



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO

61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

CD49/FR (Esp.)
2 de octubre del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	6
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	6
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	7
Adopción del orden del día.....	7
Establecimiento de la Comisión General.....	7
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	7
Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago y Uruguay.....	10
Asuntos relativos a la política de los programas	
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011	10
Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)	14
Nueva escala de cuotas	15
Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable	16
Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	18
Política de investigación para la salud.....	21
Estrategia y plan de acción sobre salud mental	23
Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes.....	25
Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género	27
Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos.....	30
Salud y turismo	31
Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud.....	33
Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	36
Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).....	37
Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables	39
Salud familiar y comunitaria.....	40

CONTENIDO (cont.)

Página

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

El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas	43
Mesa redonda sobre hospitales seguros	46
Debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	48

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas	49
Informe financiero parcial del Director para 2008	50
Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.....	52
Propuesta de creación de un Comité de Auditoría.....	53
Sueldo del Director y Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	54

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos o 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 del Brasil.....	54
Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México.....	55
Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	55

Premios

Premio OPS en Administración 2009	55
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2009	56
Reconocimiento de los Campeones de la Salud de la OPS	56
Establecimiento del Premio Sérgio Arouca a la Excelencia en Salud Pública	57

Asuntos de información general

Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión	57
---	----

CONTENIDO (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos: Reglamento Sanitario Internacional (<i>incluye el informe sobre la pandemia [H1N1] 2009</i>).....	60
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	64
Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros	66
Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS).....	66
Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	67
Clausura de la sesión	68
Resoluciones y decisiones	68
Resoluciones	
CD49.R1 Modificaciones del Reglamento Financiero	68
CD49.R2 Creación del Comité de Auditoría de la OPS	81
CD49.R3 Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado	86
CD49.R4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago, y Uruguay	87
CD49.R5 Establecimiento de un nuevo marco institucional para el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	88
CD49.R6 Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	98
CD49.R7 Nueva escala de cuotas para el período presupuestario 2010-2011	99
CD49.R8 Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011	101
CD49.R9 Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011	105
CD49.R10 Política de investigación para la salud	108
CD49.R11 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables	112
CD49.R12 Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género	114
CD49.R13 Salud familiar y comunitaria.....	116
CD49.R14 Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes.....	118

CONTENIDO (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CD49.R15	Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable	123
CD49.R16	Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	126
CD49.R17	Estrategia y plan de acción sobre salud mental	149
CD49.R18	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos	151
CD49.R19	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	154
CD49.R20	Salud y turismo	166
CD49.R21	Sueldo del Director y modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	168
CD49.R22	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud.....	169

Decisiones

CD49(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	172
CD49(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva.....	172
CD49(D3)	Adopción del orden del día.....	172
CD49(D4)	Establecimiento de la Comisión General.....	172
CD49(D5)	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS al haber concluido el mandato del Brasil	173
CD49(D6)	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México	173

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. El 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. El orden del día y la lista de participantes figuran en los anexos A y C, respectivamente.

2. El doctor José Gomes Temporão (Brasil, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana), el señor Héctor Salazar Sánchez (Asesor Jefe del Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo), el señor Albert Ramdin (Subsecretario General de la Organización de los Estados Americanos), la doctora Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud) y la excelentísima señora Kathleen Sebelius (Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales, Estados Unidos de América, país anfitrión). El texto de los discursos (documentos CD49/DIV/1 a 6) pueden encontrarse en el sitio web del 49.º Consejo Directivo:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Belice, Brasil y Costa Rica para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CD49[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno, el Consejo eligió a los siguientes integrantes de la Mesa Directiva (decisión CD49[D2]) :

<i>Presidencia:</i>	Paraguay	(Dra. Esperanza Martínez)
<i>Vicepresidencia:</i>	Dominica	(Exmo. Sr. John Fabien)
<i>Vicepresidencia:</i>	Nicaragua	(Dr. Guillermo González)
<i>Relatoría:</i>	República Dominicana	(Dr. Bautista Rojas Gómez)

5. La Directora fue la Secretaria *ex officio* y el doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, Oficina Sanitaria Panamericana) actuó como Secretario Técnico.

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

6. La Presidenta anunció que no sería necesario establecer un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, habida cuenta que ningún Estado Miembro estaba sujeto actualmente a las restricciones al voto estipuladas en dicho artículo.

Adopción del orden del día (documento CD49/1, Rev. 1)

7. El Consejo adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CD49/1, Rev. 1, sin cambios (decisión CD49[D3]). El Consejo también adoptó el programa de reuniones (documento CD49/WP/1, Rev.1).

Establecimiento de la Comisión General

8. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, el Consejo nombró a Canadá, Cuba y los Estados Unidos de América para integrar la Comisión General (decisión CD49[D4]).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CD49/2)

9. La doctora María Julia Muñoz (Uruguay, Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración entre septiembre del 2008 y septiembre del 2009, subrayando los temas que el Comité había examinado pero que no se habían sometido a la consideración del 49.º Consejo Directivo y acotó que informaría sobre otros temas a medida que fueran abordados por el Consejo. Entre los temas que no se habían sometido a la consideración del Consejo se encontraban el de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS, el Informe Anual de la Oficina de Ética, un informe sobre los proyectos que utilizan ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo, modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la intervención de un representante de la Asociación de Personal de la OSP y el Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS y el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS modificado. Los detalles de los debates

y las medidas tomadas acerca de esos temas pueden encontrarse en el informe final de la 144.^a sesión (documento CE144/FR).

10. El Consejo agradeció a los integrantes del Comité su labor y tomó nota del informe.

Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD49/3, Rev. 1)

11. Tras la proyección de un video que proporcionó un panorama de las iniciativas de salud llevadas a cabo en diversos países de la Región durante el año anterior, la Directora presentó su Informe Anual, cuyo tema fue “Hacia la salud para todos: Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas”. Puso de relieve algunas de las maneras en que la OPS está apoyando los esfuerzos de los Estados Miembros para fortalecer sus sistemas de salud, mejorar los resultados de salud y reducir las inequidades de salud mediante la aplicación de los métodos de la atención primaria de salud (APS). Recordó que en el 2003, en el 25.^o aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud, los Estados Miembros habían hecho un llamamiento a la renovación de la estrategia de atención primaria de salud. Desde entonces, la OPS había estado promoviendo la atención primaria de salud como la mejor forma de alcanzar la meta de salud para todos.

