directora concluyó señalando que cada estadística en el informe representaba la vida de una niña, un niño, una mujer o un hombre en algún rincón de la Región y expresó la esperanza de que, en la edición del 2012 de Salud en las Américas, se pudiera informar que se progresó mucho para alcanzar una vida más larga, plena y fructífera de todos los habitantes de las Américas, pero de manera especial de los grupos más excluidos.

22. Los Estados Miembros elogiaron el progreso realizado en la mejora de la salud en la Región en los cinco años anteriores. También encomiaron la labor de la Directora para mejorar la gestión de la OSP y mejorar su responsabilización, transparencia y eficiencia. Al mismo tiempo, los delegados destacaron los retos que será necesario enfrentar en el futuro, en particular la necesidad de fortalecer la protección social y reducir la exclusión social, eliminar las desigualdades en el campo de la salud, hacer frente al cambio climático y a otros problemas ambientales, y abordar las cuestiones de recursos humanos, especialmente la migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados.

23. Varios delegados señalaron que Salud en las Américas 2007 ponía de manifiesto que las Américas seguían siendo la región más desigual del mundo y subrayaron la necesidad de una redistribución de la riqueza como condición fundamental para lograr la equidad en la esfera de la salud. Muchos delegados recalcaron también la necesidad de mejorar la protección social, especialmente mediante el fortalecimiento y la ampliación de la cobertura de servicios de atención primaria de salud, así como la necesidad de abordar los factores sociales determinantes de la salud. Se destacó el vínculo entre la

salud y el desarrollo humano, y se recalcó que la atención de salud debía ser vista no como un costo sino como una inversión que contribuiría al desarrollo y el crecimiento económico. Varias delegaciones describieron las medidas que estaban tomando sus gobiernos para ampliar la protección social, combatir la pobreza y la inequidad y proporcionar atención de salud de buena calidad a todos sus ciudadanos. También se mencionaron varios programas nacionales para abordar problemas de salud específicos.

24. Se señaló que la epidemia creciente de enfermedades no transmisibles era uno de los retos más importantes para el próximo quinquenio. A este respecto, se recalcó la necesidad de promover los hábitos y modos de vida saludables. En particular, había que prestar más atención a las carencias nutricionales y otros problemas de salud relacionados con el régimen alimentario, especialmente la obesidad y el sobrepeso. Otro reto que requería una acción urgente era el cambio climático y otros problemas ambientales.

25. El tema de los recursos humanos era motivo de gran preocupación para muchos delegados. Los países de América Latina y el Caribe estaban invirtiendo cantidades enormes de tiempo y dinero en la capacitación de profesionales en el campo de la salud que después migraban a países más ricos de América del Norte y Europa, fenómeno que un delegado calificó de “robo de cerebros” y que comprometía seriamente la capacidad del primer grupo de países para proporcionar atención de salud a su población. Otra inquietud era el tipo de capacitación que se impartía al personal de salud. Era necesario insistir más en la promoción de la salud y la atención primaria y menos en la atención especializada y hospitalaria. Se instó a la OPS a que diera prioridad a los problemas relacionados con los recursos humanos en el próximo quinquenio.

26. Otros puntos planteados en el curso del debate fueron la importancia de la colaboración entre los países a nivel subregional, en particular en el contexto actual de la globalización. Se encomió a la OPS por su apoyo a los procesos de integración subregional. También se elogió el papel de la Organización en el fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales y la mejora de la capacidad de liderazgo de los ministerios de salud. Asimismo, se destacó la utilidad de la medicina tradicional para abordar los problemas de salud pública contemporáneos. Se señaló que en ambos informes se deberían haber mencionado los mecanismos innovadores creados recientemente para financiar las compras de medicamentos y vacunas, como la Facilidad Internacional para la compra de Medicamentos (UNITAID), los compromisos anticipados de mercado en relación con vacunas y el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización (IFFIm).

27. La Directora reiteró que los éxitos de los cinco años anteriores habían sido el resultado de un trabajo basado en la colaboración que abarcaba toda la Organización, incluidos los Estados Miembros, los cuales habían desempeñado un papel activo en el proceso de transformación y fortalecimiento institucional que había tenido lugar desde el

2002. Como resultado de ese proceso, la Organización ahora contaba con varios instrumentos de programación y adopción de decisiones sumamente eficaces, entre ellos la Política del Presupuesto Regional por Programas, adoptada en el 2004, y la Estrategia Regional sobre la Nutrición para la Salud y el Desarrollo, adoptada en el 2006, que abordaba muchos de los problemas relacionados con el régimen alimentario y la nutrición señalados por los delegados.

28. Respondiendo a los comentarios sobre la inequidad y la protección social, la Directora dijo que era cierto que el sector de la salud operaba en un contexto de extraordinaria inequidad, exclusión y discriminación, pero que era igualmente cierto que el sector tenía la responsabilidad de no repetir o perpetuar las desigualdades e inequidades. Por el contrario, la salud debería usarse como medio para redistribuir los recursos y promover la justicia social. Con ese propósito, como se había indicado en el debate, era indispensable fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales para que pudieran forjar alianzas con las autoridades de otros sectores a fin de abordar los factores determinantes de la salud que estaban fuera del control directo del sector. Con respecto a los factores sociales determinantes de la salud, señaló que las Américas habían participado activamente en el trabajo de la comisión de la OMS en la materia y eran la única región de la OMS que había realizado una consulta formal de la sociedad civil sobre el tema a fin de colaborar con el informe de la comisión.

29. Por último, la Directora dijo que la Oficina era consciente de que se había omitido cierta información de Salud en las Américas 2007 y que se publicaría un corrigiendo dentro de tres o cuatro meses para rectificar las omisiones.

30. La Conferencia agradeció a la Directora su exposición y tomó nota de los informes.

Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (documento CSP27/5)

31. La doctora Mirta Roses Periago (Argentina) fue reelegida Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, por voto secreto, por un período de cinco años a partir del 1 de febrero del 2008. Se emitieron 38 votos en total, de los cuales dos fueron nulos y 36 fueron votos válidos a favor de la doctora Roses. El doctor Raúl Castellanos (Puerto Rico) y la señora Natividad Nalda (España) se desempeñaron en calidad de escrutadores.

32. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R9, mediante la cual se declara elegida a la doctora Roses y se propone al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud que la nombre Directora Regional para las Américas.

33. El discurso de aceptación de la doctora Roses figura en el documento CSP27/DIV/8, que se puede consultar en el sitio web de la Conferencia (<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-div8-s.pdf>).

34. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) recibió con beneplácito el resultado de la elección, que consideró como un firme voto de confianza en el liderazgo y el desempeño de la Directora durante los cinco años precedentes. Dijo que transmitiría los resultados de la elección al Consejo Ejecutivo de la OMS, el cual — estaba segura— confirmaría el nombramiento de la doctora Roses como Directora Regional para las Américas en enero del 2008. Esperaba con interés seguir colaborando estrechamente con la doctora Roses y los demás funcionarios de la OSP para fortalecer la salud pública mundial.

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela (documento CSP27/6)

35. Mediante voto secreto, la Conferencia eligió a Bolivia, México y Suriname para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de Canadá, Cuba y Venezuela, cuyos mandatos habían caducado. Se emitieron 38 votos en total, alcanzándose la mayoría necesaria de 20. El recuento de los votos fue el siguiente: Bolivia, 23; Haití, 21; México, 34; y Suriname, 22. El doctor Raúl Castellanos (Puerto Rico) y la señora Natividad Nalda (España) se desempeñaron en calidad de escrutadores.

36. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R8, mediante la cual se declara a Bolivia, México y Suriname elegidos para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años y se agradece a Canadá, Cuba y Venezuela su valiosa participación.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de plan estratégico 2008-2012 (documento oficial 328)

37. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) presentó este tema e informó sobre las observaciones y las recomendaciones del Comité Ejecutivo acerca de una versión anterior del plan estratégico, 2008-2012 que el Comité había tratado en su 140.^a sesión en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 30 a 46).

38. El doctor Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) recordó que el proceso de elaboración del plan estratégico para el período 2008-2012 había comenzado un año antes y había sido sumamente participativo, incluyendo a numerosas personas de los tres niveles de la

Organización: regional, subregional y de país. Los Estados Miembros también habían participado activamente. Dado que la OPS formaba parte tanto del sistema interamericano como del sistema de las Naciones Unidas, el plan estratégico debía armonizarse con los instrumentos de planificación de ambos, a saber, el Undécimo Programa General de Trabajo para el período 2006-2015 y el Plan estratégico a plazo medio para el período 2008-2013, de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, aprobada por los ministros de salud de la Región en el 37^o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en junio del 2007.

39. El plan abarcaba 16 objetivos estratégicos, de los cuales la Oficina y los Estados Miembros serían conjuntamente responsables, y 88 resultados previstos a nivel regional, de los cuales la Oficina sería la única responsable. El número de resultados previstos a nivel regional se había reducido de 93 a 88, y el número de indicadores, de 450 a 324, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Ejecutivo. El plan se ejecutaría durante tres bienios, a partir del 2008. Los Cuerpos Directivos recibirían el primer informe de la Oficina sobre el progreso realizado en la ejecución del plan en el 2010.

40. Los Estados Miembros recibieron con beneplácito las mejoras introducidas en el documento tras su consideración por el Comité Ejecutivo y aplaudieron el proceso participativo mediante el cual se había elaborado el plan estratégico. Se señaló que el plan proporcionaría una orientación sólida para el trabajo tanto de la Oficina como de los Estados Miembros durante los próximos seis años, lo cual también mejoraría la presupuestación y la gestión de la OPS orientadas a la consecución de resultados. También se elogió la armonización del plan con la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 y con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan estratégico a plazo medio de la OMS, así como su especificidad regional.

41. Los delegados estuvieron de acuerdo en que la decisión de mantener 16 objetivos estratégicos, en vez de combinar y fusionar algunos como se había hecho en el caso del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, permitiría a la Organización focalizar mejor su trabajo en las necesidades específicas de los Estados Miembros de la OPS. El componente subregional del Plan, junto con los fondos asignados a los programas subregionales en el presupuesto bienal por programas, también facilitaría una mayor especificidad. Sin embargo, la OPS debía adoptar un método mejor para usar los fondos subregionales de una forma más eficiente y eficaz y continuar centrándose en los cinco países prioritarios sin descuidar las necesidades de los países de ingreso mediano, que no eran atendidos por otras organizaciones. Esos países necesitaban recursos en particular para la capacitación técnica y la investigación científica.

42. Los esfuerzos de la Oficina para acortar el plan y mejorar las metas y los indicadores fueron bien recibidos, aunque algunos delegados opinaron que se necesitaban

otras mejoras a fin de que los indicadores mostraran realmente si estaban lográndose los resultados previstos. Un delegado opinó que los indicadores debían reflejar mejor las diferencias subregionales para afrontar los desafíos específicos de los países en las diversas subregiones. Se instó a la Oficina a que considerara el plan como un “documento vivo” y a que ajustara las metas y los indicadores según fuese necesario para responder a los cambios en las circunstancias. Varias delegaciones dijeron que presentarían comentarios adicionales por escrito sobre determinados indicadores.

43. Se elogió la integración del fortalecimiento de los sistemas de salud, incluido el refuerzo de los sistemas de información de salud, en los diversos objetivos estratégicos. El reconocimiento en el plan de la necesidad de contar con suficientes recursos humanos bien preparados en el campo de la salud también se consideró positivo. Se subrayó la necesidad de coordinación entre los sistemas de salud y las instituciones de formación de personal sanitario para alcanzar las metas de salud pública. Se señaló que, para lograr esa coordinación, había que fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales.

44. El Delegado de los Estados Unidos, recordando que su gobierno no se había sumado al consenso en torno a la Estrategia Mundial de la OMS sobre la Salud Reproductiva, dijo que su delegación entendía que los servicios de salud reproductiva no incluían el aborto y que el plan estratégico no contenía nada que impulsara a los Estados Miembros de la OPS a ampliar la disponibilidad del aborto legal. Refiriéndose al indicador 15.3.1, recalcó que toda información proporcionada por la OPS sobre las posibles repercusiones de los acuerdos comerciales desde una perspectiva de salud pública debía ser imparcial, basarse en datos probatorios y representar de forma justa los diferentes puntos de vista de los Miembros sobre temas comerciales.

45. Un representante de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional expresó el apoyo de su organización al plan estratégico e instó a la OPS a que hiciera hincapié en el desarrollo y la ampliación de los servicios básicos de salud ocupacional para los trabajadores, destacando la importancia de la salud y la seguridad del personal sanitario para el éxito de muchas de las actividades previstas en el plan. También propuso que la Conferencia considerara la posibilidad de agregar las palabras “ocupacionales y” antes de “ambientales” en el objetivo estratégico 8, de forma tal que la última parte dijese: “amenazas ocupacionales y ambientales para la salud”.

46. El doctor Gutiérrez dijo que había tomado nota de todas las observaciones y sugerencias y que se cercioraría de que se incorporaran en la versión definitiva del plan estratégico. Aseguró a la Conferencia que la Oficina consideraba el plan como un documento vivo y flexible que seguramente debería modificarse con el transcurso del tiempo y agradeció a todos los Estados Miembros su apoyo y contribuciones en el proceso de elaboración del plan.

47. La Directora observó que el documento presentado a la Conferencia, que era el resultado de extensas consultas y la búsqueda de consenso entre los diversos interesados directos en la Región, demostraba una vez más que los procesos participativos fortalecían y mejoraban la formulación de planes colectivos. Esa amplia participación podría prolongar y desacelerar el proceso, pero a la larga conducía a un producto mejor. La moderna tecnología de la información había facilitado el proceso participativo y había reducido su costo. Aun así, no había sido fácil fusionar y conciliar los diversos puntos de vista, las prioridades en conflicto, las distintas interpretaciones de palabras y frases y otros asuntos, pero al final había prevalecido el compromiso compartido de todos con la salud. En su opinión, una de las principales enseñanzas extraídas de la formulación del plan estratégico era que la inversión en un buen plan significaría que todos se sentirían partícipes, lo cual ayudaría a lograr el compromiso y los recursos necesarios para su ejecución.

48. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R4 y, por medio de ella, el Plan estratégico, 2008-2012.

Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (documento oficial 327)

49. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las observaciones del Comité Ejecutivo sobre el proyecto de presupuesto por programas (véase el documento CE140/FR, párrafos 47 a 63), señalando que el Comité había recomendado que la Conferencia Sanitaria aprobara el proyecto con el aumento de 3,9% de las contribuciones de los Estados Miembros.

50. Román Sotela (Jefe de Unidad, Planificación y Presupuesto por Programas, OPS) dijo que el proyecto de presupuesto que se había presentado a la Conferencia había sido mejorado con la inclusión de los comentarios del Comité Ejecutivo. Señaló que 2008-2009 era el segundo de los tres bienios durante los cuales se ejecutaría de forma escalonada la Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada en el 2004, según la cual las asignaciones para los niveles de país y subregionales aumentarían y la asignación regional disminuiría. El total propuesto era de \$626 millones¹. De esa cantidad, \$180 millones provendrían de las cuotas de los Estados Miembros y \$17,5 millones de ingresos varios. Esta última cifra representaba un aumento respecto de los \$14,5 millones previstos anteriormente, como consecuencia de una de las recomendaciones del Comité Ejecutivo. Por lo tanto, la parte del presupuesto ordinario correspondiente a la OPS era de \$197,5 millones, que representaban un aumento de 5,2% respecto del bienio anterior. Con los \$81,5 millones correspondientes a la OMS aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, el presupuesto ordinario

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

propuesto ascendía a \$279.067.000 en total. Las contribuciones voluntarias ascendían a alrededor de \$347 millones, llevando el total combinado del proyecto de presupuesto a \$626.067.000. Las contribuciones voluntarias representarían poco más de la mitad del total, los fondos ordinarios de la OPS, 32%, y los fondos ordinarios de la OMS, 13%. Casi 71% del aumento propuesto del presupuesto tendría lugar a nivel de país. De acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo, los 16 objetivos estratégicos se habían clasificado mediante dos etapas de asignación de prioridades, que se describían en el plan estratégico para el período 2008-2012, y los mayores aumentos porcentuales correspondían a los siete primeros.

51. El señor Sotela concluyó describiendo algunas de las medidas que la Oficina había tomado en los últimos años para aumentar la eficiencia y economizar, entre ellas la fusión de áreas programáticas, la descentralización de puestos y la reducción del personal de plazo fijo de 1.222 funcionarios en el bienio 1980-1981 a 778 en la actualidad.

52. En el debate subsiguiente, los delegados agradecieron a la Oficina su arduo trabajo en relación con el presupuesto y su receptividad a las observaciones y sugerencias hechas por los Estados Miembros en los debates anteriores sobre el proyecto. Los delegados reconocieron que el presupuesto era el medio con el cual la Organización alcanzaría los resultados previstos en el plan estratégico para el período 2008-2012 y opinaron que la Oficina había presentado una buena justificación para el aumento propuesto de 3,9% en las cuotas de los Estados Miembros. También había demostrado su compromiso con la disciplina presupuestaria, la asignación de prioridades a los programas, la búsqueda de eficiencia y la obtención de resultados reales. Por esas razones, todos los Estados Miembros, incluidos aquellos con políticas de crecimiento nominal cero en los presupuestos de las organizaciones internacionales, estuvieron de acuerdo en apoyar el proyecto.

53. Se reconoció la dificultad de distribuir recursos finitos entre prioridades en conflicto, pero se instó a la OPS a que realizara un esfuerzo para asignar más recursos a las enfermedades crónicas y no transmisibles, que representaban una carga grave y creciente para los países de la Región. El Delegado de Guyana, hablando en nombre de los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), señaló que se estaban reduciendo las asignaciones presupuestarias de muchos países del Caribe de conformidad con la Política del Presupuesto Regional por Programas, lo cual estaba socavando sus logros en materia sanitaria y obstaculizando un mayor desarrollo de sus sistemas de salud. Instó a la Organización a que buscara un método para distribuir los presupuestos de país que reflejara la carga de morbilidad en cada país. La Delegada de Bolivia, hablando en nombre de la Comunidad Andina, preguntó si en los países de los diversos grupos subregionales había margen para redistribuir los recursos subregionales entre los objetivos estratégicos.

54. Se expresaron dudas acerca del nivel proyectado de financiamiento extrapresupuestario. Se señaló que, como las contribuciones voluntarias representarían más de la mitad del total de los recursos del presupuesto, si no se recibían no solo sería imposible llevar a cabo algunos programas, sino que tampoco se lograrían los resultados previstos y peligrarían posibles avances en el campo de la salud pública.

55. El señor Sotela, a pesar de que reconoció que el cálculo de las contribuciones voluntarias era elevado, dijo que la Oficina lo consideraba factible. Se habían recibido alrededor de \$310 millones hasta ese momento del bienio en curso, que sobrepasaban en gran medida la cifra presupuestada de \$265,5 millones, y todavía faltaban tres meses para que terminara el período. Por consiguiente, el cálculo de \$347 millones para 2008-2009 parecía razonable, especialmente en vista de que la OPS esperaba recibir una parte mayor de las contribuciones voluntarias de la OMS por comparación con el bienio 2006-2007.

56. Respondiendo a la pregunta sobre la redistribución de las asignaciones subregionales, el señor Sotela observó que los planes subregionales de cooperación todavía no estaban terminados y, en consecuencia, aún había margen para dar mayor precisión al contenido de los presupuestos subregionales. Con respecto a la asignación para las enfermedades crónicas no transmisibles, la Oficina había seguido la recomendación de los Estados Miembros de un aumento de esa área en la medida de lo posible, aumentando la asignación para el objetivo estratégico 3 más de 50% con respecto al bienio 2006-2007. Desde el punto de vista de la presupuestación, no era realista proyectar un aumento mayor que ese de un bienio a otro, en particular porque el área de las enfermedades crónicas no transmisibles tradicionalmente no había atraído mucho financiamiento voluntario.

57. La Directora recalcó la sinergia que había entre los 16 objetivos estratégicos, como resultado de la cual las enfermedades crónicas no transmisibles se abordarían en el marco no solo del objetivo estratégico 3, sino también de los objetivos estratégicos 6, 7 y 9. Ese era el tipo de enfoque que los Estados Miembros habían pedido: un enfoque multifactorial que equilibrara el fortalecimiento de los sistemas de salud y la infraestructura con la atención de problemas de salud específicos, incluidos sus factores de riesgo y factores determinantes. Era importante reconocer que la focalización en programas para combatir enfermedades específicas había obstaculizado el establecimiento de sistemas de salud fuertes e integrados, capaces de proporcionar una respuesta integral a la situación de salud de acuerdo con los principios de la “nueva salud pública”. Por consiguiente, la Directora recibió con beneplácito la tendencia creciente de los contribuyentes de fondos voluntarios a proporcionar apoyo programático a largo plazo, en vez de fondos destinados un fin determinado a corto plazo. La OPS ahora tenía planes plurianuales que recibían ese tipo de apoyo de varios de sus principales contribuyentes. Ese financiamiento permitiría a la Organización cubrir los déficits de financiamiento en el presupuesto y de esa forma mejorar su capacidad para poner en

práctica el plan estratégico y alcanzar los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional. No obstante, a nivel de país y subregional, los Estados Miembros podrían optar por aumentar la cantidad asignada a las enfermedades crónicas no transmisibles u otras áreas prioritarias indicadas en las estrategias de cooperación con el país correspondiente o subregionales.

58. La Directora agradeció a los miembros del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y al Comité Ejecutivo su trabajo en relación con el presupuesto y agradeció también a los Estados Miembros que habían expresado apoyo al proyecto en la Conferencia. Dijo que estaba segura de que, para fines del bienio, se habría realizado un progreso sustancial en la ejecución del plan estratégico aprobado recientemente por los Estados Miembros.

59. La Conferencia aprobó las resoluciones CSP27.R5 y CSP27.R6 y, por medio de ellas, el proyecto de presupuesto por programas y las cuotas de los Estados Miembros para el 2008, con un aumento de 3,9%.

***Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas:
Informe sobre los progresos realizados (documento CSP27/7)***

60. Elizabeth Yuan (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre las deliberaciones acerca de este tema que habían tenido lugar en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 64 a 70) y describió el contenido del proyecto de resolución aprobado por el Comité, que se adjuntaba al documento CSP27/7.

61. La Conferencia oyó un discurso de la doctora Margarita Cedeño de Fernández, Primera Dama de la República Dominicana y embajadora de buena voluntad de la OPS para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas. El texto del discurso figura en el documento CSP27/DIV/12, que está en el sitio web de la Conferencia (<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27index-s.htm>). Al presentar a la doctora Cedeño de Fernández, la Presidenta observó que había integrado prestigiosos bufetes de abogados de su país y había sido asesora legal de un ex presidente de la República Dominicana, con el cargo de Subsecretaria de Estado. Desde que había asumido el papel de Primera Dama en el 2004, había supervisado la ejecución de programas sociales que beneficiaban a niños, adolescentes, mujeres y las familias en general.

62. Los Estados Miembros reafirmaron el compromiso de su gobierno con la meta de la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) y expresaron su apoyo decidido a la transición de programas de vacunación dirigidos a los niños a programas orientados a las familias, estrategia que protegería a grupos de mayor edad contra varias enfermedades, incluida la rubéola. Los delegados de varios países

describieron campañas de vacunación masiva recientes o próximas dirigidas a los adolescentes y a adultos en la edad fecunda. Con estas campañas, sumadas a la vacunación corriente de los niños, se habían logrado tasas elevadas de cobertura con vacunas antirrubélicas. Sin embargo, para medir el verdadero éxito de la iniciativa se necesitaban sistemas eficaces de vigilancia a fin de localizar e investigar casos presuntos de rubéola y SRC. Todos los países, independientemente de su cobertura de vacunación, tenían que mantenerse atentos, como lo demostraban los casos recientes de rubéola importados.

63. La Conferencia destacó la importancia de un compromiso político sostenido en los más altos niveles, de suficiente financiamiento y suficientes vacunas, de la comunicación social y de alianzas estratégicas con organizaciones colaboradoras a fin de lograr y mantener la eliminación de la rubéola y el SRC. Los Estados Miembros expresaron su apoyo decidido a la formación tanto de comisiones nacionales como de un comité internacional de expertos para verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola, y varios delegados dijeron que sus países estaban dispuestos a proporcionar expertos para integrar el comité. Se elogió la acción de la OPS con el propósito de asegurar la disponibilidad de vacunas por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y se instó a la Organización a que mantuviera a los Estados Miembros informados sobre el progreso realizado hacia la meta de la eliminación y sobre cualquier obstáculo para su logro, incluidas las lagunas en la disponibilidad de vacunas.

64. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Jefe de Unidad, Inmunizaciones, OPS) felicitó a los Estados Miembros por sus logros hasta la fecha en lo que concierne a la reducción de los casos de rubéola y SRC y la cobertura de vacunación creciente. Señaló que la participación de la sociedad civil, los gobiernos locales y nacionales y otros colaboradores en las campañas de vacunación fortalecía a los servicios de salud en general, aumentaba la equidad y promovía una cultura de prevención y promoción de la salud. Recordó a los países que debían mantener los adelantos que habían realizado contra la rubéola mientras tomaban medidas para afrontar nuevos desafíos.

65. Se proyectó un video sobre las campañas de vacunación contra la rubéola en las Américas. Después, la Directora entregó una placa a la Primera Dama de la República Dominicana en reconocimiento de su liderazgo y compromiso en el ámbito de la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

66. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R2.

Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados (documento CSP27/8)

67. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones sobre este tema que tuvieron lugar en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo

en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 71 a 76) e informó que el Comité había elogiado la acción de la OPS para fortalecer los preparativos contra la gripe a nivel local y le había instado a que continuara esa labor. El Comité había tomado nota del informe sobre el progreso realizado pero no había remitido un proyecto de resolución a la Conferencia.

68. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros recibieron con beneplácito el informe y agradecieron el apoyo de la OPS para la formulación y evaluación de planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe. Varios delegados presentaron información actualizada sobre las actividades de sus países en relación con dichos planes, recalcando la importancia de fortalecer los sistemas de vigilancia de las enfermedades y la capacidad de los laboratorios para dar la alerta temprana en casos de brotes, para lo cual era necesario mejorar la capacitación y la infraestructura. Algunos países habían formado equipos de intervención rápida, habían organizado talleres de capacitación y habían realizado simulacros a fin de ensayar los preparativos para un brote de gripe. La cooperación entre los ministerios de salud y otros sectores, especialmente el agropecuario, se consideraba crucial para prevenir y combatir los brotes. Se destacó la importancia de la participación comunitaria en la formulación y ejecución de los planes de prevención de la gripe, así como la necesidad de comunicar mejor los riesgos.

69. Aunque se reconoció que se estaba trabajando para aumentar la disponibilidad de medicamentos antivíricos y obtener vacunas seguras y eficaces que se mantuvieran a la par de la variación estacional de las cepas víricas, algunos Estados Miembros expresaron preocupación por los suministros actuales y advirtieron que no podrían mantenerse a la par de la demanda en una situación de pandemia. Dos países de la Región habían recibido subvenciones de la OMS, financiadas por los Estados Unidos de América, para desarrollar aún más su capacidad nacional de producción de vacunas. Se planteó el tema de los derechos de propiedad intelectual en relación con la obtención de vacunas.

70. El Delegado de Brasil se refirió a la resolución WHA60.28, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2007, sobre el uso compartido de muestras de virus de la gripe y el acceso a las vacunas y a otros beneficios derivados de ellas. Asimismo, resumió una propuesta hecha por su país en una reunión intergubernamental posterior (Singapur, 31 de julio al 4 de agosto del 2007) sobre los preparativos para transferir información y material biológico a la OMS de cualquier caso de gripe causado por el subtipo H5N1 o un subtipo nuevo en caso de una pandemia de gripe, con la finalidad de fomentar una distribución más equitativa de los beneficios. (El informe de la reunión de Singapur figura en http://www.who.int/gb/pip/pdf_files/PIP_IGM_4-sp.pdf.) Sugirió que la Organización coordinara una reunión regional para examinar y perfeccionar esa propuesta, y su sugerencia fue apoyada por los delegados de Argentina y Chile.

71. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) agradeció a los Estados Miembros la información sobre sus preparativos para un posible brote de gripe aviar o gripe pandémica. En algunas conversaciones a nivel mundial se había dicho que la Región de las Américas corría un riesgo menor de verse afectada por estas enfermedades que otras partes del mundo, pero siempre existía el riesgo de importación de nuevas cepas víricas. El doctor Barbosa agregó que era un placer para la Organización ayudar a los países de la Región a evaluar sus planes nacionales. Acababa de terminar otra ronda de evaluaciones, y el doctor Barbosa instó a los Estados Miembros a que continuaran ese proceso a fin de detectar los puntos débiles y las lagunas restantes. Destacó los temas comunes que habían surgido de las observaciones de los delegados, particularmente la importancia de la cooperación intersectorial y la necesidad de fortalecer la capacidad nacional en varias áreas, entre ellas los laboratorios, la vigilancia epidemiológica y la comunicación de riesgos. El trabajo que estaba haciéndose en esas áreas era un preparativo importante para cualquier emergencia sanitaria, no solo la gripe.

72. Respondiendo a un pedido de información adicional acerca de la comunicación entre los países y el Centro de Operaciones de Emergencia en la sede de la OPS, explicó que el Centro servía de punto de contacto entre la Organización y los centros nacionales encargados de la notificación de enfermedades de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional y que también ayudaba a las autoridades nacionales a investigar informes extraoficiales. En cuanto a los suministros del medicamento antivírico oseltamivir (Tamiflu®), anunció que la Región pronto recibiría 300.000 dosis como resultado de la decisión de la OMS de descentralizar sus existencias. Las dosis se almacenarían en un establecimiento de la OPS en Panamá a fin de que el medicamento pudiera transportarse rápidamente a cualquier país donde se necesitara. Apoyó la sugerencia de Brasil de que la OPS organizara una reunión regional para tratar las políticas y normas relativas al acceso a las muestras víricas y los productos derivados de ellas. Por último, agradeció a las organizaciones que habían colaborado con la OPS en su trabajo relacionado con la gripe aviar y los preparativos para una pandemia de gripe, entre ellas la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo.

73. La Conferencia tomó nota del informe.

Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados (documento CSP27/9)

74. Este tema también fue presentado por la doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo), quien resumió el informe del Comité Ejecutivo sobre el progreso

realizado en relación con la malaria, que el Comité había examinado con motivo de su 140.^a sesión en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 77 a 88).

75. En el debate subsiguiente, varios Estados Miembros presentaron información actualizada sobre la situación de la malaria en sus países, afirmando en su mayoría que se había logrado una reducción de los casos desde el 2000. Entre las actividades realizadas en el marco de la estrategia integrada de control a las cuales se atribuía ese éxito se encontraban la distribución de mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada, la introducción de pruebas de diagnóstico rápido, el tratamiento inmediato de casos positivos, el uso del método de tratamiento directamente observado, el rociamiento domiciliario en las zonas endémicas y el alistamiento de voluntarios de la comunidad capacitados en vigilancia y control de vectores. Los nuevos métodos de control de vectores sin DDT, promovidos por el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en México y Centroamérica (DDT-GEF), también habían resultado eficaces.

76. Los Estados Miembros agradecieron el apoyo financiero y técnico de la Organización y otras fuentes, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Sin embargo, se expresó preocupación por la posibilidad de que en el futuro no se dispusiera de los niveles de financiamiento anteriores. Se señaló que, en el pasado, en los casos en que se habían reducido los recursos destinados al control de la malaria los avances se habían revertido y que era indispensable contar con un financiamiento sostenido para mantener los resultados alcanzados hasta la fecha y cumplir las metas de reducción de la malaria en la Región.

77. Varios delegados hablaron de las dificultades que sus países afrontaban debido a factores económicos, geográficos y ambientales particulares. El control de la malaria en las zonas fronterizas era especialmente difícil debido a su lejanía y a la movilidad de las personas que vivían en esas zonas o pasaban por ellas, como mineros, trabajadores migratorios y grupos indígenas. Algunos pares de países limítrofes (por ejemplo, Argentina y Bolivia, la República Dominicana y Haití) estaban llevando a cabo actividades conjuntas para combatir las importaciones y brotes de malaria a lo largo de la frontera común. En Nicaragua, la destrucción causada por el huracán Félix a lo largo de la costa del Caribe había sido reconocida de inmediato como una amenaza para el progreso de ese país en la lucha contra la malaria. El Ministerio de Salud había respondido rápidamente, desplegando personal especializado en el control de enfermedades para buscar y destruir criaderos de mosquitos, rociar las viviendas y mejorar las redes comunitarias de vigilancia y diagnóstico.

78. Aunque los países del Caribe de habla inglesa habían eliminado la malaria endémica unos cuarenta años antes, se enfrentaban con la amenaza constante de los casos importados por viajeros procedentes de países con endemidad. Tanto en las Bahamas

como en Jamaica se habían producido brotes vinculados a importaciones en los dos últimos años, pero se había logrado interrumpir la transmisión mediante una vigilancia rigurosa, el tratamiento rápido y la educación pública, con la ayuda de recursos y expertos de otros países de la Región. Otros motivos de preocupación en el Caribe eran las condiciones climáticas y ambientales que favorecían el resurgimiento del mosquito vector y la pérdida de trabajadores de salud pública cruciales como consecuencia de la emigración. Debido a la dependencia de los países respecto del turismo, los brotes de malaria podían perjudicar a su economía, como ocurrió en las Bahamas cuando se emitió una advertencia a los viajeros tras la detección de un solo caso. Se pidió a la Oficina que colaborara con las autoridades que emitían advertencias a los viajeros a fin de establecer directrices justas que protegieran a los viajeros y a la vez mitigaran las repercusiones económicas. La República Dominicana, también preocupada por el efecto de la malaria en el turismo, había creado una Comisión Nacional de Salud y Turismo en la cual la industria hotelera y el gobierno habían aunado fuerzas para organizar y llevar a cabo actividades de control de la malaria. Se señaló que existían condiciones favorables para eliminar la malaria de la isla La Española, logro que aumentaría la seguridad sanitaria en toda la cuenca del Caribe.

79. La Conferencia respaldó firmemente la cooperación técnica entre los países de la Región donde la malaria es endémica y donde no lo es para crear herramientas y estrategias nuevas contra la enfermedad y difundir experiencias. Los delegados consideraron que una actuación coordinada en las subregiones y en toda la Región permitiría obtener el mayor rendimiento de los recursos invertidos y sería crucial para mantener los logros y alcanzar las metas regionales. Se señaló que convenía a la Región en conjunto que cada país alcanzara sus metas nacionales de reducción de la malaria. Se mencionó también la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional revisado como una manera de fortalecer la vigilancia y mejorar la capacidad nacional y regional para responder a los brotes. La Conferencia elogió la evaluación de la situación y las claras recomendaciones presentadas en el documento CSP27/9 y apoyó unánimemente la designación del Día del Paludismo en las Américas, que se observará todos los años el 6 de noviembre.

80. El doctor Keith Carter (Asesor Regional sobre Malaria, OPS) agradeció los comentarios de los Estados Miembros. Subrayó el hecho de que seis países de la Región ya habían logrado una reducción de 75% de los casos de malaria desde el 2000, que era la meta para el 2015 establecida por el 46.º Consejo Directivo de la OPS en el 2005 (resolución CD46.14). La historia había mostrado, sin embargo, que aun los logros más notables contra esta enfermedad podían perderse si se permitía que las medidas de vigilancia y control decayeran. El resurgimiento de la malaria en Guyana en los años setenta debía servir de advertencia para el presente. El doctor Carter Felicitó a Jamaica y a las Bahamas por haber interrumpido la transmisión de la malaria tras los brotes del 2006 y elogió el apoyo técnico y material proporcionado a esos países por Brasil, Cuba y

Guyana. También reconoció las iniciativas subregionales que patrocinaban proyectos de control de la malaria en México, Centroamérica y América del Sur, así como el apoyo prestado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en las Américas. Esas fuentes, combinadas, habían suministrado 60% del financiamiento para la lucha contra la malaria en la Región entre el 2000 y el 2006.

81. Con respecto a la malaria en La Española, el doctor Carter informó a la Conferencia que la República Dominicana y Haití habían estado trabajando conjuntamente para eliminar la enfermedad desde que firmaron un acuerdo en el 2001. Señaló que Haití había recibido financiamiento del Fondo Mundial para su programa de control de la malaria y esperaba que también se financiara la propuesta de la República Dominicana. En un estudio reciente del Grupo de Trabajo para la Erradicación de Enfermedades, del Centro Internacional Carter, se había puesto de relieve la factibilidad de eliminar la malaria de la isla, y organismos de financiamiento externo tales como el Gobierno de Canadá habían expresado interés en apoyar la iniciativa. El doctor Carter exhortó a todos los países de la Región a que trabajaran mancomunadamente con ese fin.

82. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R11 sobre este tema y, por medio de ella, la designación del 6 de noviembre como Día del Paludismo en las Américas, entre otras cosas.

Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015 (documento CSP27/10)

83. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado el tema de los recursos humanos en su 140.^a sesión en junio del 2007 y resumió las observaciones y recomendaciones del Comité sobre el plan de acción que se había propuesto en ese momento (véase el documento CE140, párrafos 89 a 101).

84. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros destacaron la importancia del desempeño de los recursos humanos para los resultados en materia de salud. Con la complejidad creciente de los sistemas de salud, se necesitaban aptitudes especiales para administrar los recursos humanos. Algunos de los aspectos indispensables eran mejores proyecciones, la determinación más temprana de la competencia necesaria en distintos campos, programas de estudios más sólidos y mejores sistemas de enseñanza para mantener ese nivel de competencia.

85. Se recalcó la importancia de adaptar la capacitación de los recursos humanos de un país a sus necesidades sanitarias particulares. Algunos países que habían estudiado el tema habían observado que tenían más especialistas de los que necesitaban en algunas disciplinas y menos en otras. Los delegados subrayaron la necesidad de coordinación

entre los ministerios de salud y las instituciones que formaban al personal de salud. Aunque se reconoció que en la mayoría de los países tales establecimientos de enseñanza eran autónomos y no estaban supeditados al control del ministerio de salud, se señaló que igualmente tenían la responsabilidad de proporcionar los tipos y la cantidad de personal médico que el país necesitaba. Se consideró importante tratar la capacitación del personal médico como una inversión y no como un gasto.

86. Hubo acuerdo general en que la migración de personal de salud, generalmente de los países menos prósperos a países más prósperos, era un problema, aunque también se señaló que podría haber muchas razones diferentes de tal migración. Los delegados recalcaron la conveniencia de la cooperación entre los países que exportaban personal de atención de salud y los países importadores, así como entre los países que tenían grandes establecimientos de enseñanza y los que no los tenían. Se señaló que en muchos países, en particular en el Caribe, la escasez de recursos humanos ocasionada por la migración de personal de salud tenía efectos negativos no solo en los ciudadanos del país en cuestión sino también en los turistas extranjeros. El Delegado de Antigua y Barbuda apeló en particular al Gobierno de los Estados Unidos para que se reuniera con representantes de la Secretaría del Commonwealth a fin de tratar el tema de la migración de trabajadores de salud.

87. Muchos delegados describieron lo que se estaba haciendo en sus países para formar recursos humanos de salud o para retener al personal capacitado. Varios delegados también describieron las iniciativas de sus países para colaborar con otros países de la Región en el ámbito de la capacitación. Se subrayó la necesidad de una formación intercultural para los proveedores de atención sanitaria.

88. Los delegados en general recibieron con beneplácito las metas regionales, aunque se cuestionó la factibilidad de algunas de ellas. Algunos delegados dijeron que estaban dispuestos a colaborar con la Oficina para mejorar las metas focalizando los objetivos y formulando definiciones e indicadores claros. Se señaló que las metas serían más fructíferas si los países las usaban como base para la preparación de planes nacionales para satisfacer sus propias necesidades en materia de recursos humanos.

89. Intervino un representante del Consejo Internacional de Enfermeras, quien elogió la acción de la OPS para abordar el tema de los recursos humanos en el ámbito de la salud y se comprometió a colaborar con la Organización para alcanzar las metas regionales.

90. El doctor Charles Godue (Jefe de Unidad, Desarrollo de Recursos Humanos, OPS), respondiendo a las observaciones, dijo que le complacía ver el acuerdo general que había surgido en los últimos años con respecto a la importancia crucial de los recursos humanos para los resultados sanitarios y el desempeño de los sistemas de salud, así como

el reconocimiento de la complejidad de los temas que debían tratarse. Se reconocía en medida creciente que las responsabilidades de los ministerios de salud no se limitaban a la simple administración de personal en el sector público, sino que incluía funciones tales como la planificación estratégica de recursos humanos y la formulación de políticas de recursos humanos, que durante demasiado tiempo se habían dejado en manos de las fuerzas de mercado o se habían encuadrado en los intereses especiales de algunos grupos. Las metas regionales serían una herramienta útil para guiar el trabajo de los ministerios en esa área y organizar la cooperación técnica tanto entre la OPS y los Estados Miembros como entre los países. El doctor Godue describió brevemente algunos de los mecanismos de cooperación existentes entre la OPS y países como Brasil, Canadá y Cuba.

91. Pasando a algunos puntos específicos planteados por los delegados, el doctor Godue dijo que la Organización estaba consciente de que antes no había participado tanto como hubiera debido en el trabajo con las instituciones que forman al personal de salud. Para fines del año en curso se produciría un documento de política sobre la forma en que la OPS podría ayudar a los países en esa área. La estabilización de una fuerza laboral competente, adaptada a las necesidades de los países, sería el imperativo para los próximos diez años. A fin de ayudar a los ministerios de salud en esa tarea, la OPS había organizado un curso sobre políticas de recursos humanos para uso de los gobiernos de la Región.

92. La Directora se refirió al costo de la formación de recursos humanos para la salud. Algunos jóvenes que deseaban estudiar medicina o enfermería no podían hacerlo debido al costo elevado de la matrícula. Además, muchos trabajadores de salud, en particular en el sector de la enfermería, abandonaban la profesión en busca de sueldos más altos o de horarios de trabajo más flexibles. Esos eran aspectos del problema que era necesario estudiar más a fondo y estaba segura de que los observatorios de recursos humanos de los diversos países arrojarían más luz al respecto.

93. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R7, que respalda las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015.

Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional (documentos CSP27/11 y Add. I y II)

94. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS), al presentar el tema de la mesa redonda dijo que, a pesar de los notables adelantos en la lucha contra enfermedades tales como la poliomielitis y el sarampión, el riesgo de epidemias y sus repercusiones eran mayores que nunca en el mundo actual del transporte aéreo público y el comercio internacional intensivo. El Reglamento Sanitario Internacional revisado (RSI) aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 era una respuesta a los problemas actuales. La

OPS había convocado la mesa redonda para que los países pudieran conversar sobre su experiencia con respecto al fortalecimiento de la seguridad sanitaria en cumplimiento del RSI revisado y señalar los campos en los cuales se necesitaba la cooperación técnica de la OPS.