12. En el informe se citaban numerosos ejemplos de países de la Región que han demostrado que los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en verdad resultaron eficaces para mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud. También incluía ejemplos de cómo la OPS había colaborado con los Estados Miembros en el establecimiento de esos sistemas mediante la cooperación técnica en cuatro esferas principales, a saber: ampliación del acceso a la atención de salud, creación de servicios de salud centrados en las personas, promoción de la política pública para la salud y fortalecimiento del liderazgo en materia salud. La Organización también había promovido y prestado cooperación técnica para la inclusión de los métodos de la atención primaria de salud en los programas de acción sanitaria de los diversos grupos de integración subregional (la Comunidad del Caribe, MERCOSUR y otros), en las iniciativas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como en otras iniciativas mundiales destinadas al fortalecimiento de los sistemas de salud.

13. En el último capítulo del informe se subrayaban los retos que todavía había que superar para brindar acceso a la atención de salud a los 125 millones de personas de la Región que carecían de estos servicios y para lograr la meta de salud para todos, retos que se habían multiplicado debido a la crisis financiera actual y al alza de los precios de los alimentos y el combustible. Ante esos retos, la OPS seguiría abogando por la atención

primaria de salud y preconizaría la inversión sostenida en salud como una medida anticíclica que pudiera ayudar a mitigar las consecuencias de la crisis y a salvaguardar los logros que ya se han alcanzado en materia de salud.

14. El Consejo Directivo elogió el informe y felicitó a la Directora por los logros del año anterior. Para procurar que la OPS pudiera seguir desempeñando su función clave como primera institución de salud en la Región, se instó a la Organización a que continuara sus esfuerzos destinados a mejorar la eficiencia y la eficacia de sus actividades y a fortalecer la responsabilización y la gestión orientada a la consecución de resultados. Varios delegados expresaron su agradecimiento por el liderazgo y el apoyo técnico de la OPS en la respuesta regional a la gripe pandémica (H1N1) 2009. Los delegados también apoyaron firmemente la estrategia de atención primaria de salud y subrayaron la importancia de garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de salud. Se señaló que, si bien se habían logrado avances en ese sentido, todavía seguía existiendo una desigualdad considerable en el acceso a los servicios de salud y en el estado de salud. Los delegados subrayaron la importancia de utilizar con mayor eficacia los recursos disponibles, en especial en el clima económico actual, y señalaron que la crisis económica, aunada a la gripe pandémica (H1N1) 2009, había exacerbado la situación de las poblaciones pobres y vulnerables de la Región y aumentado la demanda de servicios de salud pública.

15. Se puso de relieve la importancia de las redes integradas para la prestación de servicios de salud a fin de ampliar el acceso a los servicios y se encomió el trabajo de la OPS en esa esfera, así como su apoyo a la capacitación del personal de salud en los Estados Miembros. Varios delegados describieron las iniciativas emprendidas en sus respectivos países para lograr la cobertura universal y velar por la atención de salud para los grupos vulnerables como las madres, los niños y los pueblos indígenas.

16. Los delegados hicieron hincapié en la importancia de la acción intersectorial, que abarcaba tanto el sector público como el privado, y de la participación comunitaria para abordar los factores sociales y ambientales que determinaban o afectaban a la salud. Se señaló que la inclusión de los pacientes como participantes activos en la promoción de la salud y de los modos de vida saludables requeriría un cambio profundo en el paradigma de atención de salud. Los delegados también subrayaron la importancia de la colaboración subregional y regional para superar los retos comunes y alcanzar las metas compartidas. Se mencionó el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas como ejemplo de un mecanismo regional eficaz destinado a garantizar el acceso a las vacunas necesarias para controlar la pandemia de gripe actual.

17. Se puso de relieve la importancia de aprender de las experiencias del pasado y de compartir las experiencias y las enseñanzas extraídas. A este respecto, el Delegado de Cuba anunció que su Gobierno patrocinaría un seminario sobre atención primaria de

salud del 23 al 25 de noviembre del 2009 e invitó a los delegados de todos los Estados Miembros a que asistieran.

18. La Directora dijo que los logros descritos en su informe reflejaban la labor de cientos de miles de trabajadores de salud, de funcionarios de los ministerios de salud, de voluntarios, así como del personal de la OPS y la OMS, a todos los cuales expresaba su gratitud.

19. El Consejo agradeció a la Directora su intervención y tomó nota del informe.

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago y Uruguay (documento CD49/4)

20. El Consejo eligió a Colombia, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de los Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago, y Uruguay, cuyos mandatos habían llegado a su fin.

21. El Consejo aprobó la resolución CD49.R4 en virtud de la cual se declaró a Colombia, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela miembros elegidos para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años, y se agradeció a los Estados Unidos, Trinidad y Tabago y Uruguay por los servicios prestados.

22. Los delegados de Colombia, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela manifestaron su agradecimiento al Consejo por haber elegido a sus países para participar en el Comité Ejecutivo y reafirmaron el compromiso de sus gobiernos para trabajar con miras a superar los retos de salud que debía afrontar la Región.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento Oficial 333, Add. I, y documento CD49/5, Rev. 1*)

23. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión anterior del *Documento Oficial 333*, que había incorporado varios cambios y agregados solicitados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (véase el documento SPBA3/FR en el que se brindan más detalles). Se había propuesto tres escenarios presupuestarios, de los cuales solo uno, el escenario A, preveía un aumento de la porción no asignada a puestos del presupuesto. El proyecto de presupuesto considerado por el Comité se había basado en el escenario B, que estipulaba un aumento de 4,3% de las contribuciones señaladas. El

aumento del presupuesto total, incluido tanto el presupuesto ordinario como la porción financiada por otras fuentes, era de 2,9%.