95. Robert Clarke (Canadá) pronunció un discurso de fondo sobre el marco estratégico para la comunicación de riesgos adoptado en Canadá para afrontar las crisis de salud pública. El brote de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en Canadá en el 2003 había impulsado el desarrollo de un proceso formal de comunicación de riesgos. Los estudios federales y provinciales posteriores al brote habían señalado la necesidad de mejorar la comunicación a fin de tranquilizar a grupos de riesgo como el personal sanitario y los familiares de los pacientes. La comunicación de riesgos incluía comprender la forma en que la gente percibía el riesgo y qué mensajes los llevaría a comportarse de una forma que redujese al mínimo el riesgo para ellos y para los demás. Una de las principales enseñanzas extraídas había sido la necesidad de contar con profesionales que comprendieran la percepción de los riesgos (como profesionales de las ciencias sociales y psicólogos), además de científicos y expertos técnicos, al planificar el manejo de emergencias de salud pública.

96. Señaló que el RSI requería el intercambio oportuno de información entre los interesados directos para lograr la coordinación óptima entre los portavoces y facilitar la elaboración de mensajes clave. La comunicación de riesgos respaldaba al RSI al permitir que las instancias normativas y los interesados directos tomaran decisiones fundamentadas que condujesen a una gestión responsable y ética de los riesgos. La planificación anticipada era indispensable para el éxito y había que definir las funciones y responsabilidades antes de una emergencia de salud pública. Canadá había establecido un proceso de siete pasos que representaban las mejores prácticas en el campo de la comunicación de riesgos, lo había publicado en un manual y estaba capacitando al personal del Organismo de Salud Pública para que lo aplicara. El enfoque de la comunicación estratégica de riesgos difería del enfoque tradicional de “decidir, anunciar y defender” al recalcar el intercambio de información con los interesados directos, fuese el riesgo real o percibido. Los componentes clave del proceso eran la determinación de los interesados directos, la evaluación de sus percepciones y la rápida ejecución de un plan de comunicación. El señor Clarke describió la aplicación de los principios de la comunicación de riesgos en el incidente reciente de un paciente con tuberculosis extremadamente farmacorresistente que había pasado por Canadá en su viaje de regreso de Europa a Estados Unidos. La evaluación de los resultados de las comunicaciones en relación con ese caso había sido positiva. Canadá había patrocinado talleres sobre la comunicación de riesgos con colaboradores internacionales y esperaba con interés seguir desarrollando y compartiendo prácticas óptimas.

97. El señor Tony Clement (Canadá) también recalcó la necesidad de formular y someter a prueba planes de comunicación antes de un brote de una enfermedad infecciosa. En medio de una crisis no había tiempo para elaborar una estrategia de comunicación de riesgos y las autoridades sanitarias podían perder credibilidad si sus mensajes no se mantenían a la par de los rápidos acontecimientos.

98. Los delegados se dividieron en tres grupos de debate. El grupo 1 se centró en la cooperación subregional en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Los grupos 2 y 3 trataron las perspectivas de país con respecto a la función del centro nacional de enlace en la vigilancia de eventos y la respuesta en el marco del RSI. El documento CSP27/11, Add. I, que figura en el sitio web de la Conferencia (<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-11-a1-s.pdf>), contiene más detalles sobre los temas abordados en los grupos de debate.

99. La doctora Carissa Etienne (Subdirectora de la OSP) presentó el informe final de los grupos de debate (documento CSP27/11, Add. II), en el cual se pusieron de relieve las medidas que estaban tomando los Estados Miembros a fin de cumplir el requisito del RSI de realizar una evaluación de la capacidad nacional de vigilancia y respuesta para el 2009. Informó que los Estados Miembros habían recibido con beneplácito la mesa redonda y otras oportunidades regionales y subregionales para obtener orientación y enterarse de las mejores prácticas que podían usar en sus evaluaciones de la capacidad básica nacional. En los debates se había señalado la necesidad de fortalecer la capacidad básica local para determinar las emergencias de salud y responder a ellas, los grados variables de preparación de los centros nacionales de enlace del RSI en diferentes países, la necesidad de una respuesta intersectorial eficaz para apoyar la aplicación del Reglamento y la importancia de la colaboración subregional. El informe completo se puede consultar en el sitio web de la Conferencia (<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-11-a2-s.pdf>).

100. En relación con el informe, un delegado recalcó el papel central de los servicios epidemiológicos en la aplicación del RSI y advirtió que no debían crearse estructuras administrativas nuevas que desviarán los recursos y debilitaran esa función. Otro delegado indicó que se necesitaba capacidad adicional en materia de laboratorios para identificar de forma rápida y precisa el agente patógeno cuando la vigilancia epidemiológica señalara la existencia de una amenaza. El intercambio de instrumentos y técnicas entre países no solo de determinadas subregiones sino también de la Región en conjunto y con países de otras regiones facilitaría la evaluación y el fortalecimiento de la capacidad básica de conformidad con los requisitos del RSI. La coordinación de todos los sectores en los altos niveles políticos era vital para responder a las emergencias sanitarias.

101. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) agradeció a los Estados Miembros su contribución a la revisión del Reglamento Sanitario Internacional y sus

comentarios, resumidos en el informe de la mesa redonda y el debate posterior. Estaba de acuerdo en que era importante centrarse en la capacidad nacional, subregional y regional para responder a las emergencias de salud pública, aunque se necesitaba también un sistema sin fisuras a nivel mundial. Como las oficinas regionales de la OMS apoyaban la formación de capacidad en sus Estados Miembros, la OMS estaba colaborando con ellas para que actuaran al unísono ante un evento mundial. También coincidió en que los ministerios de salud deberían asumir el liderazgo técnico en situaciones de emergencia sanitaria, pero recalcó que se necesitaba un mecanismo de coordinación por encima del nivel ministerial (por ejemplo, en la oficina del presidente o del primer ministro) para movilizar recursos sobre los cuales el sector de la salud no podía ejercer ninguna autoridad. Tales mecanismos debían instituirse antes de una crisis, al igual que una estrategia detallada de comunicación de riesgos como la descrita en la intervención del señor Clarke.

102. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R13, que contiene las recomendaciones y conclusiones de la mesa redonda.

Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres (documento CSP27/12)

103. La doctora Judy Cermeño (Representante del Comité Ejecutivo) resumió los comentarios relacionados con una versión anterior del documento sobre este tema que el Comité Ejecutivo había formulado en su 140.^a sesión en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 108 a 113), observando que el Comité había recomendado que se cambiara el título del documento (“Iniciativa regional sobre los hospitales seguros”) con objeto de que reflejara el énfasis en los preparativos para casos de desastre.

104. En las deliberaciones subsiguientes, los Estados Miembros expresaron su firme apoyo tanto a la iniciativa regional como a la campaña mundial de hospitales seguros, recalcando que los hospitales desempeñaban un papel protagónico en la atención de urgencia y en la reducción al mínimo de la mortalidad y morbilidad después de un desastre, razón por la cual era sumamente importante que resistieran el impacto de los desastres y siguieran funcionando. Si un hospital no seguía funcionando, el público perdería la confianza en todo el sistema de atención de salud. Varios delegados subrayaron la necesidad de que otros establecimientos de salud, además de los hospitales, también resistieran a los desastres, porque en zonas alejadas quizá fuesen la única fuente de atención de salud.

105. Se señaló que sólo una proporción pequeña de los hospitales quedaba inhabilitado debido a daños estructurales. El colapso funcional era la principal causa del cierre de hospitales después de un desastre. Por lo tanto, había que planificar por adelantado para

que los servicios de abastecimiento de agua, electricidad y lavandería, así como otros servicios esenciales, no se interrumpieran después de un desastre. También había que crear reservas de alimentos, medicamentos y otros suministros. Asimismo, debían tomarse medidas para que el personal de salud pudiera seguir trabajando. La participación intersectorial de muchos interesados directos era esencial para la seguridad y funcionalidad de los hospitales y otros establecimientos de salud, ya que muchos de los conocimientos especializados y los recursos necesarios se encontraban fuera del sector de la salud.

106. Se subrayó la necesidad de adoptar y hacer cumplir leyes, directrices y códigos de construcción y especificaciones para reducir los riesgos. Se señaló que muchos establecimientos de salud habían sido construidos sin tener en cuenta los peligros naturales. En la subregión del Caribe, por ejemplo, dos terceras partes de los establecimientos de ese tipo estaban ubicados en zonas proclives a desastres. Los delegados estaban de acuerdo en que todos los establecimientos de salud nuevos debían construirse de forma tal que resistieran los desastres; sin embargo, también recalcaron que debían tomarse medidas para evaluar y remediar los puntos débiles de los establecimientos existentes, particularmente en vista de que el cambio climático parecía estar aumentando tanto la frecuencia como la gravedad de los desastres naturales y gran parte de la infraestructura sanitaria actual no se había construido de forma tal que resistiera sucesos de la magnitud de las inundaciones y los huracanes recientes. Además, había que institucionalizar los programas de mantenimiento porque, de lo contrario, los sistemas y las estructuras se deteriorarían con el tiempo, lo que aumentaría su vulnerabilidad a los desastres. Se sugirió que se incluyera la reducción de riesgos en el proceso de acreditación de los establecimientos de salud.

107. La Conferencia afirmó la utilidad del intercambio de experiencias y prácticas óptimas para que los países aprendieran unos de otros. Los delegados describieron los efectos devastadores que los desastres habían tenido en sus hospitales y sistemas de salud y algunas de las medidas que sus países estaban tomando para que esos sistemas siguieran funcionando tras futuros desastres. El Delegado de los Estados Unidos de América informó que su gobierno había formulado un conjunto de recomendaciones basadas en las enseñanzas extraídas de la respuesta inadecuada al huracán Katrina. El Delegado de Chile recordó a la Conferencia que la Universidad de Chile era un centro colaborador de la OMS para la mitigación de los efectos de los desastres en los establecimientos de salud e invitó a los demás Estados Miembros a aprovechar su pericia.

108. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS) agradeció a los delegados sus expresiones de apoyo a la iniciativa y recordó que el concepto de los hospitales seguros se había originado en el sector de la salud pero posteriormente se había convertido en parte de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, que tenía un

alcance mayor. Consideraba muy positivo que el concepto hubiera trascendido el sector de la salud porque, como la Conferencia había reconocido, la colaboración intersectorial era esencial para la seguridad de los hospitales. Hacía tiempo que se sabía cómo reforzar la seguridad de los hospitales desde el punto de vista técnico, pero lo que faltaba era apoyo político. Por consiguiente, el apoyo de los Estados Miembros para difundir el mensaje de que se podía reforzar la seguridad de los hospitales, aun en situaciones de escasez de recursos, era de importancia vital.

109. El doctor Poncelet aceptó la sugerencia de realizar una evaluación de los establecimientos de salud existentes y señaló que el índice de seguridad hospitalaria creado recientemente por la OPS sería útil para ese fin. También señaló que algunas de las observaciones habían dejado en claro que hasta los países más desarrollados reconocían la necesidad de fortalecer sus preparativos para casos de desastre.

110. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R14.

Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas (documento CSP27/13)

111. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo), al presentar el tema, informó que el Comité Ejecutivo había examinado y refrendado la estrategia propuesta para fortalecer las estadísticas vitales y sanitarias durante su 140.^a sesión en junio del 2007 (véase en el documento CE140/FR, párrafos 129 a 134, un resumen de la ponencia y las deliberaciones sobre el tema).

112. La Conferencia apoyó la formulación de un plan regional de acción para fortalecer las estadísticas vitales y de salud de acuerdo con la estrategia descrita en el documento CSP27/13. Los Estados Miembros también consideraron que era fundamental coordinar la labor de la OPS con el trabajo de la Red de Sanimetría de la OMS y les complació que la OPS hubiera adoptado las metas, los objetivos y los principios de la Red. Los delegados observaron que la formulación de un plan regional facilitaría la consecución de las metas y los objetivos de los planes nacionales. Varios informaron que su gobierno había terminado de preparar los planes nacionales y describieron las actividades emprendidas para mejorar las estadísticas sanitarias. Por ejemplo, tanto Jamaica como Paraguay habían establecido una comisión interinstitucional de estadísticas vitales para señalar los problemas y recomendar soluciones con objeto de mejorar las estadísticas vitales. Las Bahamas habían establecido un sistema integrado de información de salud pública, en tanto que Uruguay había implantado un sistema para administrar la información de los sectores sociales. El Banco Interamericano de Desarrollo, la OPS/OMS (por medio de la Red de Estadística Sanitaria), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Paraguay), Salud Canadá (Bahamas) y el

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Uruguay) habían proporcionado apoyo económico y técnico para esta labor.

113. Los delegados recalcaron la importancia de contar con datos oportunos, válidos y fidedignos para la formulación de políticas orientadas a mejorar la salud. Es más, las estadísticas vitales y los datos epidemiológicos exactos se consideraban cruciales para dar seguimiento a los efectos de las decisiones de política y al progreso realizado en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Debido a la dificultad de recopilar datos estadísticos en los grupos marginados, se recomendó que la estrategia incorporara soluciones adaptadas a diferentes contextos culturales y un enfoque de gestión de riesgos. También debía incluir un componente de retroalimentación que permitiera efectuar ajustes con el transcurso del tiempo. Se señaló que, con la evaluación y aplicación sistemáticas de las enseñanzas extraídas, la estrategia descrita permitiría a los países focalizar su labor con mayor precisión, aprovechando al máximo los escasos recursos disponibles. Sin embargo, se necesitaría un compromiso político sostenido, manifestado en un apoyo económico suficiente, para mejorar el desempeño general de los sistemas de estadísticas vitales y sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de información de salud era un paso importante para reforzar los sistemas de salud en conjunto.

114. Varios oradores mencionaron la falta de personal bien capacitado en todas las etapas del proceso de gestión de la información de salud, desde la recopilación hasta el análisis de los datos. Se informó que, en algunos países, los estadísticos de salud no tenían una identidad definida en el sector ni acceso a formación profesional. Los Estados Miembros pidieron a la OPS que asumiera un papel de liderazgo en este campo, ayudando a aumentar las oportunidades de capacitación para el personal profesional y técnico que trabajaba con información de salud.

115. La Conferencia recomendó que los países aprovecharan la colaboración actual entre las dependencias de diferentes sectores que recopilaban información estadística. También subrayó la importancia de la estandarización de las normas y los procedimientos y la coordinación entre los países con respecto a los métodos usados para la recopilación y el procesamiento de datos. Se propuso la realización de reuniones de directores regionales de estadísticas y de consultas entre los países para difundir las prácticas óptimas. Se consideró que la cooperación horizontal era una buena manera de fortalecer la producción de estadísticas vitales y sanitarias en toda la Región, y algunos delegados ofrecieron dar a conocer la experiencia de sus países en la gestión de la información de salud y la capacitación de recursos humanos. También se sugirió la adopción de métodos y técnicas innovadores para el análisis de datos según conviniera. Por ejemplo, la implantación de sistemas de información geográfica (SIG) en el ámbito de la salud permitiría realizar análisis integrados de la situación de salud teniendo en cuenta diversos factores de riesgo y bases de datos múltiples. Al mismo tiempo, se reconoció que la

introducción de nuevas técnicas de información implicaba la necesidad de capacitar al personal en su uso.

116. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) agradeció a los Estados Miembros el relato de algunas de sus actividades recientes para mejorar la información de salud y su análisis. Recordó a la Conferencia que la iniciativa que estaba debatiéndose había surgido de una evaluación detallada de los sistemas de información de salud en casi todos los países de la Región, la cual había puesto de manifiesto deficiencias específicas en los sistemas de estadísticas vitales y sanitarias. Era inadmisibles que en algunos países la mitad de los nacimientos y defunciones quedaran sin registrar. Asimismo, era inadmisibles que los ministerios de salud no tuvieran información que les permitiera dar seguimiento a los efectos de sus actividades. El plan de acción basado en el marco estratégico descrito en el documento CSP27/13 estaría orientado a los problemas prioritarios y tendría en cuenta la evaluación continua de la situación. Las intervenciones abarcarían necesariamente diversos sectores, ya que los ministerios de salud no eran las únicas entidades gubernamentales que recopilaban o usaban estadísticas vitales y sanitarias. Asimismo, la OPS colaboraría con otros organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano para proporcionar cooperación técnica más eficiente y eficaz a fin de mejorar las estadísticas sanitarias y los sistemas de información. La cooperación horizontal y las actividades subregionales para afrontar los problemas comunes eran componentes importantes de la estrategia, y el doctor Barbosa recibió con beneplácito los ofrecimientos de cooperación de los países.

117. Respondiendo a una pregunta del Delegado de las Bahamas, el doctor Barbosa dijo que los resultados de un taller reciente para actualizar la evaluación de sistemas de estadísticas vitales y sanitarias en el Caribe se darían a conocer pronto. Con la preparación de un plan regional de acción en la primera mitad del 2008 y el compromiso ya demostrado por los Estados Miembros y un número creciente de colaboradores, estaba seguro de que en la próxima edición de Salud en las Américas se reemplazarían los cálculos con datos reales que reflejaran con exactitud la situación de la población y de los sistemas de salud.

118. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R12.

Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documento CSP27/14)

119. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre las deliberaciones acerca de este tema que habían tenido lugar en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 135 a 148). Observó que el Comité, si bien recibió con beneplácito la labor de la OPS para ayudar a los países a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), había preguntado si

la iniciativa “Rostros, voces y lugares” realmente ofrecía algo nuevo o diferente de lo que la OPS ya estaba haciendo por medio de la iniciativa “Municipios y comunidades saludables”, por ejemplo.

120. En el debate ulterior, los Estados Miembros felicitaron a la OPS por la iniciativa “Rostros, voces y lugares” y estuvieron de acuerdo en que era indispensable utilizar un enfoque comunitario para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en toda la Región. La inequidad, la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud eran los principales obstáculos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se destacó la necesidad de centrar la acción en los grupos más pobres y más vulnerables y en las comunidades cuyos indicadores estuvieran más alejados de los ODM. Se debería prestar especial atención a las poblaciones indígenas, aunque la acción para ayudarles a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio debía respetar sus tradiciones y prácticas. Se observó la contribución valiosa que los curanderos tradicionales, como las parteras indígenas, podrían efectuar al cumplimiento de los ODM.

121. El poder de decisión y la participación activa de los pobladores locales eran fundamentales para el cumplimiento de los ODM. Al mismo tiempo, se señaló que se necesitaba actuar a nivel internacional para resolver los conflictos internacionales y regionales —puesto que la paz era un requisito previo para la salud y el desarrollo económico sostenido— y abordar temas tales como los efectos negativos de la globalización que contribuían a aumentar la pobreza y la inequidad. También se necesitaba hacer algo para reducir la vulnerabilidad a los desastres naturales, ya que un huracán o terremoto podía anular los avances en el campo de la salud que había llevado años realizar. Muchos delegados señalaron la necesidad de abordar los factores sociales fundamentales determinantes de la salud y recalcaron la importancia de la atención primaria y la promoción de la salud, que se consideraban como medios tanto para enfrentar los factores sociales y ambientales que ocasionaban desigualdades en materia de salud como para acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los ODM para todos los habitantes de las Américas.

122. Se recalcó la necesidad de fortalecer los sistemas locales de información, así como la utilidad de intercambiar experiencias fructíferas, prácticas óptimas y experiencias logradas a nivel local, y varios delegados describieron programas e iniciativas mediante los cuales sus países estaban tratando de determinar y satisfacer las necesidades de las comunidades más vulnerables. Por ejemplo, en Honduras, la Red Solidaria, programa multisectorial supervisado por la Primera Dama del país, procuraba hacer llegar servicios de salud y educación, entre otros, a 200.000 familias extremadamente pobres de cuatro departamentos de alta prioridad. De manera análoga, México estaba prosiguiendo una política encaminada a reducir la inequidad social, centrada en 100 municipios con los niveles más bajos de desarrollo del país. En las Bahamas, como parte de un enfoque de salud comunitaria, los comités locales de salud

integrados por líderes de la comunidad y ciudadanos estaban ayudando a estructurar servicios de salud que satisficieran verdaderamente las necesidades de la gente. Dominica, en colaboración con Cuba, había iniciado un enérgico programa de capacitación de enfermeras y estaba llevando a cabo programas para enseñar a voluntarios de la comunidad a hacer frente a las necesidades de los ancianos y los indigentes a nivel local. El nuevo modelo de atención integral familiar y comunitaria de Ecuador extendería la cobertura de atención primaria de salud a 7.200.000 personas de las 500 comunidades más pobres del país.

123. Varios delegados propusieron que se incluya información adicional en el documento sobre este tema. En particular, se expresó la opinión de que el documento saldría ganado si se describieran más detalladamente los mecanismos para ejecutar la iniciativa a nivel de la comunidad, así como los recursos técnicos y materiales al alcance de los países para ese fin.

124. La doctora Sofíaleticia Morales (Asesora Principal sobre los Objetivos del Milenio y Metas de Salud, OPS), respondiendo a las observaciones, aseguró a la Conferencia que se habían tenido en cuenta las reservas expresadas por el Comité Ejecutivo con respecto a la iniciativa. La Oficina estaba trabajando en un marco metodológico que sirviera de guía para la acción a nivel de la comunidad. El método, que estaría listo para fin de año, partiría de las enseñanzas dejadas por experiencias fructíferas como las mencionadas por los delegados en el curso del debate. También se estaba preparando una guía sobre los ODM a fin de poner en práctica la iniciativa “Rostros, voces y lugares” por medio de las redes de municipios saludables en países tales como Argentina y México, donde esas redes eran fuertes y activas. Para fines del 2007, la Oficina también esperaba tener un mapa inicial de las comunidades vulnerables, basado en el indicador de necesidades básicas no atendidas.

125. La Directora observó que los que trabajaban en el campo de la salud pública sabían que las estadísticas podían cambiar sin que hubiera un cambio real en la vida de los habitantes de comunidades marginadas, precisamente porque la situación de esas comunidades no se reflejaba en las cifras agregadas. El objetivo de la iniciativa “Rostros, voces y lugares” era lograr que esas comunidades “invisibles” se volvieran visibles, que las propias comunidades tomaran conciencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y que participaran activamente en su cumplimiento. Recurriendo a la tecnología de la información se compilarían experiencias fructíferas y prácticas óptimas que se agregarían a la cesta de métodos y estrategias que las comunidades podían emplear a fin de que los ODM se convirtieran en realidad para aquellas personas a las cuales estaban orientados: las comunidades pobres y excluidas.

126. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) señaló que cada año todavía morían más de 10 millones de mujeres y niños de complicaciones en gran parte

prevenibles del embarazo y el parto. La mayoría de las víctimas no tenían rostro ni voz y vivían en lugares invisibles para el resto del mundo. Por consiguiente, recibió con beneplácito la iniciativa de la OPS, que estaba dando un rostro y voz a quienes no los tenían, demostrando que las comunidades con poder de decisión pueden desarrollar soluciones a sus problemas adaptadas al contexto. La iniciativa “Rostros, voces y lugares” podía ser una herramienta eficaz en la lucha contra la pobreza y la inequidad, y la doctora Chan instó la Región a que la aprovechara plenamente a fin de acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, los cuales, lamentablemente, parecían ser los que menos probabilidades había de alcanzar para el 2015.

127. La Conferencia tomó nota del informe.

Prevención y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas (documento CSP27/15)

128. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo), al presentar el tema, informó que el Comité Ejecutivo había tratado la prevención y el control del dengue en su 140.^a sesión en junio del 2007 y había respaldado firmemente la estrategia integrada para combatir la enfermedad (véase en el documento CE140/FR, párrafos 149 a 156, un resumen de las deliberaciones del Comité). El Comité Ejecutivo había adoptado la resolución CE140.R17, que contenía un proyecto de resolución que se sometía a la consideración de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

129. En las deliberaciones de la Conferencia sobre el tema, los Estados Miembros expresaron su apoyo decidido a las recomendaciones descritas en el proyecto de resolución y agradecieron a la OPS su liderazgo y orientación en la lucha contra el dengue. Varios delegados informaron sobre los recientes brotes de dengue en sus países y las actividades de control realizadas en el marco de la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de enfermedades. Se atribuyó a la aplicación de un enfoque integrado la reducción del número de casos en general y de defunciones, a pesar de las condiciones climáticas recientes que habían favorecido la proliferación del mosquito vector.

130. Los delegados consideraron que una de las herramientas más eficaces de la estrategia integrada de manejo era la movilización de la comunidad para eliminar los criaderos de vectores. Varios países habían usado un enfoque llamado “comunicación para el impacto conductual” (COMBI) a fin de promover la adopción de comportamientos que redujeran el número de criaderos de vectores alrededor de las viviendas. Para difundir mensajes acerca del control de vectores se recurría a alianzas entre los sectores de la salud y la educación a nivel nacional, los gobiernos locales, colaboradores del sector privado tales como los medios de comunicación y los mismos

integrantes de la comunidad. Esa participación multisectorial era indispensable en las campañas de control del dengue. Otras actividades clave mencionadas por los delegados eran la vigilancia de la enfermedad febril para permitir la detección rápida de posibles casos, la mejora de la capacidad de los laboratorios para diagnosticar el dengue e identificar los serotipos en circulación, la capacitación de trabajadores de salud en la atención apropiada de casos graves, la vigilancia de vectores en aeropuertos y otros centros de transporte, y la mejora de la coordinación entre las áreas técnicas pertinentes, entre ellas la epidemiología, la entomología, los diagnósticos de laboratorio y la atención clínica.

131. Las iniciativas y la cooperación subregionales entre países habían sido un complemento valioso de la asistencia regional coordinada por medio de la OPS. Por ejemplo, otros países de MERCOSUR habían facilitado expertos y recursos a Paraguay durante brotes epidémicos recientes, y México estaba colaborando con los países de Centroamérica para fortalecer la capacidad en varias áreas de la prevención y el control del dengue.

132. La Conferencia afirmó que se necesitaban más recursos para apoyar la formulación y puesta en práctica de planes integrados de manejo en los países que todavía no los tenían. Los delegados recalcaron la necesidad de tomar medidas de prevención sostenibles durante todo el año a pesar de la naturaleza estacional de la enfermedad. También reconocieron la persistencia generalizada de las condiciones sociales que facilitaban la transmisión del dengue y obstaculizaban las actividades de control, como las viviendas precarias, el crecimiento urbano sin control y las deficiencias de los servicios de abastecimiento de agua y eliminación de residuos sólidos. Un delegado señaló que el análisis de la situación presentado en el documento CSP27/15 contenía una lista de algunos de los obstáculos al progreso contra el dengue y expresó desilusión porque la Organización no había recomendado soluciones específicas para superar esos problemas.

133. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) comentó que todos los factores que aumentaban el riesgo de dengue —sociales, conductuales, climáticos y económicos— habían empeorado en los últimos años. Los cambios del modo de vida durante los últimos cuarenta a cincuenta años habían ayudado al mosquito *Aedes aegypti* a dispersarse y prosperar en todos los países donde el clima permitía su supervivencia. La labor de vigilancia, por consiguiente, debía incluir la vigilancia de la población de mosquitos, que podría aumentar mucho antes de un brote. Asimismo, las actividades de control de vectores no podían limitarse a los períodos epidémicos sino que debían ser constantes. Sin embargo, el personal dedicado al control de mosquitos no podía vigilar cada casa. Para controlar el vector del dengue era necesario que la gente cambiara sus hábitos y comportamientos a fin de no crear hábitats de cría en recipientes con agua alrededor de la vivienda.

134. Como los brotes de dengue eran cíclicos, era posible que no se produjeran casos durante dos o tres años, y era difícil mantener la movilización de recursos y la atención del público durante el período entre brotes. El doctor Barbosa Reiteró que, para que un programa de control del dengue tuviera éxito, se necesitaba la participación de muchos sectores del gobierno, el sector privado y la sociedad en conjunto. Los ministerios de salud habían adquirido una experiencia muy útil con la aplicación de la estrategia integrada de manejo y habían creado un amplio arsenal de intervenciones, no solo para responder a los brotes sino también para evitarlos en diversos entornos sociales y ambientales. Exhortó a los Estados Miembros a que siguieran colaborando y dando a conocer sus éxitos.

135. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R15 sobre este tema.

Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (documento CSP27/16 y Corrig.)

136. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las observaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema formuladas en su 140.^a sesión en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 157 a 165). Afirmó que el Comité había recomendado que la Conferencia aprobara la propuesta de formular, en consulta con los Estados Miembros, una estrategia regional para mejorar la calidad de la atención y crear un observatorio regional de la calidad de la atención de salud y la seguridad del paciente.

137. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros expresaron su sólido apoyo a las líneas estratégicas de acción presentadas en el documento CSP27/16 y a la creación de un observatorio regional. También se expresó apoyo a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Varios delegados indicaron que sus países estaban participando en el primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, “Una atención limpia es una atención más segura”, y el Delegado de México expresó el interés de su país en lanzar el segundo Reto, “La cirugía segura salva vidas”.

138. Se recalcó que la garantía de la calidad y la seguridad del paciente no podían estar a cargo de un solo departamento, sino que era necesario contar con la participación de todo el personal de un establecimiento de salud, incluido el personal extramédico. También debían participar los proveedores externos de medicamentos, equipo y otros materiales utilizados en la atención. Varios delegados recalcaron la importancia de la acreditación de los establecimientos hospitalarios y de salud, la reglamentación y certificación de los productos médicos y los proveedores, y el registro y la habilitación de los proveedores de atención sanitaria a fin de velar por la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención. Los delegados también señalaron que las medidas para

garantizar la calidad debían abarcar los sistemas de salud en su totalidad, incluidos no solo los establecimientos que se dedicaban a la atención curativa, sino también los que proporcionaban servicios de prevención de enfermedades, promoción de la salud y rehabilitación, entre otros.

139. Los delegados opinaron que, debido a la complejidad inherente de los procesos de atención de salud, era necesario considerar a los sistemas de atención de salud como sistemas de alto riesgo e implantar múltiples salvaguardias en todos los niveles a fin de proteger a los pacientes de las fallas que pudieran ponerlos en peligro. Se destacó la necesidad de prestar atención especial a la seguridad del paciente en lo que se refiere a los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, en particular el riesgo de infecciones nosocomiales no detectadas. También era necesario replantear la organización del trabajo en los establecimientos de atención de salud, especialmente los hospitales, ya que los turnos demasiado largos y la carga de trabajo excesiva aumentaban las probabilidades de errores médicos.

140. Se señaló que el uso de la moderna tecnología de la información de salud podría reducir los errores médicos, así como los costos sanitarios, y mejorar los resultados en el ámbito de la salud. Se instó a la OPS a que colaborara con los Estados Miembros en la creación de buenos sistemas de notificación y en la mejora de la recopilación de datos sobre los problemas de seguridad de los pacientes. También se señaló que, como resultado de los adelantos en la tecnología de la información, los pacientes estaban mucho mejor informados sobre sus problemas de salud y sus derechos, tenían mayores expectativas con respecto a la calidad de la atención y estaban cada vez menos dispuestos a aceptar como norma una comunicación deficiente entre proveedor y paciente.

141. Se recalcó la importancia de los derechos de los pacientes y su satisfacción. Varios delegados comentaron que, aunque la atención médica fuese buena desde el punto de vista técnico, no podía considerarse como atención de buena calidad si el paciente no estaba satisfecho con el tratamiento que había recibido. La relación entre el proveedor y el paciente era un aspecto fundamental de la garantía de la calidad. El personal médico debía tratar a los pacientes con respeto y considerarlos como sus iguales, idea que debería inculcarse en los proveedores de atención sanitaria durante su capacitación. Dichos proveedores también debían respetar las diferencias culturales y entre los sexos.

142. Aunque se reconoció la utilidad de normas internacionales de calidad tales como las normas 9000 de la Organización Internacional de Normalización (ISO), también se recalcó que los sistemas de garantía de la calidad deben adaptarse a las necesidades y circunstancias de cada país y de cada entorno de atención de salud. Los delegados describieron algunas de las medidas que se estaban tomando en sus países para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención, entre ellas procedimientos para la prevención y el control de infecciones, la capacitación del personal en las directrices de la

OMS sobre la higiene de las manos, sistemas de vigilancia y notificación de errores médicos y sucesos adversos, y el fortalecimiento del marco legal y normativo mediante, por ejemplo, la adopción de declaraciones de los derechos de los pacientes y la promulgación de leyes que exigen que se informe a los pacientes sobre cualquier error o accidente en su atención y sobre las posibles consecuencias para su salud.

143. El doctor Hernán Montenegro (Jefe de Unidad, Organización de Servicios de Salud, OPS), resumiendo los puntos principales que habían surgido del debate, dijo que era evidente que los países de la Región habían avanzado mucho en la mejora de la seguridad del paciente y la calidad de la atención. El observatorio propuesto ofrecería un medio para dar a conocer esas experiencias y utilizarlas como base. Varios delegados habían mencionado la necesidad de capacitar al personal en la calidad de la atención y la seguridad del paciente, medida incluida en las cinco líneas estratégicas de acción previstas en el documento CSP27/16. Otro importante tema de recursos humanos planteado en el debate fue las condiciones de trabajo del personal de salud y el efecto que podían tener en la calidad de la atención. La relación entre el proveedor y el paciente, como se había indicado, también era crucial para la calidad de la atención. Sin embargo, como ya se había señalado en la Conferencia, la garantía de la calidad no se limitaba al personal médico, sino que se debía fomentar una cultura de la calidad en todos los sistemas de atención de salud.

144. El doctor Montenegro agradeció a México su ofrecimiento de lanzar el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente y señaló que la Directora había mantenido conversaciones poco antes con sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, sobre la posibilidad de lanzar la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” en las Américas.

145. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R10, mediante la cual se apoya la creación de un observatorio regional y la elaboración de una estrategia regional para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Asuntos administrativos y financieros

Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (documento CSP27/17)

146. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre las deliberaciones del Comité acerca de este tema que tuvieron lugar en su 140.^a sesión en junio del 2007, y observó que el Comité había recomendado que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana respaldara la introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP) en la OPS, tarea que debería concluir en el 2010 (véase el documento CE140/FR, párrafos 166 a 174).

147. La Conferencia apoyó la implantación de las NICSP. Se señaló que las nuevas prácticas implicaban procedimientos contables más exactos, vinculados más estrechamente a la programación y los gastos administrativos de la Organización, y ofrecerían una mayor uniformidad y comparabilidad de los resultados financieros en todos los organismos del sistema de las Naciones Unidas.

148. La señora Sharon Frahler (Gerenta de Área, Gestión e Informes Financieros, OPS) afirmó que las dos ventajas principales de las NICSP eran, por un lado, una mayor uniformidad y comparabilidad de las prácticas contables en todo el sistema de las Naciones Unidas y, por otro lado, una correlación clara entre los gastos y las actividades, lo cual permitiría a los Cuerpos Directivos ver el costo exacto de las actividades programáticas. La introducción del sistema nuevo sería un proceso basado en la colaboración que se llevaría a cabo en estrecha coordinación con los demás organismos participantes de las Naciones Unidas. La señora Frahler dijo que en el 2008 se presentaría a los Cuerpos Directivos un informe sobre el progreso realizado con la introducción de las NICSP.

149. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R18, mediante la cual se respalda la introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público en la OPS.

Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CSP27/18)

150. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado el proyecto de Plan y Fondo Maestro de Inversiones de Capital durante su 140.^a sesión en junio del 2007 y había recomendado que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el establecimiento del Fondo (véase el documento CE140/FR, párrafos 175 a 184).

151. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros respaldaron la propuesta de establecer un mecanismo de planificación a más largo plazo a fin de contar con un financiamiento suficiente para el mantenimiento y la mejora de los bienes inmuebles y la infraestructura de tecnología de la información de la Organización. Recibieron con beneplácito las deliberaciones pormenorizadas sobre el tema que habían tenido lugar en las reuniones del Comité Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, y consideraron que los topes propuestos para los dos fondos subsidiarios (\$2,0 millones para el fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo y \$6,0 millones para el fondo subsidiario de Tecnología de la Información) eran apropiados.

152. El señor Edward Harkness (Gerente de Área, Operaciones de Servicios Generales, OPS) expresó el agradecimiento de la Oficina por el apoyo recibido de los Estados Miembros para el establecimiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, que

permitiría a la Organización mantener su infraestructura física y de tecnología de la información y, a la vez, seguir prestando la cooperación técnica, lo cual constituía su verdadero propósito.

153. La Directora recalcó que las consultas realizadas con los Estados Miembros sobre el establecimiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital eran una manifestación clara de la transparencia de la Organización en el uso de sus recursos. Aunque la OPS necesitaba sin duda edificios e instalaciones para llevar a cabo su misión de cooperación técnica, su infraestructura de tecnología de la información era igualmente importante, ya que proporcionaba el medio para que los Gobiernos Miembros participaran en los cometidos de la Organización. También daba visibilidad al trabajo de la OPS y lo daba a conocer al público en general, además de mejorar la capacidad de la Oficina para aplicar los principios de la gestión orientada a la consecución de resultados. Por lo tanto, aunque pudiera parecer que el financiamiento del mantenimiento y la mejora de la infraestructura era un asunto estrictamente administrativo, también representaba un factor decisivo para el cumplimiento de la misión y el mandato de la OPS.

154. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R.19, mediante la cual se respalda el establecimiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CSP27/19 y Adds. I y II)

155. La señora Sharon Frahler (Gerenta de Área, Gestión e Informes Financieros, OPS) informó que, al 24 de septiembre del 2007, la recaudación de las cuotas correspondientes a ese año ascendía a \$53,3 millones. Las recaudaciones de cuotas combinadas del 2007 y años anteriores totalizaban \$79 millones, en comparación con \$94 millones en el 2006, \$64 millones en el 2005 y \$74 millones en el 2004. Al 1 de enero del 2007, los atrasos de las cuotas correspondientes a años anteriores a 2007 llegaban a \$56,2 millones en total, de los cuales \$41,6 millones correspondían a 2006. Los pagos de cuotas atrasadas recibidos al 24 de septiembre del 2007 ascendían a \$44 millones, o sea 77% del total de los atrasos.

156. Desde el 24 de septiembre, la OPS había recibido pagos adicionales de \$7.795 de las Islas Vírgenes Británicas, \$155.904 de Jamaica y \$14.152.317 de los Estados Unidos de América. Diecisiete Estados Miembros habían pagado sus cuotas del 2007 en su totalidad, 10 habían efectuado pagos parciales y 12 no habían efectuado ningún pago. La Oficina continuaba su trabajo de enlace con los gobiernos con respecto a las cuotas pendientes y las propuestas para establecer planes de pagos diferidos si fuera necesario. La señora Frahler transmitió el agradecimiento de la Oficina a los Estados Miembros por sus esfuerzos constantes para abonar las cuotas puntualmente.

157. El doctor Jorge Polanco (Belice) informó que el Grupo de Trabajo para Estudiar la Aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS había analizado el estado de

las recaudaciones de cuotas y había observado que dos Estados Miembros estaban atrasados más de dos años en el pago de sus cuotas; sin embargo, ambos estaban cumpliendo los planes aprobados de pagos diferidos. En consecuencia, el Grupo de Trabajo no recomendó la suspensión de los derechos de voto de ningún Estado Miembro, prevista en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

158. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CSP27.R.3, en la cual se agradece a los Estados Miembros que ya han hecho pagos en el 2007 y se insta a todos los Miembros que están atrasados en los pagos a que cumplan prontamente sus obligaciones financieras con la Organización.

Informe financiero parcial del Director para 2006 (documento oficial 326)

159. La señora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) presentó este tema, resumiendo el debate sobre el informe financiero parcial que había tenido lugar en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio (véase el documento CE140/FR, párrafos 195 a 203).

160. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros recibieron con beneplácito el informe y elogiaron a la Directora por su sólida gestión financiera de la Organización. Tomaron nota del aumento considerable de las adquisiciones y las actividades del fondo fiduciario, señalando que, con esos flujos financieros mayores, era más necesario aún contar con una transparencia adecuada, supervisión, apoyo programático, seguimiento y evaluación de todos los recursos encomendados a la Organización. Se señaló que todos los centros panamericanos habían mejorado su desempeño financiero, aunque el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) tenía un déficit acumulado grave.

161. La señora Sharon Frahler (Gerenta de Área, Gestión e Informes Financieros, OPS) presentó información actualizada sobre la situación financiera de la Organización a nueve meses del comienzo del segundo año del bienio. El total de los ingresos para el bienio se situaba en \$966 millones y para fines del bienio se preveía que llegaría a aproximadamente \$1.000 millones (comparado con \$799 millones para todo el bienio 2004-2005). El mayor nivel de ingresos había conducido a mayores inversiones, con el consiguiente incremento de los intereses devengados. Por lo tanto, la Oficina había aumentado las proyecciones de ingresos varios para el bienio 2008-2009 de \$14,5 millones a \$17,5 millones.

162. El aumento de los ingresos se debía al incremento de los pagos de cuotas atrasadas y contribuciones, la intensificación de las adquisiciones y las mayores contribuciones a los diversos fondos fiduciarios. La necesidad de administrar esas cantidades mayores con un número cada vez menor de funcionarios permanentes representaba una carga muy grande para la Organización, pero la Oficina estaba tratando de superar el desafío recurriendo a una mayor automatización y simplificación. A pesar

del mayor volumen de trabajo, la Oficina se mantenía firme en su compromiso de mantener los niveles necesarios de transparencia y supervisión. La OPS estaba colaborando con el CFNI a fin de mejorar su situación financiera.

163. La Directora recalcó que todos los recursos de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización se habían utilizado para programas y proyectos comprendidos en el mandato emitido por los Cuerpos Directivos. La OPS no aceptaba contribuciones para actividades que no estuvieran comprendidas en ese mandato. La Oficina podía manejar el mayor volumen de fondos con un número cada vez menor de empleados por tres razones. Primero, había modificado su método de gestión financiera, centrándose en las áreas de alto riesgo dentro de la Organización. La situación financiera se analizaba constantemente para determinar los puntos donde el riesgo era mayor y donde, en consecuencia, se necesitaba una vigilancia más minuciosa. Segundo, la gestión financiera estaba sacando el máximo provecho posible de la inversión que se había hecho en tecnología de la información. La tercera razón era la asignación de la responsabilidad en el punto del desembolso, con un examen continuo de todos los desembolsos en los diversos departamentos de la Organización.

164. La Conferencia tomó nota del informe financiero parcial.

Informe sobre las actividades de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna (documento CSP27/20)

165. El señor H. John Maginley (Representante del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones sobre este tema que tuvieron lugar en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 204 a 209).

166. La Conferencia expresó decepción porque, al parecer, no se había hecho nada con respecto a los asuntos planteados en el informe presentado al Comité Ejecutivo en junio del 2007 y las vacantes en la Unidad de Servicios de Supervisión Interna seguían sin cubrirse. Se consideraba esencial que la Organización avanzara rápidamente para tener una función de supervisión interna plenamente operativa, que era una parte fundamental de la gobernanza interna. Se instó a la Oficina a que cubriera los puestos vacantes sin más retrasos. También se solicitó que los informes futuros de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna contuvieran un anexo con una lista de todas las recomendaciones relacionadas con el período comprendido en el informe y una indicación de su situación actual.