24. El Comité había considerado el proyecto de presupuesto en varias ocasiones a lo largo de cuatro días, durante los cuales los delegados expresaron reiteradamente su inquietud acerca del aumento propuesto de las cuotas e indicaron que sus gobiernos estaban intentando resolver las graves limitaciones económicas que, en algunos casos, se habían multiplicado debido a la gripe pandémica (H1N1) 2009. Por consiguiente, el Comité había pedido a la Oficina que preparara un cuarto escenario que abordaría esas inquietudes. Luego, el Comité consideró un escenario D, que requeriría un aumento de 3,5% de las contribuciones señaladas y un aumento de 2,9% del presupuesto total, incluida la proporción de la OMS y los ingresos varios. Después de muchos debates y de consultas de los delegados con las autoridades de sus países respectivos, el Comité Ejecutivo había decidido aceptar el escenario D como la base para el proyecto de programa y presupuesto y la escala propuesta de cuotas que se presentaría al 49.º Consejo Directivo.

25. De acuerdo al escenario D, el componente del presupuesto correspondiente a los puestos aumentaría en 6,3% y la porción no asignada a puestos disminuiría en 3,8%. Desglosado por niveles organizacionales, el escenario D daría lugar a una disminución de 21,86% en los fondos del presupuesto ordinario no asignados a puestos para el nivel regional, un aumento de 11,69% para el nivel subregional y un aumento de 3,38% para el nivel de país.

26. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP), expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por sus aportes al proyecto de presupuesto durante y después de la 144.ª sesión del Comité Ejecutivo, e hizo notar que, por primera vez, el proyecto se había presentado en tres segmentos: programas básicos de la OPS/OMS, respuesta ante brotes epidémicos y situaciones de crisis, y proyectos internos financiados por gobiernos. También señaló que la propuesta incluía dos proyectos de resolución, uno en cuanto al propio presupuesto por programas y otro que fijaba las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, tomando como base la nueva escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para el bienio 2010-2011.

27. En el debate que siguió, los Estados Miembros reconocieron el arduo trabajo que había requerido la preparación del proyecto de presupuesto y expresaron su agradecimiento por la capacidad de respuesta de la Oficina a las inquietudes expuestas por los delegados durante la sesión de junio del Comité Ejecutivo. Los delegados elogiaron el detalle y la transparencia del proyecto, pero recomendaron que los futuros documentos del presupuesto incluyeran aun más detalles y datos comparables más adecuados para mostrar claramente las tendencias y cambios en los programas y las

prioridades de un bienio al otro. Los delegados recibieron con beneplácito los esfuerzos para lograr mayores restricciones fiscales; sin embargo, considerando la crisis financiera actual, también subrayaron la necesidad de que, tanto la OPS como los Estados Miembros, siguiesen aplicando la disciplina y austeridad presupuestarias, aumentasen la eficiencia y asignasen prioridades a sus programas y actividades.

28. El Delegado de México, al hacer notar las repercusiones económicas que había tenido la gripe pandémica (H1N1) 2009 en su país, expresó preocupación acerca del aumento propuesto en las cuotas de los Estados Miembros y abogó por el crecimiento nominal cero del presupuesto. Las delegadas de Canadá y de los Estados Unidos dijeron que sus gobiernos seguían abogando por el crecimiento nominal cero en los presupuestos de los organismos internacionales; sin embargo, la Delegada del Canadá agregó que su Gobierno estaba satisfecho con la justificación del aumento propuesto presentado en el apéndice del *Documento Oficial 333* y apoyaría el consenso del Consejo acerca del presupuesto. Algunos delegados dijeron que la posición de sus gobiernos en cuanto al aumento del presupuesto dependería de la decisión del Consejo con respecto a la nueva escala de cuotas (véanse los párrafos 43 a 50, más abajo).

29. Varios delegados manifestaron su preocupación por la proliferación de iniciativas y mecanismos de financiamiento en materia de salud que dan lugar a una fragmentación de la cooperación y al posible debilitamiento de las instituciones multilaterales como la OPS. Se subrayó la necesidad de una acción integrada entre todos los organismos que trabajaban para mejorar la salud pública en la Región. Se expresó apoyo a los esfuerzos de la OPS para aumentar el nivel de las contribuciones voluntarias básicas, al tiempo que se solicitó información acerca de las medidas concretas que se estaban tomando para alentar a los donantes a que sus aportes de financiamiento fueran más flexibles.

30. El doctor Gutiérrez observó que, a pesar de la gestión prudente del presupuesto y de las reducciones constantes del número de puestos de plazo fijo durante los 20 años anteriores, la porción correspondiente a los puestos del presupuesto de la Organización había seguido creciendo. En consecuencia, había disminuido la porción no asignada a puestos, que financiaba las actividades de cooperación técnica de la OPS. Según se explicaba en el apéndice al *Documento Oficial 333*, en el próximo bienio el nivel regional se vería sumamente afectado por la reducción del presupuesto no asignado a puestos; por ejemplo, según el escenario C (crecimiento cero de las contribuciones señaladas), la proporción regional disminuiría 34%, lo que reduciría obviamente la capacidad de la Oficina para prestar cooperación técnica. La Oficina estaba muy consciente de la situación difícil que estaban atravesando muchos Estados Miembros como resultado de la crisis financiera mundial y la pandemia de gripe, pero hacía un llamamiento al Consejo para que considerara la posibilidad de aprobar el aumento del presupuesto de acuerdo a lo recomendado por el Comité Ejecutivo.

31. La Directora afirmó que la Organización se esforzaba continuamente para que su trabajo fuera más eficiente y eficaz. También señaló que ninguno de los escenarios del presupuesto cubrirían totalmente los aumentos de costos registrados en el bienio 2008-2009. De hecho, la OPS había venido absorbiendo los aumentos de costo por varios bienios. Eso, combinado con la caída del dólar de los Estados Unidos en los últimos años, había repercutido notablemente en el presupuesto y las operaciones de la Organización.