167. El señor Michael Boorstein (Director de Administración, OPS) aseguró a la Conferencia que se estaban abordando los asuntos en cuestión y anunció que se había cubierto una de las vacantes y que la Oficina estaba buscando activamente un candidato que poseyera las aptitudes lingüísticas necesarias para el cargo de Auditor Principal. De acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo, el informe que se presentaría al

Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2008 incluiría un anexo sobre la situación de las recomendaciones de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna.

168. La Directora repasó los antecedentes de la función de supervisión en la OPS, observando que el hecho de que todavía no se hubiese creado una unidad de supervisión de la calidad y la fuerza que consideraba necesarias era una de sus mayores frustraciones. Sin embargo, deseaba asegurar a la Conferencia que las dificultades en materia de personal no significaban que hubieran cesado las actividades de auditoría. Por el contrario, los auditores externos y los auditores internos tanto de la OPS como de la OMS continuaban realizando auditorías. Además, la OPS tenía un proceso de transferencia formal que era aún más exhaustivo que una auditoría, el cual se aplicaba cada vez que un representante de la OPS/OMS o un director de un centro panamericano cambiaba. En el marco de ese proceso se examinaba cada aspecto de todos los proyectos, programas y presupuestos, así como todas las funciones administrativas y financieras. En consecuencia, los Estados Miembros podían tener la seguridad de que estaban cumpliéndose las funciones de supervisión interna a pesar de los problemas de personal.

169. La Conferencia tomó nota del informe sobre las actividades de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna.

Nombramiento del Auditor Externo (documento CSP27/21)

170. La señora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó sobre las deliberaciones en torno a este tema que tuvieron lugar en la 140.^a sesión del Comité en junio del 2007 (véase el documento CE140/FR, párrafos 234 a 235).

171. En el debate subsiguiente, una delegada, tras elogiar el trabajo que la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido había hecho para la OPS en el pasado, sugirió que la Organización investigara la posibilidad de adoptar un mandato único de seis años, no renovable, para los auditores externos. Ese mandato ofrecería un equilibrio excelente entre la continuidad y la frecuencia razonable de rotación, necesaria para mantener la independencia.

172. La Directora recalcó que la decisión de pasar a un concurso abierto para el nombramiento del Auditor Externo no significaba que la OPS tuviera dudas con respecto a la calidad de los servicios que había recibido de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido. Por el contrario, dicha institución había trabajado de forma muy satisfactoria con la OPS durante dos decenios y sabía cuánto había crecido y se había desarrollado la Organización, lo cual representaba un valor agregado. Además, su gran experiencia con la auditoría de otros organismos públicos había servido para determinar las áreas en que la OPS podía mejorar sus propios sistemas y procedimientos.

173. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R16, mediante la cual se designa a la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido como Auditor Externo de las cuentas de la OPS durante los períodos 2008-2009 y 2010-2011.

Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CSP27/22)

174. La señora Rhonda Sealey-Thomas (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recomendado, en su resolución CE140.R14, que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana fijara el sueldo bruto anual de la Directora en \$185.874 a partir del 1 de enero del 2007.

175. La Conferencia aprobó la resolución CSP27.R17, en virtud de la cual se fija el sueldo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana recomendado por el Comité Ejecutivo.

Asuntos relativos a los Comités

Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Cuba (documento CSP27/23)

176. Mediante voto secreto, la Conferencia seleccionó a Costa Rica para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS a fin de tratar el tema de la finalización del mandato de Cuba (decisión CSP27[D6]). Se emitieron 38 votos en total, con lo cual se alcanzó la mayoría requerida para la elección, que era de 20 votos. Como ningún candidato recibió la mayoría de los votos en la primera ronda, se hizo otra. En la segunda ronda se emitieron 37 votos válidos (uno fue nulo). El recuento de los votos fue el siguiente: Costa Rica, 13; Ecuador, 15, y Perú, 10, en la primera ronda, y Costa Rica, 21, y Ecuador, 16, en la segunda ronda. El doctor Raúl Castellanos (Puerto Rico) y la señora Natividad Nalda (España) fueron los escrutadores.

Premios

Premio OPS en Administración 2007 (documento CSP27/24)

177. La doctora Nancy Pérez (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el jurado del Premio OPS en Administración había decidido otorgar el premio del 2007 al

doctor Armando Mariano Reale, de Argentina, por su contribución a la modernización de los sistemas de salud y seguridad social, y que el Comité Ejecutivo había respaldado la decisión del jurado (véase el documento CE140/FR, párrafos 20 a 23).

178. La Presidenta señaló que el trabajo del doctor Reale había fomentado la integración de los sectores público y privado, la creación de redes de proveedores en distintos niveles de la atención de salud y la adopción de nuevos modelos de financiamiento para el sector público y el sector de la seguridad social. Durante toda su carrera profesional había ocupado altos cargos en la organización y gestión de los servicios de salud y seguridad social, proponiendo soluciones innovadoras, contribuyendo a la eficiencia y eficacia de esos servicios y dando prioridad a la equidad y la solidaridad.

179. El doctor Reale había ocupado muchos cargos académicos y dictado cursos universitarios, de posgrado y de especialización en los campos de la organización y administración de hospitales, gerencia de sistemas y servicios de salud, seguridad social, economía de la salud y administración de servicios de salud mental. Asimismo, había realizado investigaciones sobre temas de administración y gerencia. Sus publicaciones abordaban temas clínicos y relacionados con los sistemas de salud, incluidos los costos, las auditorías médicas, el marco administrativo de la práctica profesional, la economía de la salud, el financiamiento sanitario y la reforma del sector de la salud.

180. La Presidenta y la Directora hicieron entrega del premio al doctor Reale, cuyo discurso de aceptación figura en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-div9-s.pdf>.

Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2007 (documento CSP27/25)

181. La Presidenta reseñó la historia del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana y anunció que el premio del 2007 había sido adjudicado a la doctora María Cristina Escobar Fritzsche, de Chile. Luego pidió al doctor Frederick Naftolin, miembro de la Junta Directiva de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), que presentara al ganador del premio.

182. El doctor Naftolin dijo que la Fundación Panamericana de la Salud y Educación promovía y reconocía la excelencia mediante su programa de premios de salud pública. El Premio Abraham Horwitz se había creado en homenaje al doctor Horwitz, quien había cumplido cuatro mandatos como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y había sido Presidente de PAHEF durante 25 años. La Fundación se complacía en entregar el premio a la doctora María Cristina Escobar Fritzsche, de Chile, por su liderazgo visionario en el campo de las enfermedades crónicas en las Américas. La doctora Escobar Fritzsche había sido una pionera en el uso de datos de vigilancia para fortalecer los

programas de salud pública. Siguiendo el ejemplo de la red CINDI (Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades No Transmisibles) en Europa, había desempeñado un papel crucial en la organización de la iniciativa CARMEN en Chile y en su extensión al resto de las Américas, fortaleciendo la prevención y el control de las enfermedades crónicas en la comunidad y a nivel nacional. Había hecho innovaciones en la vigilancia de la calidad de la atención de las afecciones crónicas en Chile e impulsado mejoras en toda América Latina.

183. Durante 18 años, la doctora Escobar Fritzsche había ocupado la jefatura del Programa de Salud del Adulto del Ministerio de Salud de Chile, período durante el cual también fue cofundadora y promotora de la red CARMEN. Desde mayo del 2005 era jefa del Departamento de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio. También había sido asesora del presidente de Chile sobre políticas, planes y programas para los ancianos y miembro de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor. Había escrito numerosas publicaciones sobre la prevención y el tratamiento de trastornos relacionados con la edad, centradas en los problemas de una población que está envejeciendo. Además, había sido una fuente de inspiración y mentora de muchos profesionales jóvenes de la salud pública en Chile y en otros lugares. La doctora Escobar Fritzsche se sumaba a una lista distinguida de adjudicatarios anteriores de este premio cuya carrera sobresaliente en la medicina y la salud pública había tenido repercusiones notables en la vida y la salud de los habitantes de la Región de las Américas y del resto del mundo.

184. La Presidenta, la Directora y el doctor Naftolin entregaron el premio a la doctora Escobar Fritzsche, cuyo discurso de aceptación figura en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-div10-s.pdf>.

Premio de Bioética Manuel Velasco-Suárez 2007 (documento CSP27/26)

185. La Presidenta recordó que el Premio de Manuel Velasco-Suárez en Bioética, otro de los cinco premios presentados por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación por medio de su Programa de Premios a la Excelencia de la Salud Pública Interamericana, había sido creado en el 2002 en homenaje al doctor Manuel Velasco Suárez, médico, investigador, erudito y fundador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y de la Comisión Nacional de Bioética de México. Invitó al doctor Frederick Naftolin a que presentara al ganador del 2007, doctor Jorge Alberto Álvarez Díaz, de México.

186. El doctor Naftolin (Fundación Panamericana de la Salud y Educación) dio la bienvenida al doctor Jesús Velasco-Suárez Siles, hijo del doctor Manuel Velasco Suárez, a la ceremonia de entrega del premio y reconoció la iniciativa del Secretario de Salud de México de crear el premio y financiarlo. El doctor Jorge Alberto Álvarez Díaz, adjudicatario del premio del 2007, había sido seleccionado sobre la base de su estudio

propuesto, titulado “Opiniones sobre la donación hipotética de embriones en los pacientes que participaron en técnicas de reproducción asistida en América Latina”. El doctor Álvarez se proponía realizar una encuesta de la opinión de las parejas latinoamericanas que recurrían a la reproducción asistida acerca de la preservación de los embriones humanos. Cada año, 11 países informaban sobre su trabajo en el campo de la salud reproductiva a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida por medio de 135 centros, 90 de los cuales ofrecían servicios de criopreservación de embriones. Sin embargo, ninguno de los 90 centros tenía un comité de bioética. Basándose en los resultados de la encuesta de opinión, el doctor Álvarez elaboraría un plan para crear comités de bioética en esos 11 países. Su investigación innovadora podría tener grandes repercusiones en el campo de la salud reproductiva, la preservación de embriones humanos y la bioética en América Latina.

187. El doctor Álvarez había sido coordinador médico y sexólogo clínico en el Instituto de Reproducción Asistida, Genética y Embarazo de Alto Riesgo de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en México, y participaba en los programas de ciencias sociales y de la salud y de humanidades médicas de la Universidad Complutense de Madrid.

188. La Presidenta, junto con la Directora y el doctor Naftolin, entregó el premio al doctor Álvarez Díaz, cuyo discurso de aceptación figura en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-div11-s.pdf>.

Asuntos de información general

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (documento CSP27/INF/1)

189. El doctor John Lavis (Presidente del Comité Asesor de Investigaciones en Salud [CAIS] de la OPS) puso a la Conferencia al corriente del trabajo realizado por el Comité Consultivo desde su último informe, del 2006, y en particular sobre los resultados de la 40.^a reunión del CAIS, celebrada en Montego Bay (Jamaica) en mayo del 2007. Comentó que la era actual se caracterizaba por la conciencia creciente de los ministerios de salud con respecto a la importancia de los datos probatorios obtenidos de las investigaciones en el campo de la salud, como lo demostraba el Seminario Ministerial sobre la Investigación en Salud (México, 2004). Esa conciencia había llevado a más pedidos de cooperación técnica de la OPS para fortalecer el uso de los datos probatorios emanados de investigaciones en la formulación de la política sanitaria.

190. De la reunión habían surgido varias recomendaciones decisivas. Se había instado a la OPS a que continuara elaborando un proyecto de política de investigación a fin de someterlo a la consideración general de los Estados Miembros y los interesados directos

nacionales e internacionales a principios del 2008, a que promoviera iniciativas regionales para fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud apoyando oportunidades para la colaboración tales como la próxima reunión regional de abril del 2008, a que estableciera un registro de las investigaciones realizadas por personal de la OPS y las oficinas de país o con su participación a fin de darles seguimiento, a que restableciera el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS en el marco de la política de investigación de la Organización y a que siguiera trabajando en el lanzamiento de la Red de Políticas Basadas en Datos Probatorios (EVIPNet) en la Región partiendo de los compromisos asumidos por los ministerios de salud y fomentando la participación de organizaciones e iniciativas regionales, subregionales y nacionales orientadas al fortalecimiento de los sistemas de investigación sanitaria.

191. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros apoyaron las recomendaciones contenidas en el informe del Comité. Recalaron que las actividades de la OPS con respecto a la investigación sanitaria debían guiarse por las prioridades correspondientes establecidas por los Estados Miembros. Con respecto al Programa de Subvenciones para la Investigación, se instó a la Organización a que se cerciorara de que su restablecimiento no desviara recursos cruciales de otras prioridades estratégicas. Se expresó la esperanza de que se recibieran subvenciones en áreas no tradicionales pero esenciales, como la capacitación y la ética de las investigaciones con seres humanos. Se instó a la OPS a que intensificara su labor a fin de ayudar a los países a obtener más financiamiento para la capacitación de recursos humanos en el campo de las investigaciones en salud pública.

192. Varios delegados describieron las iniciativas que estaban llevándose a cabo en sus países que se ceñían a algunas de las recomendaciones del Comité. Por ejemplo, los Institutos Canadienses de Información de salud habían realizado poco antes una consulta con sus colaboradores a fin de establecer prioridades para las investigaciones nacionales. Cuba había establecido un registro público de ensayos clínicos que se incluiría en la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la OMS. El programa nacional de salud de México para el período 2007-2012 incluía el mandato de obtener pruebas científicas para guiar las políticas y los programas sanitarios. El Delegado de Cuba también propuso a la OPS y la Conferencia tres áreas de investigación: la fabricación de medicamentos genéricos para ampliar el acceso a los medicamentos nuevos, las preparaciones farmacéuticas derivadas de productos naturales y los problemas de salud ambiental.

193. El doctor Luis Gabriel Cuervo (Secretario del CAIS), respondiendo a las observaciones acerca del Programa de Subvenciones para la Investigación, aseguró a la Conferencia que los objetivos del Programa se ceñirían a la política de investigación elaborada para la Organización. El Programa había estado congelado desde el 2005 precisamente porque se estaban reexaminando sus objetivos. Con respecto a la creación de un registro de investigaciones de la OPS, señaló que el análisis de la información

básica sobre las investigaciones que estaban realizándose revelaría las áreas descuidadas, lo cual permitiría a la Organización reorientar sus actividades a fin de atender las necesidades prioritarias indicadas por los países. La información que se estaba recopilando ayudaría a aclarar las áreas en las que más se necesitaba capacitación. Felicitó a Cuba por la próxima inclusión de su registro en la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la OMS y dijo que esperaba que muchos otros países de la Región también crearan registros, con lo cual se reduciría la duplicación de la labor de investigación.

194. El doctor Lavis señaló que en los próximos meses se perfeccionaría el proyecto de política de investigación teniendo en cuenta los comentarios formulados por los Estados Miembros durante el examen. Aseguró a la Conferencia que, una vez establecidas las prioridades para la investigación, el Programa de Subvenciones para la Investigación favorecería proyectos estrechamente relacionados con esas prioridades. También sobre el tema de las subvenciones, informó a la Conferencia que el Comité había abordado la posibilidad de recurrir a un examen del mérito de las propuestas de investigación que tuviera en cuenta no solo la validez científica de un proyecto sino también su pertinencia desde el punto de vista de los interesados directos en el gobierno y la sociedad civil.

195. La Directora afirmó que una política bien definida y actualizada para guiar las prioridades de investigación de la Organización era imprescindible, dada la diversidad de las investigaciones apoyadas por la OPS a los niveles regional, subregional y nacional por medio de los programas técnicos, los centros panamericanos y las oficinas de país. Un marco de política, combinado con un sistema de información que proporcionara datos no solo sobre las investigaciones apoyadas por la OPS sino también sobre las investigaciones realizadas por los ministerios de salud, daría coherencia y uniformidad al caudal de investigaciones sanitarias realizadas en la Región. Para su orientación permanente, la Organización prestaría especial atención a las líneas de investigación recomendadas o las necesidades señaladas por los Estados Miembros durante los debates sobre política programática de las reuniones de los Cuerpos Directivos. La OPS no podría necesariamente abordar todas esas áreas directamente, pero podría darles seguimiento a fin de cerciorarse de que se atendieran las necesidades y se incorporaran las recomendaciones en la estrategia apropiada.

196. La Conferencia tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional (documento CSP27/INF/2)

197. El doctor Hugo Prado (Gerente de Área, Gobernanza, Políticas y Asociaciones, OPS) presentó este tema, señalando que las resoluciones y otras medidas adoptadas por la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional habían sido

tratadas a fondo por el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión, celebrada en junio (véase el documento CE140/FR, párrafos 227 a 233). En esa oportunidad se había propuesto ampliar el informe de la OPS sobre el tema a fin de incluir no solo las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud de interés particular para la Región, sino también resoluciones y decisiones de otros organismos, especialmente la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, que fuesen pertinentes para la OPS y sus Estados Miembros. La Oficina tenía la intención de presentar un informe de ese tipo a los Cuerpos Directivos en el 2008. Aunque la redacción del documento sería una tarea compleja, valdría la pena porque proporcionaría información útil acerca de la uniformidad de los mandatos relacionados con la salud emanados de los diversos organismos y acerca de la coordinación de la labor en las diversas esferas a fin de colocar los asuntos relacionados con la salud en los más altos niveles de las decisiones políticas.

198. La Conferencia tomó nota del informe

Otros asuntos

Informe sobre la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017

199. El señor Cirilo Lawson (Panamá) resumió las líneas generales de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, lanzada por los ministros de salud de la Región en el 37.^o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, que tuvo lugar en Panamá en junio del 2007. Recalcó que la Agenda de Salud era una expresión concisa de la visión compartida de los países americanos para abordar las tendencias y los retos previstos durante los próximos 10 años y lograr mejoras concretas en la salud de los pueblos de la Región. Asimismo, la Agenda reflejaba diversos objetivos y mandatos acordados a nivel internacional en el área de la salud.

200. El documento comenzaba con un enunciado de la intención en el cual se recalcaba que la Agenda de Salud era un compromiso conjunto de los gobiernos de las Américas y una guía para la elaboración de los futuros planes nacionales de salud de los países. También se proponía orientar la formulación de los planes estratégicos de las organizaciones interesadas en la cooperación con los países americanos, en especial la OPS. La Agenda de Salud contenía asimismo una declaración de los principios y valores, un análisis de la situación de salud y sus tendencias, y ocho áreas de acción: fortalecer la autoridad sanitaria nacional; abordar los factores determinantes de la salud; aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de buena calidad; disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y las inequidades dentro de ellos; reducir los riesgos y la carga de morbilidad; fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de la salud; aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y

fortalecer la seguridad sanitaria. El texto completo de la Agenda de Salud se encuentra en http://www.amro.who.int/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

201. La Directora recordó que la Agenda de Salud se había elaborado a raíz de una recomendación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la cual había señalado que la planificación en las organizaciones internacionales debía basarse en una visión común de sus Estados Miembros, formulada independientemente de la secretaría y de los órganos directivos de las organizaciones. Los planes decenales de salud para las Américas aprobados por los ministros de salud de la Región desde los años sesenta hasta los ochenta habían servido de modelo para la Agenda de Salud, que representaba la “voz de las Américas” sobre lo que debían hacer en el campo de la salud durante los próximos 10 años no solo la OPS y sus Estados Miembros, sino también otros interesados directos y colaboradores.

202. La Directora entregó una placa al doctor Camilo Alleyne (Ministro de Salud de Panamá y Presidente del Grupo de Trabajo sobre la Agenda de Salud) en reconocimiento de su liderazgo en la elaboración de la Agenda de Salud para las Américas. Durante la Conferencia se realizó una ceremonia para que los ministros de salud que todavía no habían firmado la Agenda de Salud tuvieran la oportunidad de hacerlo.

Informe sobre la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Buenos Aires 30-15”

203. El doctor Ginés Gonzáles García (Argentina) presentó un informe sobre la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo, celebrada en Buenos Aires en agosto del 2007. La conferencia había contado con la presencia de más de 1.200 delegados de casi sesenta países. En las sesiones técnicas se habían tratado los temas de la atención primaria de salud y los sistemas de salud en el contexto mundial actual, los recursos humanos en el campo de la salud para el nuevo milenio y la equidad en la salud y el financiamiento. Las conclusiones y recomendaciones de las sesiones técnicas y la declaración de la sesión de alto nivel de ministros de salud, titulada “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”, pueden consultarse en <http://www.buenosaires30-15.gov.ar/documentos.html>.

204. Entre los puntos principales emanados de las deliberaciones de la Conferencia se señalaron los siguientes. La política de la salud era un tema en el cual todo el país debía colaborar, pero el gobierno desempeñaba un papel orientador clave en la asignación de recursos de salud, la vigilancia y reglamentación de los servicios, y la promoción de comportamientos saludables. La participación comunitaria era crucial. Para abordar la escasez de recursos humanos en el campo de la salud, que obstaculizaba la atención primaria, era indispensable una actuación firme del gobierno a fin de establecer prioridades para la capacitación. Un problema particular era la emigración, impulsada por

el mercado, de recursos humanos capacitados de países pobres a países más ricos. La salud era una inversión, no un gasto, y era fundamental asignar los recursos disponibles de acuerdo con las prioridades. Debían tenerse en cuenta las necesidades y los problemas de salud locales, prestando especial atención a los grupos vulnerables. Aunque quizá fuese necesario ampliar la atención primaria o darle marcos teóricos nuevos, seguía siendo la estrategia más apropiada para alcanzar la meta de salud para todos.