32. Las inquietudes por la proliferación de iniciativas mundiales y mecanismos de financiamiento en la esfera de la salud y la posibilidad de fragmentación también se habían expresado en la OMS y en otros foros. Actualmente, había cerca de 90 de esas iniciativas y aunque eran una fuente importante de financiamiento para las actividades internacionales de cooperación en materia de salud, también podrían representar una considerable carga para los países en desarrollo a los que se trataba de favorecer, debido a la disparidad en los procedimientos y en los requisitos de presentación de informes de esos mecanismos. Había también inquietud por la falta de representación y de participación de los países en desarrollo en los órganos de gobernanza de los diversos mecanismos nuevos de financiamiento. Al mismo tiempo, los países desarrollados que hacían aportes a esos mecanismos estaban expresando dudas en cuanto a si se estaban utilizando esos recursos de la mejor forma.

33. La Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda y el recién formado grupo “H4” de cuatro organismos intergubernamentales que trabajan en la esfera de la salud de la madre y del recién nacido (OMS, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Banco Mundial) habían respondido a esas inquietudes mediante la promoción de una mejor convergencia y coordinación de los recursos y las actividades. A nivel regional, la OPS había estado trabajando para fortalecer la coordinación con los mecanismos de la Alianza GAVI (véanse los párrafos 143 a 153, más abajo) y seguiría esforzándose para informar y apoyar a los Estados Miembros con miras a procurar que la cooperación para el desarrollo que recibían de todas las diversas fuentes respondiera a sus necesidades y prioridades y fuera lo más eficaz posible.

34. Con respecto a las contribuciones voluntarias, por algún tiempo la OPS había venido alentando a los países y a los organismos donantes a que aportaran financiamiento para áreas programáticas amplias y no para actividades o proyectos específicos. En particular, había buscado ese tipo de financiamiento para las áreas programáticas estipuladas en el Plan Estratégico 2008–2012, especialmente las que se destinaban a fortalecer los servicios de salud y a reforzar la capacidad y el liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales y, en realidad, una proporción cada vez mayor de las contribuciones voluntarias se hacía para apoyo de los programas. La aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados, que permitía a los donantes ver cómo se estaban utilizando los recursos, había sido importante para atraer esas contribuciones.

35. Después de haber llegado a una fórmula conciliatoria sobre la aplicación de la nueva escala de cuotas (véase el párrafo 47 más abajo), el Consejo aprobó el proyecto de programa y presupuesto basado en el escenario D, según lo recomendado por el Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión, con lo cual se asignaron \$339.852.341¹ al ejercicio financiero 2010-2011 y se aprobó un aumento del 3,5% en las contribuciones de los Estados Miembros con respecto al bienio 2008-2009.

36. El Consejo aprobó las resoluciones CD49.R8 y CD49.R9.

Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto) (Documento Oficial 328 y documento CD49/6)

37. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había notificado al Comité Ejecutivo cuáles eran las modificaciones introducidas en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 para mantener la uniformidad con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS 2008-2013, además de actualizar el documento con el fin de aclarar los resultados previstos y simplificar la medición de los indicadores. El Comité había recibido con beneplácito las modificaciones hechas al Plan Estratégico y elogió en particular la simplificación de los indicadores y la inclusión de indicadores nuevos en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la mayor importancia asignada al apoyo de la investigación a nivel de país y la inclusión de información sobre estrategias de cooperación en los países, que se habían considerado como cruciales para garantizar que la cooperación técnica de la OPS armonizara con las necesidades y prioridades de los Estados Miembros.

38. El Comité había hecho varias sugerencias para mejorar aun más el Plan Estratégico, y varias delegaciones habían presentado por escrito sus observaciones detalladas y las modificaciones indicadas. Se había solicitado la aclaración de los criterios para establecer metas e indicadores y se había solicitado que se agregara un anexo técnico al Plan Estratégico, que explicara el método utilizado para establecer los valores de los indicadores y los motivos de las diferencias en los denominadores. Se había señalado que, al contar con información concreta sobre los países que constituían el universo estadístico para un indicador en particular, sería más fácil la planificación de la cooperación técnica entre los países. El Comité aprobó la resolución CE144.R10, recomendando que, sujeto a la incorporación de las modificaciones propuestas por los Estados Miembros, el 49.^o Consejo Directivo aprobara el Plan Estratégico 2008-2012 modificado.

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

39. El Consejo respaldó las modificaciones introducidas en el Plan Estratégico 2008-2012 para armonizarlo con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, 2008-2013 y actualizar el documento con el fin de aclarar los resultados previstos y simplificar su medición. Se subrayó la importancia de una planificación estratégica consensuada.

40. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) dijo que el Plan Estratégico era un “documento vivo” que seguiría ajustándose según fuese necesario para garantizar que la OPS estuviese plenamente alineada con la OMS y que el Plan respondiese a las realidades del contexto de la salud en las Américas.

41. La Directora señaló que al consultar con los Estados Miembros en cuanto a las modificaciones al Plan Estratégico, se habían utilizado ampliamente las tecnologías modernas de la información y la comunicación, lo que había generado ahorros considerables en gastos de viaje y de reuniones.

42. El Consejo aprobó la resolución CD49.R3 por medio de la cual se aprobó el Plan Estratégico 2008-2012 modificado.

Nueva escala de cuotas (documento CD49/7)

43. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité había examinado el tema de la nueva escala de cuotas en su 144.^a sesión y que algunos miembros habían expresado su inquietud ante la perspectiva de un aumento de las cuotas de la OPS en el presente clima económico y habían sugerido que la aplicación de la escala nueva debería aplazarse. Otros habían opinado que no sería apropiado aplazar la aplicación de una escala que ya había sido adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA). También se había señalado que el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión celebrada en el 2007 había decidido que la OPS empezaría a aplicar la escala en el bienio 2010-2011. Teniendo esto presente, el Comité había decidido en último término recomendar que el 49.^o Consejo Directivo aprobara la nueva escala de las cuotas que se aplicaría al programa y presupuesto para el período presupuestario 2010-2011.

44. En los debates subsiguientes, los delegados reiteraron la preocupación de sus gobiernos por los aumentos de las contribuciones de la OPS que resultarían de la aplicación de la nueva escala. Observaron que sus economías ya estaban afectadas por la situación actual de crisis económica y financiera y, en algunos casos, también habían sufrido los efectos de la gripe pandémica (H1N1) 2009. Además, algunas delegaciones indicaron que no se estaban siguiendo algunos de los procedimientos de la OEA para calcular las cuotas, como por ejemplo, que la cuota de un país no debía variar en más de 25% de un período al siguiente.

45. La Directora señaló que la adopción de la escala de la OEA estaba estipulada en el Código Sanitario Panamericano y se había tratado a fondo en reuniones anteriores de los Cuerpos Directivos. Sin embargo, considerando las inquietudes expuestas por el Comité Ejecutivo, la Oficina había celebrado reuniones con diversas delegaciones desde junio y estaba trabajando para encontrar una solución que abordara esas inquietudes.

46. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) explicó que la distorsión evidente en el procedimiento de la OEA para calcular cuotas surgía de la decisión tomada por los Cuerpos Directivos de la OPS de no adoptar la escala transitoria que la OEA había adoptado en los años 2007 y 2008, sino de esperar hasta que la escala final de la OEA se hubiera calculado para los años 2009-2011. Esa fue la escala que se había propuesto para adopción por la OPS para el bienio 2010-2011.

47. Luego de otro debate, el señor Sotela presentó una propuesta de fórmula conciliatoria, preparada recientemente por la Oficina en consulta con algunas delegaciones, encabezadas por México, según la cual la escala de cuotas de transición de la OEA (2008) se aplicaría a las cuotas de la OPS para 2010 y la escala definitiva de la OEA (2009-2011) se aplicaría del 2011 en adelante.

48. Varias delegaciones hicieron uso de la palabra a favor de esa solución. El Delegado de Cuba señaló que, debido a su posición anómala de ser miembro de la OPS pero no de la OEA, las cuotas de la OPS eran más altas de lo que deberían ser sobre la base de la posición económica de Cuba con respecto a otros países de la Región. No obstante, su gobierno estaba preparado para abonar su cuota, para demostrar su solidaridad con la Organización. El Delegado de Chile dijo que, a pesar de que la cuota de su país estaba aumentando en 99%, Chile también apoyaría la propuesta en solidaridad con la OPS.

49. La Directora señaló que no era una práctica habitual en la Organización tener diferentes escalas de cuotas en los dos años de un bienio y que no debería considerarse que la propuesta de fórmula conciliatoria sentaba un precedente, sino que en esta ocasión sería una solución pragmática al problema. La Delegada de los Estados Unidos apoyó el punto de vista de la Directora.

50. El Consejo aprobó la resolución CD49.R7 y aceptó la propuesta de la fórmula conciliatoria.

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (documento CD49/8)

51. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité Ejecutivo había apoyado el plan de acción propuesto sobre la salud de las

personas mayores. Varios delegados habían señalado que el plan concordaba con sus políticas y prioridades nacionales en relación con la salud de las personas mayores. El Comité había observado los nexos entre la salud de las personas mayores y otras áreas, como las enfermedades crónicas y la salud familiar y comunitaria. Se había señalado que el plan de acción debía considerar los aspectos relativos a las cuestiones de género en la salud de las personas mayores y la forma en que el proceso de envejecimiento afectaba a hombres y mujeres de manera diferente. Los delegados habían subrayado la importancia de la investigación y la difusión de conocimientos sobre la salud de las personas mayores. Se indicó que el proyecto de resolución sobre el tema debía mencionar la resolución reciente de la Trigésima Novena Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos sobre los derechos humanos de las personas mayores y mencionar también la decisión de la Quinta Cumbre de las Américas de considerar la factibilidad de preparar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. El Comité había aprobado la resolución CE144.R13, recomendando que el Consejo Directivo respaldara el plan de acción.

52. El Consejo también apoyó firmemente el plan de acción propuesto; varios delegados señalaron que el plan estaba de acuerdo con las políticas de sus gobiernos en esta materia y las complementaba. Se describieron las áreas estratégicas del plan, sus objetivos y sus metas como bien concebidos, aunque se indicó que quizá tuvieran que adaptarse a las situaciones concretas de los países individuales. Sin embargo, en términos generales, el plan de acción aportaba un buen marco que les permitiría a los Estados Miembros trabajar en forma creativa para abordar los problemas del envejecimiento.

53. La mayoría de los delegados que intervinieron describieron las actividades que se estaban realizando en sus respectivos países con miras a promover la salud de las personas mayores mediante, entre otros, el suministro de medicamentos y la atención gratuita o de bajo costo, mejoras en la atención de los hogares para convalecientes, sensibilización y capacitación para prestadores de asistencia a los ancianos, campañas de vacunación antigripal y otras iniciativas. Varios delegados, en particular los de países del Caribe, observaron que la necesidad de políticas y acciones apropiadas estaba agudizándose cada vez más, debido a que estaba aumentando el número de ancianos en la población. Algunos apoyaron la adopción de una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores, ya fuese en el contexto interamericano o dentro del sistema de las Naciones Unidas. Los delegados también mencionaron la necesidad de promover la capacitación del personal sanitario en los aspectos concretos de la atención geriátrica, en especial la atención a las necesidades de salud mental de las personas mayores, así como la educación de las personas mayores mismas con respecto a sus necesidades especiales de salud y el uso responsable de los medicamentos. Se sugirió que debían ponerse en marcha programas de capacitación, regionales y subregionales, para esa finalidad. El apoyo a la capacitación y al fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud para las personas mayores se consideraba como una función clave para

la OPS, como lo era la organización de reuniones técnicas sobre temas relacionados con el envejecimiento saludable, la elaboración de normas y la preparación de mensajes educativos para uso en establecimientos de salud y en los medios de difusión.

54. Se señaló que debido a que los prestadores de asistencia en los contextos familiares o comunitarios tendían a ser mujeres, la feminización creciente del grupo de edad formado por ancianos podría conducir a problemas de escasez de atención en el futuro. Una cuestión afín era que las estructuras sociales estaban cambiando, dejando a numerosas personas mayores, que en el pasado hubieran recibido atención de sus familias o comunidades, obligadas a cuidar de sí mismas. También se señaló que aunque se estaban tratando de reducir los costos sanitarios para las personas mayores, algunos medicamentos y los dispositivos médicos que utilizan frecuentemente estas personas en muchos países eran prohibitivamente costosos.