205. La doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS) señaló que la conferencia de Buenos Aires había sido la primera de un ciclo de conferencias sobre la atención primaria de salud organizado por la OMS en colaboración con muchos países en todo el mundo, que se preveía que culminaría con una conferencia en Almatí. El objetivo principal del movimiento de salud para todos surgido de la conferencia de Alma-Ata 30 años antes había sido la equidad y la justicia social, cuya interpretación moderna eran los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tal como había demostrado la conferencia de Buenos Aires, la atención primaria era la manera de revitalizar los sistemas de salud y lograr que los servicios fueran equitativos y accesibles para todos. La doctora Chan dijo que las Américas verdaderamente habían llevado la antorcha de la atención primaria y esperaba con interés aprender de las experiencias de la Región y ver de qué forma la Secretaría de la OMS podría apoyar la acción de los Estados Miembros para crear un mundo más equitativo con mejores resultados en lo que concierne a la salud de las poblaciones a las cuales servía la Organización.

Información actualizada sobre la implantación del Sistema Mundial de Gestión de la OMS en la OPS

206. El señor Michael Boorstein (Director de Administración de la OPS) dijo que la OPS se mantenía firme en su compromiso de implantar el Sistema Mundial de Gestión de la OMS para fortalecer la gestión orientada a la consecución de resultados y la eficiencia, aumentar la transparencia y la responsabilización, facilitar la descentralización, mejorar la puntualidad y exactitud de la información y apoyar la organización de las operaciones para reducir los gastos generales. Sin embargo, debido a la singularidad de las necesidades operativas y la estructura de gobernanza de la OPS, así como sus limitaciones financieras, el Sistema Mundial de Gestión se implantaría en las Américas con un calendario diferente del previsto para las otras regiones de la OMS, donde la implantación concluiría en el 2009. En la OPS, el sistema se implantaría por etapas entre 2009 y 2012, aunque ya se había realizado un importante trabajo preliminar en el 2007. Se calculaba que el costo de la implantación del Sistema Mundial de Gestión se situaría entre \$16,5 millones y \$38 millones. En los próximos meses, la Oficina, en consulta con una firma consultora, trataría de hacer un cálculo más exacto, indicando cuándo se necesitarían determinadas sumas y examinando diversos medios para recaudar los fondos necesarios. La Oficina informaría sobre la situación y presentaría un cálculo más exacto

del financiamiento necesario, así como una cronología y plan de ejecución, en la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de marzo del 2008.

207. Respondiendo a una pregunta de un delegado sobre si el Sistema Mundial de Gestión reemplazaría el sistema actual de la OPS o si la Organización tendría dos sistemas de gestión, el señor Boorstein explicó que el Sistema Mundial de Gestión ofrecería a la OPS y a las demás oficinas regionales de la OMS una plataforma integrada que permitiría a sus recursos humanos y financieros y a sus sistemas de planificación y presupuestación “conversar” entre sí. Sin embargo, antes que la OPS adoptara dicho sistema, se realizaría un análisis de lagunas para que las características singulares del sistema actual de la OPS no se perdieran en la transición.

208. La Directora dijo que era importante entender que la OPS tenía que cerrar la brecha entre dos organizaciones que en ese momento no estaban integradas. La OPS tenía su propia Constitución y su propio reglamento financiero y de personal, y dos tercios de su presupuesto estaban desvinculados del presupuesto de la OMS. Por lo tanto, había que tener sumo cuidado para preservar su individualidad y autonomía. Las inquietudes principales de la Oficina con relación a la implantación del Sistema Mundial de Gestión de la OMS consistían en no perturbar las operaciones diarias de la OPS, preservar la calidad e integridad de esas operaciones, mantener el grado actual de conectividad con todos los países de la Región y proporcionar capacitación oportuna y adecuada al personal de la OPS encargado de la introducción y el uso del sistema nuevo. La Oficina también estaba examinando los procedimientos vigentes con miras a actualizar y simplificar algunos y eliminar otros. Asimismo, había que dar cabida a innovaciones tales como el nivel subregional de presupuestación creado por la Política del Presupuesto Regional por Programas, nivel que la OMS no tenía. Al mismo tiempo, la OPS tenía que rendir cuentas por el tercio de su presupuesto que venía de la OMS y cerciorarse de que los fondos de la OMS se usaran para alcanzar los objetivos mundiales. En consecuencia, la implantación del Sistema Mundial de Gestión sería una tarea compleja y lenta, pero, en su opinión, beneficiaría en último término tanto a la OPS como a la OMS.

Otros asuntos mencionados por los Estados Miembros

209. El Delegado de Cuba anunció que su país sería el anfitrión del Décimo Seminario Internacional sobre Atención Primaria de Salud del 23 al 27 de noviembre del 2009.

Clausura de la sesión

210. Tras el intercambio habitual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

Resoluciones y decisiones

211. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

Resoluciones

CSP27.R1 Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la propuesta de la Directora de cambiar la naturaleza de los registros de la Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP27/3), y

Reconociendo que esta modificación dará lugar a un mejor producto y redundará en un ahorro económico para la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar las siguientes modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana propuestas por la Directora en el documento CSP27/3.

PARTE XII - ACTAS E INFORME FINAL

~~Artículo 61: Se prepararán durante la sesión y se distribuirán, tan pronto como sea posible y con carácter provisional, actas resumidas de las reuniones.~~

Artículo 621: El Informe Final contendrá **una reseña de la sesión** y todas las resoluciones y decisiones aprobadas por la Conferencia. El Relator, con la asistencia del Secretario *ex officio*, redactará el Informe Final. **Una grabación de audio de las reuniones se conservará en los archivos de la Organización y se facilitará una copia al Miembro o Miembro Asociado que la solicite. A pedido de un Miembro o Miembro Asociado, se le proporcionará la transcripción de cualquier parte de la grabación.**

Los artículos 63 al 67 se renumerarán del 62 al 66.

Estas mismas modificaciones se introducirán en el Reglamento Interno del Consejo Directivo.

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre de 2007)

CSP27.R2 Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado y examinado el informe de progreso sobre la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas presentado por la Directora (documento CSP27/7);

Tomando nota con gran satisfacción de los tremendos progresos con miras a conseguir la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola, reduciéndose en un 98% los casos de rubéola en la Región, siendo éste el número más bajo logrado en las Américas, y

Reconociendo que se requerirán esfuerzos importantes para afianzar y alcanzar este logro para el 2010, con un compromiso aun mayor de todos los gobiernos y organismos que están colaborando con la iniciativa, así como la ampliación de las alianzas entre los sectores público y privado,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los Estados Miembros y a sus trabajadores de salud por el progreso logrado hasta la fecha en la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas, lo que demuestra su alto nivel de compromiso con la salud de la población de este hemisferio.

2. Expresar el agradecimiento y solicitar el continuo apoyo de los diversos organismos que, junto con la OPS, han brindado un apoyo decisivo a los programas de inmunización y a los esfuerzos nacionales para la eliminación de la rubéola y SRC, incluyendo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Agencia de Cooperación

Internacional del Japón, la Fundación *March of Dimes*, el Instituto de Vacunas Sabin, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

3. Instar a todos los Estados Miembros a que:
 - a) Eliminen la rubéola y el SRC de la Región de la Américas, culminando con la implementación de las estrategias de vacunación, intensificando la vigilancia epidemiológica integrada del sarampión y la rubéola y fortaleciendo la vigilancia del SRC;
 - b) Establezcan comisiones nacionales para recopilar y analizar los datos para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC que habrán de ser revisados por un comité de expertos.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) Continúe sus esfuerzos para movilizar los recursos adicionales necesarios para culminar los desafíos descritos en el informe de progreso;
 - b) Conforme un Comité de Expertos que tendrá a su cargo la documentación y verificación de la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y el virus de la rubéola.

(Segunda reunión plenaria, 1 de octubre de 2007)

CSP27.R3 Informe sobre la recaudación de cuotas

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documentos CSP27/19 y Add. I y II) y la inquietud expresada por el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión por lo que se refiere al estado de la recaudación de las cuotas, y

Tomando nota de que todos los Estados Miembros que tienen planes de pagos diferidos están cumpliendo con ellos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documentos CSP27/19 y Adds. I y II).
2. Expresar su agradecimiento a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos en 2007, e instar a todos los Estados Miembros en mora a que cumplan de manera expedita sus obligaciones financieras para con la Organización.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han liquidado la totalidad de sus cuotas hasta el año 2007.
4. Felicitar a los Estados Miembros que han realizado esfuerzos significativos de pago para reducir las cuotas atrasadas de años anteriores.
5. Tomar nota de que todos los Estados Miembros con un plan aprobado de pagos diferidos están cumpliendo con él y, por lo tanto, conserven el derecho de voto.
6. Solicitar a la Directora:
 - a) Que siga vigilando el cumplimiento de los convenios especiales de pago por los Estados Miembros con atrasos en el pago de las cuotas de años anteriores;
 - b) Que siga explorando mecanismos para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas;
 - c) Que informe al Comité Ejecutivo del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de cuotas;
 - d) Que informe al 48.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas correspondientes a 2008 y años anteriores.

(Tercera reunión plenaria, 2 de octubre de 2007)

CSP27.R4 Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el Proyecto de Plan Estratégico 2008-2012, presentado por la Directora (Documento oficial 328);

Observando que el Plan Estratégico proporciona un marco flexible para guiar la preparación y lograr la continuidad del presupuesto por programas y los planes de trabajo durante tres bienios y que, además, converge con la Agenda de Salud para las Américas así como con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan estratégico a plazo medio, ambos de la Organización Mundial de la Salud;

Recibiendo con beneplácito el carácter transversal de los objetivos estratégicos, que crean sinergias y promueven la colaboración entre diferentes programas al captar los diversos vínculos que existen entre los factores determinantes de la salud y los resultados, las políticas, los sistemas y las tecnologías sanitarios;

Reconociendo que el Plan Estratégico es la suma integral de los resultados que la Oficina Sanitaria Panamericana se propone lograr durante el período señalado y que la notificación futura del desempeño sobre la ejecución de dicho Plan constituirá el principal medio de rendición de cuentas del aspecto programático a los Estados Miembros;

Aplaudiendo los adelantos en cuanto a la transparencia y la planificación orientada a la consecución de resultados que representa el Plan Estratégico, y

Reconociendo la necesidad de que la Oficina encauce sus esfuerzos y recursos hacia prioridades de salud regionales colectivas con el fin de ayudar a conseguir que todos los pueblos de la Región gocen de salud óptima,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan Estratégico 2008-2012 (*Documento oficial 328*);
2. Exhortar a los Estados Miembros a que determinen su función y las medidas que deben tomar para alcanzar los objetivos estratégicos presentados en el Plan Estratégico;
3. Invitar a las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, los socios del campo del desarrollo internacional, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado y otras entidades a que consideren su contribución para apoyar los objetivos estratégicos del Plan Estratégico;
4. Examinar el Plan Estratégico 2008-2012 cada dos años, conjuntamente con el proyecto de presupuesto bienal por programas, con miras a modificar el Plan Estratégico, incluidos sus indicadores y metas, según sea necesario.
5. Solicitar a la Directora que:

- a) Realice evaluaciones bianuales del desempeño para informar sobre la puesta en práctica del Plan Estratégico;
- b) Utilice el Plan Estratégico para impartir la dirección estratégica a la Organización durante el período 2008-2012, con el fin de impulsar la Agenda de Salud para las Américas y el programa de acción sanitaria mundial contenido en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS;
- c) En los proyectos de presupuesto bienal por programas de los bienios 2010-2011 y 2012-2013, recomiende al Consejo Directivo, por conducto del Comité Ejecutivo, que se realicen las modificaciones que sean necesarias en el Plan Estratégico.

(Tercera reunión plenaria, 2 de octubre de 2007)

CSP27.R5 Presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero de 2008-2009 (*Documento oficial 327*);

Habiendo considerado el informe del Comité Ejecutivo (documento CSP27/4);

Observando los aumentos considerables de los costos obligatorios relativos a los puestos de plazo fijo para el ejercicio financiero de 2008-2009, a pesar de la reducción continua y cautelosa de los puestos de plazo fijo;

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

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina tal como se describe en el proyecto de presupuesto por programas de 2008-2009 (*Documento oficial 327*).

2. Asignar durante el ejercicio financiero de 2008-2009 un monto de \$300.395.182, que represente un aumento de las cuotas asignadas a los Estados Miembros, los Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS de 3,9% con respecto al ejercicio financiero 2006-2007, distribuido como sigue:

SECCIÓN	TÍTULO	MONTO
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	22.700.000
2	Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	8.590.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	14.000.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	12.490.000
5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico	4.200.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo	6.000.000
7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	7.000.000
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	13.000.000
9	Mejorar la nutrición, la salubridad 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	10.000.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud	14.000.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud	18.400.000

12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	6.400.000
13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios	9.300.000
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	5.200.000
15	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países 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	51.210.000
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	76.577.000
	<u>Presupuesto efectivo de trabajo para el ejercicio 2008-2009 (secciones 1 a 16)</u>	<u>279.067.000</u>
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	21.328.182
	Total, todas las secciones	<u><u>300.395.182</u></u>

3. Que la asignación se financie mediante:

a) Las cuotas correspondientes a:

Los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana.....201.394.182

b) Los ingresos varios.....17.500.000

c) La proporción para la Región de las Américas aprobada mediante la resolución WHA60.1281.501.000

TOTAL 300.395.182

4. Que al establecerse las contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, estas se reducirán en la cantidad que tengan abonada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se exceptúan los fondos de aquellos que gravan con impuestos los sueldos que sus ciudadanos y residentes perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), los cuales se reducirán en una cantidad equivalente a los reembolsos tributarios realizados por la OSP.
5. Que, en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan las asignaciones mencionadas en el párrafo 1 se liberarán para atender el pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2009, inclusive; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, las obligaciones que se contraigan durante el ejercicio financiero de 2008-2009 se limitarán al presupuesto efectivo, es decir, a las secciones 1 a 16.
6. Que la Directora estará autorizada a transferir fondos entre las secciones del presupuesto efectivo, a condición de que el monto de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de esta; las transferencias de fondos entre secciones del presupuesto que excedan del 10% de la dotación de la sección desde la cual se transfieren podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo, con todas las transferencias de fondos del presupuesto notificadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.
7. Que hasta 5% del presupuesto asignado al nivel de país será apartado como un “fondo variable para los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto efectuado a partir de los fondos variables para los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación en su 39.^a sesión y presentados al Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión (documento CE136/INF/1). Para los fines de la notificación, el gasto efectuado a partir de los fondos variables para los países se reflejará en las secciones de asignación, de la 1 a la 16, que corresponda.
8. Que el monto del gasto en el presupuesto por programas de 2008-2009 que será financiado mediante las contribuciones voluntarias se calcule en \$347.000.000, como aparece en *el Documento oficial 327*.

(Cuarta reunión plenaria, 2 de octubre de 2007)

CSP27.R6 Cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 (*Documento oficial 327*), presentado por la Directora;

Habiendo aprobado el programa de trabajo y las asignaciones para el ejercicio financiero 2008-2009 al aprobar la resolución CSP27.R5;

Considerando que a los Estados Miembros que aparecen en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se les asignan cuotas según los porcentajes mostrados en esa escala, ajustada a su condición de Miembros de la OPS, en cumplimiento del Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que se hicieron ajustes para tener en cuenta las cuotas de Cuba, los Estados Participantes y el Miembro Asociado,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 en conformidad con la escala de cuotas mostrada a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 3.9% con respecto al ejercicio financiero 2006-2007.

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Argentina	4,898	4,898	4.932.144	4.932.144	522.328	522.328			4.409.816	4.409.816
Bahamas	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Barbados	0,080	0,080	80.557	80.557	8.531	8.531			72.026	72.026
Belice	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Bolivia	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Brasil	8,546	8,546	8.605.573	8.605.573	911.353	911.353			7.694.220	7.694.220
Canadá	12,355	12,355	12.441.126	12.441.126	1.317.549	1.317.549	25.000	25.000	11.148.577	11.148.577
Chile	0,540	0,540	543.764	543.764	57.586	57.586			486.178	486.178
Colombia	0,940	0,940	946.552	946.552	100.242	100.242			846.310	846.310
Costa Rica	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Cuba	0,730	0,730	735.089	735.089	77.848	77.848			657.241	657.241
Dominica	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Ecuador	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
El Salvador	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Estados Unidos de América	59,445	59,445	59.859.388	59.859.388	6.339.270	6.339.270	5.600.000	5.600.000	59.120.118	59.120.118

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Granada	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Guatemala	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Guyana	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Haití	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Honduras	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Jamaica	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
México	6,077	6,077	6.119.362	6.119.362	648.057	648.057			5.471.305	5.471.305
Nicaragua	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Panamá	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Paraguay	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Perú	0,410	0,410	412.858	412.858	43.723	43.723			369.135	369.135
República Dominicana	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Saint Kitts y Nevis	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Santa Lucía	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
San Vicente y Las Granadinas	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Suriname	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Trinidad y Tabago	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Uruguay	0,260	0,260	261.813	261.813	27.727	27.727			234.086	234.086
Venezuela	3,199	3,199	3.221.300	3.221.300	341.144	341.144	1.500	1.500	2.881.656	2.881.656
Total parcial	99,450	99,450	100.143.257	100.143.257	10.605.439	10.605.439	5.626.500	5.626.500	95.164.318	95.164.318

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Participantes:										
Francia	0,289	0,289	291.014	291.014	30.819	30.819			260.195	260.195
Reino de los Países Bajos	0,090	0,090	90.628	90.628	9.598	9.598			81.030	81.030
Reino Unido	<u>0,060</u>	<u>0,060</u>	<u>60.418</u>	<u>60.418</u>	<u>6.398</u>	<u>6.398</u>			<u>54.020</u>	<u>54.020</u>
Total Parcial	0,439	0,439	442.060	442.060	46.815	46.815			395.245	395.245
Miembro Asociado:										
Puerto Rico	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>111.774</u>	<u>111.774</u>	<u>11.837</u>	<u>11.837</u>			<u>99.937</u>	<u>99.937</u>
Total Parcial	0,111	0,111	111.774	111.774	11.837	11.837			99.937	99.937
TOTAL	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>	<u>100.697.091</u>	<u>100.697.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>5.626.500</u>	<u>5.626.500</u>	<u>95.659.500</u>	<u>95.659.500</u>

(5) Esta columna incluye las cantidades calculadas que serán recibidas por los Estados Miembros respectivos en el ejercicio 2008-2009 con respecto a los impuestos con los que han gravado los sueldos recibidos por los funcionarios de la OPS, ajustados según la diferencia entre la cantidad calculada y la cantidad efectiva de años anteriores.

(Cuarta reunión plenaria, 2 de octubre de 2007)

CSP27.R7 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (documento CSP27/10);

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para afrontar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la Región de las Américas y a nivel mundial;

Consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y

Considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la atención de salud y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Consideren la elaboración de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas;
 - b) Establezcan en el ministerio de salud una estructura específica que se encargue de la dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial;
 - c) Procuren que se forme una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados;
 - d) Comprometan a lograr las metas regionales propuestas para recursos humanos para la salud en 2007-2015 e intensifiquen la cooperación técnica y financiera entre los países hacia ese mismo fin.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) Coopere con los Estados Miembros en la elaboración de sus planes nacionales de acción en materia de recursos humanos para la salud durante el período de 2007-2015 y que promueva y facilite la cooperación técnica y económica entre los países de la Región;
 - b) Apoye activamente la elaboración de planes de acción en materia de recursos humanos para la salud a nivel subregional, en coordinación con instituciones y organizaciones subregionales, para afrontar los desafíos relacionados con la dinámica de las poblaciones fronterizas, la movilidad de los profesionales de la salud y de las poblaciones, y otros asuntos de interés común;
 - c) Hagan partícipe a la Red Regional de Observatorios de los Recursos Humanos para la Salud en la preparación de indicadores y sistemas de seguimiento para

- vigilar las metas en materia de recursos humanos para la salud durante el período de 2007-2015, y que genere, organice y facilite el acceso a los conocimientos pertinentes para las estrategias e intervenciones relacionadas con los recursos humanos;
- d) Redoble los esfuerzos para establecer comunidades regionales de práctica y aprendizaje en materia de gestión y políticas de planificación de recursos humanos, dirigidas a integrar la atención primaria de salud y la salud pública.

(Quinta reunión plenaria, 3 de octubre de 2007)

CSP27.R8 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

Considerando que fueron elegidos Bolivia, México y Suriname para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Cuba y Venezuela,

RESUELVE:

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

(Quinta reunión plenaria, 3 de octubre de 2007)

CSP27.R9 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presentes el párrafo E del Artículo 4 y el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan que la Oficina

Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Miembros de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo suscrito entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que establece el procedimiento para el nombramiento de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud, y

Satisfecha de que la elección del Director de la Oficina se ha realizado de conformidad con los procedimientos establecidos,

RESUELVE:

1. Declarar a la doctora Mirta Roses Periago elegida Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cinco años a partir del 1 de febrero del 2008.
2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la doctora Mirta Roses Periago para su nombramiento como Directora Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud para el mismo período.