55. Un representante de la organización Enfermedad de Alzheimer Internacional subrayó la necesidad de aumentar la concientización del público acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y presentó sugerencias para la prevención nacional de la demencia y para las estrategias de atención.

56. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP) agradeció a las delegaciones sus descripciones de las actividades nacionales y su apoyo al plan de acción. Dijo que la OPS estaba muy consciente de que el marco político, jurídico y normativo era fundamental para la ejecución del plan de acción y que había importantes retos que superar al adaptar los sistemas de salud e impartir la capacitación apropiada a los prestadores de asistencia para los ancianos y estaba trabajando para ayudar a los países a afrontar esos retos.

57. La señora Daisy Mafubelu (Subdirectora General, Salud Familiar y Comunitaria, OMS) encontró sumamente apropiado que el Consejo Directivo estuviera considerando este tema el 1 de octubre, el Día Internacional de las Personas Mayores. Alentó a otras ciudades para que se asociaran a la red mundial de la OMS de ciudades amigables para las personas mayores, que incluían a México, D.F., Nueva York y Rio de Janeiro.

58. El Consejo aprobó la resolución CD49.R15 en la que se apoyó el plan de acción.

Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (documento CD49/9)

59. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito las iniciativas de la OPS para eliminar las enfermedades desatendidas y otras enfermedades que afectaban principalmente a las poblaciones más pobres y a las que tenían un acceso mínimo a los

servicios de salud. En general, el enfoque propuesto en el documento había recibido apoyo, aunque los delegados habían subrayado la necesidad de contar con más datos iniciales para medir la prevalencia de las enfermedades y los indicadores de desempeño, de aumentar la participación local en los programas de control y de promover la investigación y el desarrollo para encontrar métodos, materiales y medicamentos nuevos o mejorados, para el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades desatendidas. Un delegado había expresado dudas acerca de algunos aspectos del método propuesto con respecto a las enfermedades desatendidas, en particular la estrategia de la quimioterapia preventiva masiva, que su gobierno veía como inapropiada e insostenible. Había indicado que un mejor método sería el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud como los principales medios para diagnosticar y tratar las enfermedades desatendidas, combinando la detección pasiva con la búsqueda activa de casos.

60. El Consejo Directivo también apoyó, en general, el enfoque propuesto. Fueron bien recibidas las referencias del documento a las diversas estrategias de la OMS y las herramientas estandarizadas para combatir las enfermedades tropicales desatendidas y se instó a la OPS a que combinara sinérgicamente su trabajo en esta área con el de la OMS. Una delegada también observó la posibilidad de las sinergias con otras actividades de control de enfermedades, en vista de que los medicamentos utilizados para tratar unas enfermedades desatendidas eran eficaces contra una amplia gama de infecciones. También subrayó la necesidad de mejorar los mecanismos de distribución de medicamentos. Otro delegado destacó la importancia de la vigilancia entomológica, del fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico y de la normalización de las pruebas diagnósticas. Varios delegados hicieron hincapié en la necesidad de la participación comunitaria e intersectorial en las iniciativas de control.

61. Se reiteró la necesidad de contar con datos iniciales para medir la prevalencia de las enfermedades y para los indicadores de desempeño. Estos últimos se consideraban especialmente importantes para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones de quimioterapia preventiva. Se volvió a hacer hincapié en la necesidad de investigación sobre las enfermedades desatendidas, en particular la investigación destinada a medir la magnitud de la carga de morbilidad y a establecer la distribución geográfica de las enfermedades bajo consideración. Se observó el efecto del cambio climático sobre la aparición y la reemergencia de algunas enfermedades.

62. Varios delegados describieron las medidas que se estaban tomando en sus países para combatir las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza y para afrontar la pobreza. Algunos informaron que, aunque sus países habían tenido éxito en el control de algunas enfermedades, otras enfermedades como la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas y la leptospirosis todavía entrañaban riesgos. Varios delegados dijeron que sus países requerirían apoyo técnico y financiero constante, en particular del Fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la

eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas, a fin de lograr las metas de reducción y eliminación propuestas en el documento.

63. Los delegados expusieron ciertas preocupaciones con respecto a algunas enfermedades específicas y los enfoques propuestos para combatirlas. El Delegado del Brasil señaló que la meta de eliminación propuesta para la lepra no era compatible con la Estrategia mundial de lucha contra la lepra, establecida por la OMS para el período 2011-2015 y acordada en la Reunión de Gerentes del Programa mundial de lucha contra la lepra, realizada en Nueva Delhi en abril del 2009, que exigía una reducción de por lo menos 35% en la tasa de nuevos casos con discapacidades grado 2 por cada 100.000 habitantes para fines del 2015, en comparación con la tasa inicial de referencia a comienzos del 2011. Con respecto a la filariasis linfática, subrayó que las estrategias de tratamiento aplicadas a las poblaciones debían adaptarse a las zonas específicas donde ocurría la transmisión, según lo hubiesen determinado los estudios de prevalencia. La estrategia propuesta de quimioterapia preventiva masiva para la esquistosomiasis, según el punto de vista de su gobierno, representaría un retroceso para la Región. Los estudios realizados en el Brasil habían mostrado que la quimioterapia masiva tenía solo un efecto transitorio sobre los indicadores de esquistosomiasis. Los países debían centrarse en cambio en fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento de los portadores de *Schistosoma mansoni* a nivel de la atención primaria y en mejorar el saneamiento ambiental. Por último, señaló que no se conocía en la Región la prevalencia de la helmintiasis transmitida por contacto con el suelo y que debían hacerse otros estudios antes de emprender cualquier programa de tratamiento aplicado a las poblaciones.