(Quinta reunión plenaria, 3 octubre 2007)

CSP27.R10 Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora sobre la política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (documento CSP27/16);

Considerando que es importante tomar acciones inmediatas, tanto a nivel nacional como regional, para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria a los usuarios;

Reconociendo que se requieren políticas en el sector de la salud que afecten al continuo de la atención sanitaria, incorporen la participación ciudadana, y promuevan una cultura de calidad y seguridad en las instituciones sanitarias;

Recordando la definición de la garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva como función esencial de la salud pública (documento CD42/15,

del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 2002), y reconociendo con preocupación su bajo nivel de desempeño en la Región;

Considerando la resolución WHA55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, “Calidad de la atención: seguridad del paciente”, por la que se urge a los Estados Miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente y a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención;

Considerando la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), respaldada por el 46.º Consejo Directivo de la OPS (2005), que establece que los sistemas de salud deben orientarse hacia la seguridad del paciente y la calidad de la atención, y

Reconociendo con satisfacción las iniciativas y el liderazgo de algunos de los Estados Miembros de la Región en el área de seguridad del paciente y calidad de la atención,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Den prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales de salud, incluida la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - b) Asignen los recursos necesarios para el desarrollo a nivel nacional de políticas y programas en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - c) Incorporen la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad de la atención sanitaria;
 - d) Evalúen la situación de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el país, con el objetivo de identificar áreas prioritarias y estrategias de intervención;
 - e) Diseñen y realicen intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - f) Colaboren con la Secretaría de la OPS en la elaboración de una estrategia regional de base científica que incluya resultados cuantificables para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

2. Solicitar a la Directora que:
 - a) Recalquen ante los Estados Miembros y en los foros subregionales, regionales y globales la importancia del mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria;
 - b) Genere y haga disponible información y evidencia que permita evaluar científicamente la magnitud y evolución del desempeño en torno a la calidad de la asistencia, así como la efectividad de las intervenciones;
 - c) Preste asistencia técnica a los países de la Región en el diseño y aplicación de soluciones para el mejoramiento de la calidad;
 - d) Estimule la participación de los pacientes en la formulación de políticas y soluciones para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - e) Lidere los esfuerzos dirigidos a la creación del observatorio regional de seguridad del paciente y calidad de la atención;
 - f) Movilice recursos en apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente y calidad de la atención en la Región;
 - g) Desarrolle, en consulta con los Estados Miembros, una estrategia regional para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

(Sexta reunión plenaria, 3 de octubre de 2007)

CSP27.R11 Malaria en las Américas

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados con respecto a la malaria en las Américas presentado por la Directora (documento CSP27/9), en el que se examinan los adelantos logrados con relación a la Iniciativa Hacer retroceder el paludismo (2001-2010) y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la malaria para 2015, los cuales proponen que los Estados Miembros redoblen los esfuerzos para combatir la malaria mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional para preservar los logros y reducir aun más la carga de la enfermedad;

Teniendo en cuenta que el 46.º Consejo Directivo (2005) instó a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que establezcan políticas y planes operativos nacionales para lograr el acceso a las intervenciones de prevención y control de las personas en

riesgo o afectadas por la malaria, con miras a lograr una reducción de la carga de la malaria de al menos 50% para 2010 y reducirla en 75% para 2015; a que asignen recursos nacionales, movilicen recursos adicionales y los utilicen eficazmente en la ejecución de las intervenciones apropiadas de prevención y control de la malaria; y a que designen un día de lucha contra la malaria en las Américas cada año en una fecha determinada para reconocer los esfuerzos pasados y actuales para prevenir y controlar la malaria, promover la conciencia y vigilar el progreso;

Preocupado porque la malaria sigue siendo un problema de salud pública en varios territorios y porque el aumento de la migración dentro de los países y entre ellos aumenta la vulnerabilidad a los brotes epidémicos de malaria, tanto en los países donde la enfermedad es endémica como en aquellos donde no lo es;

Reconociendo el potencial que existe para movilizar apoyo financiero adicional del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, entre otras fuentes, y

Consciente del informe sobre el tema presentado por la Secretaría de la OMS a la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud y la resolución WHA60.18, en la que la Asamblea de la Salud resuelve "...que el 25 de abril, de cada año, o en la fecha o fechas que cada Estado Miembro determine, se celebre el Día del Paludismo....",

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Reafirmen su compromiso de establecer y ejecutar las políticas y los planes operativos nacionales para que las personas aquejadas de malaria o en riesgo de contraerla tengan acceso a las intervenciones de prevención y control, con el fin de lograr una reducción de la carga de la malaria de al menos 50% para 2010 y de 75% para 2015;
 - b) Actualicen los sistemas sanitarios de vigilancia, seguimiento y evaluación para evaluar el progreso en la reducción de la carga de la malaria y para prevenir el reestablecimiento de la transmisión en los sitios donde se ha logrado interrupción, en concordancia con lo dispuesto por el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI);
 - c) Asignen recursos nacionales y movilicen recursos adicionales y los utilicen eficazmente en la ejecución de intervenciones apropiadas de prevención y control de la malaria;

- d) Fomenten las recomendaciones e intervenciones de base científica y las transformen en políticas que se ejecuten, según convenga, con arreglo a las características específicas de cada país;
 - e) Evalúen las necesidades de personal, capacitación y otras reformas de la gestión de los recursos humanos para complementar los cambios e integrar, institucionalizar y mantener los esfuerzos de prevención y control de la malaria dentro del sistema de salud;
 - f) Emprendan en un plan de acción multisectorial y variado sobre el desarrollo de la infraestructura urbana para abordar diversas consecuencias para la salud de las enfermedades transmitidas por vectores, incluida la malaria;
 - g) Estimulen la comunicación, la coordinación y la colaboración entre las actividades de control de la malaria y otras áreas e instituciones de salud pública, así como la promoción de la causa entre todos los interesados directos y los públicos destinatarios;
 - h) Establezcan el 6 de noviembre como la fecha para conmemorar anualmente el Día del Paludismo en las Américas.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Continúe prestando cooperación técnica y coordine las iniciativas para reducir la carga de la malaria en los países donde esta es endémica y para prevenir que la transmisión se reintroduzca en los lugares donde se ha interrumpido;
 - b) Cree y sostenga mecanismos para vigilar anualmente el progreso de los programas de prevención y control, así como para promover el intercambio de información y de capacidad técnica entre los países;
 - c) Ayude a los Estados Miembros, según sea necesario, a poner en práctica mecanismos eficaces y eficientes para la movilización y la utilización de recursos, incluidas las actividades para tener acceso a los recursos del Fondo Mundial, y realizar satisfactoriamente los proyectos financiados con esos recursos;
 - d) Promueva y ayude a los Estados Miembros a conmemorar el Día del Paludismo en las Américas.

(Séptima reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R12 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora sobre la estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas, (documento CSP27/13);

Reconociendo la importancia de mejorar la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud para disponer de una evidencia más confiable y válida para el diseño, implementación y monitoreo de políticas de salud en los países y siguiendo las recomendaciones internacionales;

Movida por la necesidad de contar con indicadores de mejor calidad a nivel subnacional, nacional y regional para monitorear compromisos internacionales como los establecidos por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la declaración de los países sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001) y otros compromisos específicos referidos al enfoque de derechos humanos en el acceso a información y evidencia para la formulación de políticas;

Consciente de los esfuerzos realizados hasta el presente para el desarrollo de instrumentos de análisis de la situación de los países en materia de estadísticas y el diagnóstico de la situación regional;

Reconociendo que la Secretaría requiere de un mecanismo permanente que contribuya al fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de la Región, tal como ha recomendado el Comité Regional Asesor de Estadísticas de Salud en 2003, y que dicho mecanismo deberá armonizar acciones dentro de los países y entre ellos, y coordinar actividades al interior de la Organización y con otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento, con vistas al uso eficiente de los recursos humanos, técnicos y económicos disponibles en la Región para el fortalecimiento de las estadísticas, y

Considerando la importancia de una estrategia que oriente, de manera continua y permanente, el mejoramiento de la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Suscriban, según corresponda, la estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas, que deberá conducir al diseño de un plan de acción que genere datos e indicadores con mayor cobertura y calidad para el diseño y monitoreo de las políticas de salud;
 - b) Promuevan la participación y coordinación de las oficinas nacionales y sectoriales de estadística, los registros civiles, y otros actores y usuarios públicos y privados en el análisis del estado de las estadísticas vitales y de salud a nivel nacional y subnacional y el diseño de sus planes de acción;
 - c) Coordinen con otros países de la Región la realización de las actividades propias de sus planes de acción y la diseminación y el uso de herramientas que favorezcan el fortalecimiento de los procesos de producción de estadísticas vitales y de salud.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) Trabaje con los Estados Miembros en la aplicación de la estrategia según el contexto nacional y las prioridades de cada uno, y en el diseño, implementación y monitoreo del plan de acción, y en promover la diseminación y uso de los productos que de él se deriven en los niveles subnacional, nacional y regional de la producción de la información de salud;
 - b) Promueva la canalización de las necesidades corporativas en materia de acceso a información válida y confiable para el desarrollo de los diferentes planes y programas de la Organización por medio de la estrategia, avanzando así hacia la formulación del plan de acción;
 - c) Favorezca la coordinación del plan de acción mediante iniciativas de la misma naturaleza desarrolladas por otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento en materia de fortalecimiento de las estadísticas en los países;
 - d) Identifique las necesidades de recursos humanos, tecnológicos y financieros para garantizar el diseño y funcionamiento del plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas;
 - e) Informe periódicamente a los Cuerpos Directivos, por conducto del Comité Ejecutivo, de los progresos y las restricciones evaluados durante la aplicación del plan de acción.

(Séptima reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R13 Seguridad Sanitaria Internacional: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI (2005))

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que un Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en funcionamiento es fundamental para la aplicación eficaz del RSI (2005);

Considerando que todos los Estados Miembros de la OPS han designado sus Centros Nacionales de Enlace para el RSI y han proporcionado a la OMS los datos para comunicarse con ellos;

Considerando que las diferencias en cuanto a las estructuras y la organización en cada Estado Miembro conducen a diferentes niveles de capacidad para satisfacer los requisitos estipulados en el RSI (2005);

Considerando que el RSI (2005) exige que cada Estado Parte desarrolle, fortalezca y mantenga las capacidades nacionales básicas de salud pública a los niveles local, intermedio y nacional para detectar, evaluar, notificar e informar sobre eventos, y para responder con prontitud a las emergencias de salud pública, y

Considerando que se necesitan además las capacidades específicas para la aplicación de las medidas sanitarias en puertos y aeropuertos internacionales así como en ciertos pasos fronterizos terrestres designados por los Estados Partes,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) Reforzar las capacidades del Centro Nacional de Enlace para el RSI al garantizar su disponibilidad y su capacidad de comunicarse internacionalmente en todo momento;
 - b) Fortalecer la capacidad del Centro Nacional de Enlace para el RSI de colaborar intersectorialmente en torno a la difusión de la información y la consolidación de las contribuciones de todos los sectores pertinentes;
 - c) Tomar medidas inmediatas a fin de evaluar la capacidad de su infraestructura de salud pública nacional y de los recursos existentes para satisfacer los requisitos de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, que se describen en el anexo 1a del RSI (2005);

- d) Elaborar, para mediados del año 2009, planes de acción nacionales para conseguir que se establezcan estas capacidades básicas de vigilancia y respuesta, al igual que las relacionadas con los puntos de entrada designados, en conformidad con los requisitos establecidos en el RSI; en dichos planes se determinarán las prioridades entre los principales componentes que deben abordarse (recursos humanos, asignaciones del presupuesto, recursos materiales, instrumentos legales, capacitación, colaboraciones regionales) y las opciones para la movilización del recurso nacional;
- e) Colaborar entre sí en el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades de salud pública necesarias de conformidad con el RSI (2005).

2. Solicitar a la Directora que:

- a) Brinde apoyo a los Estados Miembros durante la evaluación de los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta existentes al proporcionar herramientas, directrices y cooperación técnica;
- b) Brinde apoyo técnico y logístico a los Estados Miembros que lo soliciten durante la formulación y la ejecución de los planes nacionales de acción para fortalecer las capacidades necesarias previstas en el RSI (2005);
- c) Desarrolle y fortalezca las capacidades de la OPS para cumplir eficaz y plenamente las funciones que se le han encomendado de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional revisado, en particular a través de un centro estratégico de operaciones sanitarias para apoyar a los países en la detección, la evaluación y la respuesta en caso de emergencias de salud pública;
- d) Convoque a la formación de un grupo de trabajo técnico con el propósito de elaborar herramientas comunes para notificar e intercambiar información entre los Estados Miembros, y entre los Estados Miembros y la OPS;
- e) Proporcione cooperación técnica para la aplicación habitual del instrumento de adopción de decisiones para evaluar aquellos eventos que pudieran representar una emergencia de salud pública de importancia internacional;
- f) Colabore con los Estados Miembros en la medida de lo posible en la movilización de recursos financieros a fin de apoyar a los países en la creación, el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades requeridas, de acuerdo a lo estipulado en el RSI (2005);
- g) Continúe promoviendo y apoyando la participación activa de los sistemas regionales de integración en torno a la elaboración y la ejecución de planes

subregionales y regionales para las actividades relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional.

(Octava reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R14 Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres* (documento CSP27/12), y consciente del beneficio de mancomunar las fuerzas para reducir los riesgos de los desastres sanitarios;

Considerando que el 45.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (2004) aprobó la resolución CD45.R8, por la cual insta a los Estados Miembros a que adopten el lema “Hospitales seguros frente a los desastres” como una política nacional de reducción de riesgos y que 168 países adoptaron la misma meta en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres como una de las acciones prioritarias que habrán de ejecutarse para 2015;

Consciente de que, según los datos proporcionados por los Estados Miembros de la OPS/OMS, 67% de sus establecimientos de salud están ubicados en zonas de riesgo de desastres y de que en el último decenio casi 24 millones de personas en las Américas quedaron sin atención de salud durante meses, y a veces años, debido a los daños causados directamente a los establecimientos de salud por un desastre;

Teniendo en cuenta que el trastorno funcional es la principal causa de falta de servicio de los hospitales después de un desastre y que el acceso a los servicios de salud es una necesidad primordial cuando se busca salvar vidas, en particular durante las situaciones de emergencia, y es la principal responsabilidad del sector de la salud y forma parte de las Funciones Esenciales de Salud Pública;

Considerando que la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) decidió organizar en 2008 y 2009 la campaña mundial de hospitales seguros, como ejemplo de una entidad compleja que requiere colaboración de todos los sectores, incluidas las instituciones financieras, con el fin de que los hospitales tengan capacidad de recuperación ante los desastres, y que la Organización Mundial de la Salud es la entidad técnica encargada de la campaña, y

Con el fin de reducir considerablemente el riesgo de desastres en la Región y teniendo en cuenta que la campaña de hospitales seguros contribuirá en gran medida a lograr la seguridad integral de los hospitales, incluida la seguridad de los pacientes y del personal sanitario,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Procuren que una entidad específica en cada ministerio de salud asuma la responsabilidad de elaborar un programa de reducción de riesgos de los desastres;
 - b) Apoyen activamente la campaña mundial de hospitales seguros de la EIRD 2008-2009, mediante:
 - El establecimiento de alianzas con interesados directos dentro y fuera del sector de la salud, tales como organizaciones nacionales de manejo de desastres, planificación, instituciones financieras nacionales e internacionales, universidades, centros científicos y de investigación, autoridades locales, comunidades, y otros colaboradores clave;
 - El intercambio y la aplicación de las mejores prácticas para lograr progresos prácticos e importantes de la iniciativa sobre los hospitales seguros a nivel de país;
 - El fomento de la evaluación de los establecimientos sanitarios existentes y de sus posibles vulnerabilidades ante los desastres, a fin de elaborar planes a largo plazo que permitan eliminarlas;
 - La construcción de todos los hospitales nuevos con un grado de protección que les permita seguir funcionando en situaciones de desastre y la aplicación de medidas de mitigación apropiadas para reforzar los establecimientos de salud existentes;
 - c) Elaboren políticas nacionales sobre los hospitales seguros, adopten las normas y patrones nacionales e internacionales adecuados y vigilen la seguridad de la red de establecimientos de salud;
 - d) Promuevan la inclusión de la reducción de los riesgos como parte del proceso de certificación de los establecimientos sanitarios.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) Elabore herramientas nuevas para evaluar las probabilidades de que los establecimientos de salud sigan funcionando durante y después de un desastre y ayude a los Estados Miembros a aplicarlas;

- b) Apoye a los países para que documenten y compartan las mejores prácticas y puedan de este modo llevar adelante la iniciativa sobre los hospitales seguros;
- c) Promueva y fortalezca la coordinación y cooperación con los organismos regionales y subregionales relacionados con el tema de desastres.

(Octava reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R15 Prevención y control del dengue en las Américas

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora sobre la prevención y control del dengue en las Américas: enfoque integrado y experiencia adquirida (documento CSP27/15);

Considerando los esfuerzos de los países de la Región para la prevención y el control del dengue y en seguimiento a las resoluciones CD43.R4 y CD44.R9 del Consejo Directivo de la OPS para la elaboración y aplicación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue), la cual presenta un modelo de trabajo para reducir la morbilidad y la mortalidad generada por los brotes y epidemias de dengue;

Reconociendo que los recientes brotes de dengue y la complejidad de la situación epidemiológica alertan sobre los macrofactores condicionantes de la transmisión, tales como la pobreza, los cambios climáticos, las migraciones, y la urbanización sin control ni planificación, con el consecuente aumento en el número de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, principal vector transmisor del virus del dengue, y

Teniendo en cuenta que los alentadores avances y esfuerzos de los países para combatir el dengue en la Región son aún insuficientes y que el propio proceso de aplicación de la EGI-dengue ha permitido identificar debilidades y amenazas que obligan a continuar analizando el asunto del dengue en toda su dimensión, magnitud y complejidad,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Trabajen para enfrentar las debilidades y amenazas identificadas por cada país en el proceso de elaboración de la EGI-dengue a fin de alcanzar los resultados esperados con la implementación de las estrategias nacionales;

- b) Identifiquen y movilicen recursos financieros para impulsar la ejecución de las estrategias nacionales;
 - c) Fortalezcan de manera prioritaria la red asistencial para la atención oportuna y adecuada a pacientes con cuadros graves de dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue, a fin de evitar las muertes por dengue;
 - d) Promuevan políticas públicas intersectoriales para controlar los macrofactores determinantes de la transmisión del dengue, prestando especial atención al fortalecimiento de la planificación urbana, reducción de la pobreza, y un inadecuado saneamiento ambiental (agua, basura), para prevenir de manera sostenible el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores;
 - e) Procuren el monitoreo y evaluación sistemáticos de la implementación de las EGI-dengue nacionales y regionales que permitirán dar continuidad a las acciones e incorporar nuevas herramientas de control;
 - f) Evalúen la evidencia sobre la magnitud del problema representado por los neumáticos en desuso y los depósitos de plásticos inservibles que podrían plantear un problema creciente como posibles criaderos del mosquito vector del dengue, y fomenten alianzas entre los gobiernos y la industria privada para la búsqueda de soluciones;
 - g) Destinen más recursos financieros específicos, según corresponda, para fortalecer las capacidades técnicas y los procesos de formación de recursos humanos en áreas desatendidas, como la entomología y la comunicación social para el desarrollo;
 - h) Impulsen la investigación científica sobre nuevas herramientas técnicas y la evaluación permanente de las existentes para lograr el mayor impacto en la prevención y control del dengue;
 - i) Aprovechen la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la detección oportuna de casos y el diagnóstico temprano.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Fortalezca la cooperación técnica entre los Estados Miembros para detener la propagación del dengue en la Región y reducir la carga social, económica y política que el dengue impone;
 - b) Apoye las alianzas estratégicas intersectoriales y la convocatoria a socios financieros internacionales en apoyo a la ejecución y evaluación de la Estrategia

de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en todos los países y subregiones de las Américas, buscando reducir la transmisión;

- c) Promueva la preparación de un plan regional para la respuesta oportuna a los brotes y epidemias de dengue, que han venido incrementándose en años recientes en los países de las Américas.

(Octava reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R16 Nombramiento del auditor externo

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP27/21 y satisfecha de que se ha seguido el procedimiento establecido por el 47.º Consejo Directivo en el 2006 (documento CD47/25) para solicitar la presentación de ofertas de auditores externos calificados de prestigio internacional que pudieran considerarse candidatos para el nombramiento como Auditor Externo de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud, y

Observando que la Oficina recibió una candidatura válida, del Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte,

RESUELVE:

Nombrar a la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido como Auditor Externo de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud para los ejercicios financieros de 2008-2009 y 2010-2011.

(Octava reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R17 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la revisión de los sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal, en vigor a partir del 1 de enero de 2007;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 140.ª sesión de ajustar los sueldos de la Directora Adjunta y de la Subdirectora de la Oficina Sanitaria Panamericana, y

Teniendo en cuenta la recomendación del Comité Ejecutivo con respecto al sueldo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2007, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 185.874 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$133.818 (con familiares a cargo) o \$120.429 (sin familiares a cargo).

(Octava reunión plenaria, 4 de octubre de 2007)

CSP27.R18 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre la introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) (documento CSP27/17) propuesta por la Directora,

RESUELVE:

1. Respalda la introducción de las IPSAS por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2. Reconocer que la aplicación de las IPSAS contribuirá a acrecentar la transparencia en la gestión orientada a la consecución de resultados.
3. Tomar nota de que las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) se han modificado para permitir la introducción gradual de las IPSAS en cada agencia hasta que se apliquen plenamente en 2010.
4. Tomar nota también de que la Directora someterá a la consideración de los Cuerpos Directivos, en sesiones futuras, las propuestas para modificar el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras como resultado de la adopción de las IPSAS.
5. Reconocer que la aplicación de las IPSAS requerirá recursos financieros, los cuales se incluirán en el presupuesto bienal por programas de la OPS a partir del ejercicio 2008-2009.

(Novena reunión plenaria, 5 de octubre de 2007)

CSP27.R19 Fondo maestro de inversiones de capital

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la propuesta de crear el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CSP27/18) y consciente de la necesidad de planificar adecuadamente y prever el financiamiento del mantenimiento y las reparaciones de los edificios de oficinas de la OPS y el reemplazo sistemático del equipo informático y de telecomunicaciones, el software y los sistemas para apoyar la infraestructura de tecnología de la información de la Organización,

RESUELVE:

1. Establecer el Fondo Maestro de Inversiones de Capital con dos fondos subsidiarios: el de Bienes Inmuebles y Equipo, y el de Tecnología de la Información, en sustitución del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y del Fondo de Bienes de Capital, a partir del 1 de enero del 2008;
2. Establecer un límite máximo de US\$ 2,0 millones para el fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo y de \$6,0 millones para el fondo subsidiario de Tecnología de la Información;
3. Financiar el Fondo Maestro de Inversiones de Capital de la siguiente manera:
 - a) Una capitalización inicial hasta el límite máximo autorizado de \$8,0 millones de los siguientes recursos:
 - Los saldos respectivos al 1 de enero del 2008 en el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y el Fondo de Bienes de Capital;
 - El excedente de los ingresos sobre los gastos de los fondos ordinarios del presupuesto por programas al concluir el ejercicio financiero 2006-2007.
 - b) A partir del cierre del bienio 2008-2009, la reposición del Fondo Maestro de Inversiones de Capital procederá de:
 - Los ingresos anuales del alquiler de los locales y terrenos de la Organización, que se acreditarán al fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo;
 - Hasta \$2,0 millones del excedente de los ingresos sobre los gastos de los fondos ordinarios del presupuesto por programas con notificación al Comité Ejecutivo;
 - La reposición que sobrepase los \$2,0 millones por bienio con aprobación del Comité Ejecutivo.

4. Adoptar los siguientes lineamientos para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital:
 - a) Cada fondo subsidiario será distinto y separado, y no se harán transferencias entre ellos.
 - b) El fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo financiará las renovaciones y reparaciones de los proyectos que excedan de \$15.000 en los locales proporcionados por los Estados Miembros donde la OPS tenga la responsabilidad, según el convenio bilateral, de efectuar las reparaciones y renovaciones principales; en los espacios de oficina alquilados por la OPS; y en los espacios de oficina o edificios que sean propiedad de la OPS.
 - c) El fondo subsidiario de Tecnología de la Información proporcionará el financiamiento para la sustitución sistemática del cableado y los artículos relacionados con la infraestructura, el equipo de telecomunicaciones, el equipo informático y el software en los locales proporcionados por los Estados Miembros a la OPS, en el espacio comercial de oficinas alquilado por la OPS y en el espacio de oficina o los edificios que sean propiedad de la OPS.
 - d) La Oficina preparará las proyecciones de costos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital para el próximo período de 10 años, teniendo en cuenta los ciclos de mantenimiento, reparación y sustitución adecuados.

(Novena reunión plenaria, 5 de octubre de 2007)

Decisiones

CSP27(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Guyana, Honduras y Ecuador para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre del 2007)

CSP27(D2) Elección de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno, la Conferencia eligió a Chile para ocupar la Presidencia, a la República Dominicana y Suriname para las

Vicepresidencias y a los Estados Unidos de América para la Relatoría de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre del 2007)

CSP27(D3) Adopción del orden del día

La Conferencia aprobó el orden del día provisional contenido en el documento CSP27/1, sin cambios. La Conferencia también aprobó un programa de reuniones (documento CSP27/WP/1, Rev.1).

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre del 2007)

CSP27(D4) Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

De conformidad con el Artículo 35 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a Belice, Bolivia y Canadá integrantes del Grupo de Trabajo para Estudiar la Aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre del 2007)

CSP27(D5) Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a Cuba, Guatemala y México para integrar la Comisión General.

(Primera reunión plenaria, 1 de octubre del 2007)

CSP27(D6) Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS

La Conferencia seleccionó a Costa Rica para que designe a un participante en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS con un mandato de tres años a partir del 1 de enero del 2008.

(Quinta reunión plenaria, 3 de octubre del 2007)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta de la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos.

HECHO en Washington, D.C., al quinto día del mes de octubre del año dos mil siete. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

María Soledad Barría
Delegada de Chile
Presidenta de la 27^a Conferencia
Sanitaria Panamericana

Mirta Roses Periago
Directora de la Oficina Sanitaria
Panamericana
Secretaria *ex officio* de la 27^a Conferencia
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
- 2.6 Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

- 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- 3.2 Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - a) Informe Quinquenal 2003-2007 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - b) Salud en las Américas
- 3.3 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
- 3.4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Proyecto de plan estratégico 2008-2012
- 4.2 Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009
- 4.3 Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
- 4.4 Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados
- 4.5 Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
- 4.6 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015
- 4.7 Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional
- 4.8 Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres
- 4.9 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas
- 4.10 Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 4.11 Prevención y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas
- 4.12 Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público
- 5.2 Fondo Maestro de Inversiones de Capital
- 5.3 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.4 Informe financiero parcial del Director para 2006
- 5.5 Informe sobre las actividades de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna
- 5.6 Nombramiento del Auditor Externo
- 5.7 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

6. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

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

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración 2007
- 7.2 Premio Abraham Horwitz al liderazgo en Salud Interamericana 2007
- 7.3 Premio de Bioética Manuel Velasco-Suárez 2007

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

8.1 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud

8.2 Resoluciones y otras acciones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento oficial 326	Informe financiero parcial del Director para 2006
Documento oficial 327	Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009
Documento oficial 328	Proyecto de plan estratégico 2008-2012
Documento oficial 329	Informe Quinquenal 2003-2007 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
Publicación científica y técnica 622	Salud en las Américas

Informe final

CSP27/PFR	Informe final preliminar
-----------	--------------------------

Documentos de trabajo

CSP27/1, Rev. 2	Orden del día
CSP27/2, Rev. 2	Lista de participantes
CSP27/3	Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana
CSP27/4	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CSP27/5	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CSP27/6, Rev. 1	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Cuba y Venezuela
CSP27/7	Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados

Documentos de trabajo (*cont.*)

CSP27/8	Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados
CSP27/9	Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
CSP27/10	Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015
CSP27/11	Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional
CSP27/11, Add. I	Orden del día provisional: Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional
CSP27/11, Add. II	Informe Final - Mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI (2005))
CSP27/12	Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres
CSP27/13	Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas
CSP27/14	Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CSP27/15	Prevención y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas
CSP27/16	Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente
CSP27/17	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público

Documentos de trabajo (*cont.*)

CSP27/18	Fondo maestro de inversiones de capital
CSP27/19	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CSP27/19, Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CSP27/19, Add. II	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CSP27/20	Informe sobre las actividades de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna
CSP27/21	Nombramiento del Auditor Externo
CSP27/22	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CSP27/23	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) al haber concluido el mandato de Cuba
CSP27/24	Premio OPS en Administración 2007
CSP27/25	Premio Abraham Horwitz al liderazgo en Salud Interamericana 2007
CSP27/26	Premio de Bioética Manuel Velasco-Suárez 2007

Documentos de información

- CSP27/INF/1 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- CSP27/INF/2 Resoluciones y otras acciones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional

Documentos diversos

- CSP27/DIV/1 Información para los Delegados
- CSP27/DIV/2 Palabras de bienvenida de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, la Dra. Mirta Roses Periago
- CSP27/DIV/3 Palabras de bienvenida en nombre del país anfitrión por el Secretario de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, el Sr. Mike Levitt (en inglés)
- CSP27/DIV/4 Palabras del Coordinador Nacional y Enviado Especial para las Américas, V Cumbre de las Américas, Emb. Luis Alberto Rodríguez (en inglés)
- CSP27/DIV/5 Palabras del Director Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, Sr. Nils Kastberg
- CSP27/DIV/6 Alocución del Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, Emb. Albert Ramdín (en inglés)
- CSP27/DIV/7 Alocución del la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Margaret Chan
- CSP27/DIV/8 Discurso de aceptación de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dra. Mirta Roses Periago

Documentos diversos (*cont.*)

- CSP27/DIV/9 Discurso del ganador del Premio OPS en Administración 2007, Dr. Armando Mariano Reale
- CSP27/DIV/10 Discurso de la ganadora del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana 2007, Dra. María Cristina Escobar Fritzsche
- CSP27/DIV/11 Discurso del ganador del Premio de Bioética Manuel Velasco-Suárez 2007, Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
- CSP27/DIV/12 Discurso de la primera Dama de la Republica Dominicana, Dra. Margarita Cedeño de Fernández, sobre la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Member States
Estados Miembros**

***Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda***

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

Delegates – Delegados

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

Ms. Anne Marie Layne
Minister Counselor
Permanent Mission of Antigua and Barbuda to the
Organization of American States
Washington D.C.

Argentina

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Argentina (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud Pública de Tucumán
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Tucumán

Alternates – Alternos

Lic. Sebastián Tobar
Director, Coordinación de Relaciones Sanitarias
Internacionales
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Dr. Fernando Gore
Ministro de Salud Pública y Seguridad
Social de Neuquén
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Neuquén

Dra. Graciela Di Perna
Secretaria de Salud Pública de Chubut
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Chubut

Sra. Rosa Delia Gómez Durán
Representante Alterna de Argentina
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Argentina (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sr. Sebastián Molteni
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 and Social Development
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

Mrs. Barbara Burrows
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

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

Alternates – Alternos

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

Member States (*cont.*)
Estados Miembros (*cont.*)

Bahamas (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Dr. Calae Dorsett-Henry
Acting Medical Staff Coordinator
Ministry of Health and Social Development
Nassau

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

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

Mr. Eugene Tochon Newry
First Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Mrs. Monique Vanderpool
Second Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Ms. Charice Rolle
Second Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Bahamas (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

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

Mr. Chet Neymour
Counsellor
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C

Mr. Eugene Torchon-Newry
First Secretary
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C

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

Ms. Monique Vanderpool
Second Secretary
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Barbados

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Jerome X. Walcott
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

His Excellency Mr. Michael King
Ambassador
Permanent Representative of Barbados to
the Organization of the American States
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Dr. Erwin Arthur Phillips
Clinical Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

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

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Belize

Belice

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Polanco
Director of Health Services
Ministry of Health, Local Government,
Transport and Communications
Belmopan City

Bolivia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Germán Crespo
Director de Cooperación Externa
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

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

Alternates – Alternos

Dra. Janette Vidaurre
Coordinadora de Relaciones Internacionales
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Bolivia (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sra. Erica Dueñas
Consejera
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Brazil
Brasil

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Alternates – Alternos

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar
Conselheiro
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Daniel Ferreira
Representante Alterno do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Canada
Canadá

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Tony Clement
Minister of Health
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Susan Vinet
Associate Deputy Minister of Health
Ministry of Health
Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Canada (cont.)

Canadá (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Carolina Seward Smith
Policy Analyst
PAHO/Americas, International
Affairs Directorate
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Mr. Robert Clarke
Assistant Deputy Minister
Office of the Deputy Public Chief Health Officer
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

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

Ms. Lisa Hrynuik
Manager
Development and Partnerships Division
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Mrs Hélène Valentini
Coordinator of International Cooperation
National Institute of Public Health
Quebec

Member States (*cont.*)
Estados Miembros (*cont.*)

Canada (*cont.*)

Canadá (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Mr. Jim Millar

Chief of Program Delivery
Health and Social Services
Government of Nova Scotia
Halifax

Ms. Nathalie Brinck

Health Specialist
Canadian International Development Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Basia Manitius

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

Chile

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Soledad Barría

Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Chile (cont.)

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente de Chile
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Sra. Natalia Meta Buscaglia
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Pedro Crocco
Jefe, División de Prevención y Control
de Enfermedades
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Luis Petit-Laurent
Secretario, Misión Permanente de Chile ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Colombia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísimo Sr. Camilo Ospina
Embajador, Representante Permanente de Colombia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

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

Costa Rica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Cuba

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Cuba (cont.)

Delegate – Delegado

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

Sr. Dagoberto Rodríguez Barrera
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Gerardo Millán
Primer Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses
Washington, D.C.

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

Dominica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Government Headquarters
Roseau

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Dominican Republic
República Dominicana

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Bautista Rojas Gómez
Subsecretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Dra. Tirsis Quezada
Asistente Técnica del Despacho
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Ecuador

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Caroline Chang
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Efrén A. Cocíos
Embajador de Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Ecuador (cont.)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Sr. Mariuxi Vera Vera
Asistente de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Dr. Jorge Icaza
Representante Alterno
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José María Borja
Ministro
Representante Alterno
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

El Salvador

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

El Salvador

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Alcides Urbina
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
San Salvador

Sra. Carolina Sánchez
Consejera
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

France
Francia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Georges Vaugier
Ambassadeur, Observateur permanent de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mme Elizabeth Connes-Roux
Observatrice permanente adjointe de la France près
de l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

France (cont.)
Francia (cont.)

Alternate – Alterno

M. Dominique Maison
Ingénieur du génie sanitaire
Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Guyane

Grenada
Granada

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Ms. Patricia Clarke
Alternate Delegate, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Yolanda Smith
Alternate Delegate, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Guatemala

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Alfredo Privado
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

Sra. Dra. Amelia Flores González
Viceministra Técnica de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Lic. Ana Cristina Ramírez Arias
Asesora Financiera
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternates – Alternos

Dr. Juan Carlos Castro Quiñónez
Asesor del Ministro
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Excelentísimo Sr. Francisco Villagrán
Embajador, Representante Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (*cont.*)
Estados Miembros (*cont.*)

Guatemala (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Lic. Rita Claverie de Sciolli
Ministro Consejero
Misión Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Jorge Contreras
Primer Secretario, Misión Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Guyana

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Haiti

Haití

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Robert Auguste
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Haiti (cont.)

Haití (cont.)

Delegates – Delegados

Dr Gadner Michaud
Directeur général
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

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

Alternate – Alterno

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

Honduras

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jenny Meza Paguada
Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Honduras (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Carlos Sosa Coello
Embajador Extraordinario y Plenipotenciario
Misión Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Leslie Martínez
Representante Alterna
Misión Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Jamaica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

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

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Lic. Mauricio Bailón González
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Lic. Andrés Torres Scott
Director de Coordinación Institucional para
la Salud del Migrante
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Sr. Héctor Alfredo Rangel Gómez
Primer Secretario, Misión Permanente de México
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Embajador Eleazar Ruiz Ávila
Secretario Ejecutivo
Comisión Fronteriza México-Estados Unidos
México, D.F.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Netherlands
Países Bajos

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Joan A. Berkel
State Secretary of Health
Ministry of Education, Public Health
and Social Development
Curaçao

Delegate – Delegado

Mr. Norberto Vieira-Ribeiro
Minister Plenipotentiary
Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Nicaragua

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Maritza Cuan Machado
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

Dr. Juan J. Amador Velásquez
Director General de Vigilancia para la Salud Pública
Ministerio de Salud
Managua

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Nicaragua (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Lic. Denis R. Moncada Colindres
Representante Permanente
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

Alternates – Alternos

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

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

Panama
Panamá

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Rosario Turner
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Panama (cont.)

Panamá (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Cirilo Lawson
Director General de Salud Pública
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Ilonka Pusztay
Directora
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates – Alternos

Sra. Sandra Sotillo
Directora de Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Daniel Espinoza
Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Samuel Tejada
Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Paraguay

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Norma Duré de Bordón
Viceministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Director General de Planificación
y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sra. Sonia Quiroga
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Paraguay ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Peru
Perú

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísimo Sr. Antero Florez Araoz
Embajador, Representante Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Peru (cont.)
Perú (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Alejandro Riveros
Ministro, Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Saint Kitts and Nevis
Saint Kitts y Nevis

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Andrew Skerritt
Health Planner
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Dr. Izben C. Willians
Ambassador
Embassy and Permanent Mission
of St. Kitts and Nevis
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Saint Lucia
Santa Lucía

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Stephen James King
Medical Advisor
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Dr. Josiah Rambally
Chief Medical Officer
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Alternate – Alterno

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Saint Vincent and the Grenadines
San Vicente y las Granadinas

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. La Celia A. Prince
Minister Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Mr. Frank Montgomery Clarke
Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Suriname

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Suriname (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Rohit Doon
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Her Excellency Ms. Marina Valere
Ambassador Extraordinary and
Plenipotentiary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Trinidad and Tobago (cont.)
Trinidad y Tabago (cont.)

Alternate – Alterno

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

United Kingdom
Reino Unido

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Hon. Anthony S. Eden, OBE, J.P.
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Cayman Islands

Mr. Alfonso Wright
Deputy Speaker and Member of the Legislative
Assembly for the District of George Town
Cayman Islands

Member States (*cont.*)
Estados Miembros (*cont.*)

United Kingdom (*cont.*)
Reino Unido (*cont.*)

Alternates – Alternos

Mr. Leonard Dilbert JP
Deputy Chief Officer
Health and Human Services Department
Cayman Islands

Dr. A. Kiran Kumar
Acting Chief Medical Officer
Health and Human Services Department
Cayman Islands

Hon. Evans McNiel Rogers
Minister of Health and Social Development
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Dr. Lynrod Brooks
Health Planner
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Hon. Dr. John Osborne
Minister of Health and Community Services
Ministry of Health and Community Services
Montserrat

Ms. Judith Jeffers
Assistant Secretary
Ministry of Health and Community Services
Montserrat

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

United States of America
Estados Unidos de América

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Michael O. Leavitt
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. William Steiger
Assistant to the Secretary for International Affairs
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.

Alternates – Alternos

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

Ms. Rosaly Correa de Araujo
Director, Americas Region
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

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

Dr. Erik Janowsky
Population, Health and Nutrition Team Leader
Latin American and Caribbean Bureau
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Michael W. Miller
Senior Advisor for Health Diplomacy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Margaret Jones
International Affairs Advisor
Avian Influenza Action Group
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Mr. David Silverman
Assistant Summit Coordinator
Office of Regional Economic Policy and
Summit Coordination
Bureau of Western Hemisphere
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Elizabeth Yuan
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Uruguay

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Venezuela

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Dra. July Cermeño
Director General de Epidemiología y
Análisis Estratégico
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Member States (cont.)
Estados Miembros (cont.)

Venezuela (cont.)

Delegate – Delegado (cont.)

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

Associate Members
Miembros Asociados

Puerto Rico

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

Observer States
Estados Observadores

Spain
España

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

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

Spain (cont.)
España (cont.)

Sra. Elena Martín-Asín
Subdirectora General Adjunta de
Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sra. Natividad Nalda
Jefa de Servicio de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Special Guests
Invitados Especiales

Excelentísima Dra. Margarita Cedeño de Fernández
Primera Dama
República Dominicana

Dr. Camilo Alleyne
Presidente del Grupo de Trabajo sobre
la Agenda de Salud
Panamá

Dr. Luis Alberto Rodriguez
National Coordinator and Special Envoy
to the Americas
V Summit of the Americas

**Representatives of the Executive Committee
Representantes del Comité Ejecutivo**

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's, Antigua and Barbuda

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

**Award Winners
Ganadores de los Premios**

***PAHO Award for Administration 2007
Premio OPS en Administración 2007***

Dr. Armando Mariano Reale
Argentina

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

Dr. María Cristina Escobar
Chile

***Manuel Velasco-Suárez Award in Bioethics 2007
Premio Manuel Velasco-Suárez en Bioética 2007***

Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
Mexico

**United Nations and Specialized Agencies
Naciones Unidas y Agencias Especializadas**

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

Mr. Nils Kastberg
Ms. Jean Gough

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

***Andrés Bello Agreement
Convenio Andrés Bello***

Dr. Elmer Escobar

***Caribbean Community
Comunidad del Caribe***

Dr. Edward Greene
Dr. Rudolph O. Cummings

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

Mr. Fernando Flores
Ms. Inés Bustillo

***Hipólito Unanue Agreement
Convenio Hipólito Unanue***

Dr. Patricio Yépez

Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Andre Medici
Dr. Wolfgang Munar

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

Dr. James Butler
Sr. Christopher Hansen

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Amb. Albert R. Ramdin

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

American Society for Microbiology
Sociedad Interamericana de Microbiología

Ms. Lily Schuermann
Ms. Lynée M Galley

American Nurses Association
Asociación Americana de Enfermeras

Ms. Linda Stierle

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

Global Health Council
Consejo Mundial de Salud

Ms. Nasima Hossain
Mr. Cosmin Florescu

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

Ing. Julio Suero Marranzini

International Catholic Committee of Nurses and Medical-Social Assistants
Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médico-Sociales

Ms. Joan Doherty

International Commission on Occupational Health
Comisión Internacional de Salud Ocupacional

Dr. Marilyn Fingerhut

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

Dr. Eduardo Pretell
Mr. David Haxton

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

Mr. Richard Kjeldgaard
Mr. Corry Jacobs
Ms. Amy Jackson
Mr. Paul Davies

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (cont.)
Federación Internacional de la Industria del Medicamento (cont.)

Mr. Henry Pistell
Ms. Susan Crowley
Ms. Tiffany Atwell
Ms. Evelyn Boyd Simmons

International Society of Radiographers and Radiological Technologists
Sociedad Internacional de Radiógrafos y Técnicos de Radiología

Mrs. Patricia Johnson

Latin American and Caribbean Association of Public Health Education
Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública

Dr. Edgar C. Jarillo Soto

Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Sr. Norberto Larroca

Medical Women's International Association
Asociación Internacional de las Mujeres Médicas

Dr. Jean L. Fourcroy

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

National Institute for Occupational Safety and Health
Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional

Ms. Jane Hingston

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

Mr. Kiran Surage

The National Alliance for Hispanic Health
La Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

US Pharmacopeia

Dr. Victor Pribluda

World Association for Sexual Health
Asociación Mundial para la Salud Sexual

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles

Mr. Eli Coleman

Ms. Esther Corona

World Self-Medication Industry
Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Lic. Héctor Bolaños

**World Health Organization
Organización Mundial de la Salud**

Dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Dr. Bill Kean
Director, Governing Bodies
Geneva

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

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

Dr. Mirta Roses Periago

*Advisers to the Director
Asesores de la Directora*

Dr. Cristina Beato
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director
Subdirectora

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