64. El Delegado de México dijo que el documento debía incluir una exposición más exhaustiva de la leishmaniasis, especialmente de la forma visceral de la enfermedad y esa leishmaniasis debía incluirse entre las enfermedades del grupo 2 señaladas en el documento. El Delegado de la Argentina, al hacer notar que muchas de las enfermedades mencionadas en el documento no eran endémicas en su país, subrayó la necesidad de prestar atención a otras enfermedades emergentes y reemergentes, como el síndrome hemolítico-urémico, el síndrome de muerte súbita del lactante, la desnutrición, la tuberculosis, la anemia y la infección por el VIH/sida. Señaló que había buenas posibilidades de eliminar la enfermedad de Chagas transmitida verticalmente y sugirió que debería incluirse en el grupo 1. También indicó que la meta de reducción de la seropositividad en embarazadas a menos de 1% debía revisarse, ya que muchas mujeres en edad fecunda ya estaban infectadas por el parásito *Trypanosoma cruzi* y, por consiguiente, sería imposible alcanzar la meta de forma generalizada. También señaló que las estrategias para combatir la rabia humana transmitida por los perros debían incluir el control de la población de perros callejeros.

65. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) agradeció a los delegados sus observaciones

constructivas, que ayudarían a que la Oficina mejorase su enfoque con respecto a las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza. A su modo de ver, el enfoque propuesto en el documento y el proyecto de resolución le permitiría al sector de la salud cumplir su doble función de abordar los determinantes sociales de la salud y la eliminación o la reducción considerable de la carga de enfermedades desatendidas para las cuales había intervenciones costo-efectivas. Con respecto a las metas y los indicadores propuestos en el documento, recalcó que la Oficina no había incluido ninguno que no se hubiera establecido mediante una resolución anterior de la OPS o la OMS. La meta para la lepra, por ejemplo, era la misma establecida en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS 2008-2013 y en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012. La idea era eliminar la lepra como problema de salud pública a nivel infranacional así como a nivel nacional, teniendo presente que en algunos países de la Región, aunque la meta de eliminación se había alcanzado a nivel nacional, la prevalencia de la enfermedad seguía siendo alta a nivel infranacional. Si bien se podrían agregar a la propuesta algunos de los indicadores propuestos por el Brasil, era crucial procurar que la resolución aprobada por el Consejo Directivo estuviese respaldada por mandatos ya existentes y que los indicadores siguieran siendo sencillos para evitar la imposición de una carga indebida a los sistemas de información de los ministerios de salud.

66. La Directora dijo que la propuesta presentaba un método integrado que tenía en cuenta los determinantes sociales, los factores ambientales y otras variables que habían contribuido a la persistencia del conjunto de enfermedades mencionadas en el documento. Al señalar que el 28 de septiembre se había observado el Día Mundial de la Rabia, señaló que la Región estaba muy cerca de la meta de eliminar la rabia transmitida por perros; sin embargo, la rabia transmitida por animales salvajes, en especial por los murciélagos, seguía siendo un grave problema y agregó que la OPS estaba colaborando con los Estados Miembros para abordarlo.

67. El Consejo aprobó la resolución CD49.R19 tras la incorporación de varias modificaciones propuestas por los Estados Miembros, entre otras la que propuso Brasil, sobre las metas para la vigilancia epidemiológica que figuraban en el documento de la OMS “Estrategia mundial mejorada para reducir aun más la carga en morbilidad debida a la lepra – 2011-2015” (documento SEA-GLP-2009.4).

Política de investigación para la salud (documento CD49/10)

68. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que, en general, el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la política propuesta y había encomiado el compromiso renovado de la OPS por la investigación, pero había advertido que la ampliación de la investigación llevada a cabo por la propia Organización podría dar lugar a la duplicación de esfuerzos y la dilución de los recursos. Se había hecho hincapié en que la OPS debía centrarse en traducir los resultados de la

investigación en orientación técnica para los Estados Miembros, en lugar de realizar la investigación misma. Los delegados habían recibido con beneplácito el método gradual y multisectorial de la investigación propuesto en la política y habían sugerido que también debería haber mecanismos participativos para su evaluación. Se había expresado inquietud acerca de las metas de financiamiento establecidas en la política, y se había sugerido que debía alentarse a los Estados Miembros a que asignaran fondos para financiar la investigación en materia de salud, en lugar de pedirles que se comprometieran con metas específicas. Se había apoyado una recomendación del documento de que 5% del presupuesto básico y de las contribuciones voluntarias combinados de la OPS deberían usarse en apoyo a la investigación.

69. El Consejo Directivo también recibió con beneplácito la política y estuvo de acuerdo con su enfoque gradual, pero, al igual que el Comité Ejecutivo, alertó contra la duplicación de esfuerzos y la dilución de los recursos y subrayó la necesidad de aplicar los resultados de la investigación a la solución de problemas de salud prioritarios de la Región, entre otros los que se abordaban en otros temas del orden del día del Consejo, como la salud mental, la salud de las personas mayores, la salud de los adolescentes y los jóvenes, y las enfermedades desatendidas. Los aspectos de la política basados en la colaboración y la solidaridad se consideraban como una manera ventajosa de orientar la investigación hacia esos problemas y de fortalecer los centros de investigación y los recursos humanos en los países donde la capacidad de investigación era relativamente débil. Se señaló que la reestructuración del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) también ayudaría a fortalecer la producción científica y el intercambio de información (véanse los párrafos 119 a 124, más abajo). Se reiteraron tanto las preocupaciones con respecto al financiamiento de las metas como la importancia de la investigación participativa comunitaria; se subrayó en particular, la investigación que promovería la participación de los pueblos indígenas y la aplicación de los conocimientos tradicionales.

70. Varios delegados describieron la organización de la investigación de salud en sus países y ofrecieron compartir resultados y mejores prácticas con otros Estados Miembros. Otros delegados indicaron que sus países estaban participando en la Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas de la OMS (EVIPNet). Se sugirió que, aunque los gobiernos podían servir como buenos defensores de la investigación para la salud, la OPS y los Estados Miembros individuales también debían tratar de forjar alianzas con el sector privado para promover la investigación y la innovación en materia de salud. Se consideraba que una función importante de la OPS en el área de la investigación para la salud sería ayudar a los Estados Miembros a evaluar la costo-efectividad de las tecnologías y de las intervenciones en materia de salud.

71. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP), recibió con beneplácito las observaciones formuladas por los

delegados que, por lo general, habían sido positivas y aclaró que la intención de la política no era que la OPS misma trabajara en investigación. Más bien, la función de la Organización sería la de ayudar a los Estados Miembros a determinar sus prioridades para la investigación, a hacer sus investigaciones y a traducir los resultados de las investigaciones en evidencia para la toma de decisiones.

72. El Consejo aprobó la resolución CD49.R10, en el que se respaldó la política de investigación para la salud.

Estrategia y plan de acción sobre salud mental (documento CD49/11)

73. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había apoyado la Estrategia y plan de acción sobre salud mental, que los delegados habían considerado como un medio de alcanzar las metas internacionales y regionales con respecto a la salud mental, mediante la promoción de la buena salud mental y la prevención de estos trastornos, además del fortalecimiento del acceso a los servicios de salud mental. Se había apoyado la propuesta que figuraba en el anexo F del documento de forjar alianzas con otros organismos internacionales a fin obtener financiamiento, así como la propuesta presentada en la actividad 4.1.2, de crear un grupo de trabajo regional para apoyar el diseño de la capacitación en materia de salud mental. La referencia en el área estratégica 2 a los entornos sanos como escuelas y comunidades había sido muy bien recibida y se había atraído la atención hacia la importancia del entorno laboral como un área central para detectar y abordar los trastornos de salud mental. Se había elogiado el reconocimiento que se hacía en el documento del problema de la comorbilidad en los pacientes de salud mental. Se había expresado un apoyo decidido a los modelos comunitarios de salud mental y a los enfoques que tenían en cuenta las particularidades culturales, en particular para los pueblos indígenas.

74. El Comité había expresado ciertas inquietudes con respecto a aspectos concretos del plan, en particular algunos de los indicadores. Se había indicado que cada país debería seleccionar los indicadores que fuesen más representativos de sus circunstancias particulares. También se había sugerido que, debido a que la estrategia y el plan de acción se basaban en una perspectiva general de la Región, cada país debía evaluar su propio sistema de salud mental, utilizando el instrumento de la OMS para evaluar los sistemas de salud mental (WHO-AIMS, por su sigla en inglés), a fin de evitar la extrapolación automática de conceptos, modelos de atención y estructuras institucionales.

75. El Consejo Directivo también manifestó un apoyo firme a la estrategia y el plan de acción. Los delegados subrayaron la importancia de integrar los servicios de salud mental en los servicios de salud generales, incluso a nivel de la atención primaria, un método que ayudaría a reducir costos. Los delegados también hicieron hincapié en la importancia de la descentralización de los servicios de salud mental, de la atención

comunitaria, de los equipos multidisciplinarios de salud mental y la participación de los interesados directos en el diseño, el seguimiento y la evaluación de los servicios. Se puso de relieve que la institucionalización debía ser la estrategia de tratamiento de último recurso para las personas con trastornos mentales.

76. También se subrayó la importancia de evaluar las capacidades y necesidades en materia de salud mental, entre otros el marco jurídico y la disponibilidad del financiamiento público para los servicios de salud mental. Varios delegados observaron que sus países estaban utilizando el instrumento WHO-AIMS para esa finalidad, lo que les había permitido detectar los puntos débiles y los puntos fuertes de sus servicios de salud mental y vigilar el progreso al tratar cualquier deficiencia. Una delegada sugirió que la OPS debería elaborar un informe complementario sobre los servicios de salud mental a nivel de la atención primaria a fin de determinar los mejores métodos y estrategias para superar los obstáculos a la atención eficaz. Quizá también sería útil preparar un inventario de los recursos disponibles en los Estados Miembros, como programas de capacitación para los profesionales de la salud mental, con miras a forjar alianzas. La misma delegada subrayó la necesidad de estrategias de financiamiento, al señalar que en la Región se habían visto ejemplos de programas de salud mental — algunos de ellos muy buenos desde un punto de vista técnico— que no habían generado mejoras reales en materia de salud mental porque no se había previsto cómo financiarlos.

77. Los delegados destacaron la necesidad de contar con servicios de salud mental orientados hacia las necesidades especiales de ciertos grupos de la población, como los niños y los adolescentes, las personas mayores y los pueblos indígenas. Se indicó que debería incluirse una referencia a las poblaciones indígenas en el proyecto de resolución sobre este tema. Una delegada observó la repercusión de la crisis económica actual en la salud mental. Otra delegada hizo hincapié en el grave problema del suicidio entre los jóvenes en su país y los problemas causados por la estigmatización de las personas aquejadas de trastornos mentales. Varios delegados dijeron que la reducción de la estigmatización y de la discriminación contra las personas con problemas de salud mental debía ser una prioridad. Una tercera delegada destacó la necesidad de brindar atención de salud mental en el lugar de trabajo y las necesidades de las personas responsables del bienestar de otros, como los profesores y el personal de salud.

78. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP) agradeció a los miembros sus observaciones útiles, que le permitirían a la Oficina mejorar su cooperación técnica en el área de la salud mental. Estuvo de acuerdo en el valor de documentar las mejores prácticas y las experiencias de participación y dijo que la OPS estaba preparando varios informes con ese fin; por ejemplo, un informe consolidado sobre los resultados de evaluaciones efectuadas en países centroamericanos aplicando el método WHO-AIMS. La adopción de la estrategia y el plan de acción propuestos sobre salud mental en la presente coyuntura sería

especialmente significativa, dado que el Día Mundial de la Salud Mental se observaría el 10 de octubre, y en el año 2010 se conmemora el 20.º aniversario de la Declaración de Caracas, que había marcado el comienzo de las iniciativas para reestructurar los servicios de salud mental en la Región. Las conmemoraciones previstas para esas fechas brindarían una oportunidad para la difusión de información y para abogar por los asuntos de salud mental.

79. El Consejo aprobó la resolución CD49.R17 sobre el tema, en la que se respaldaron la estrategia y el plan de acción.

Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (documento CD49/12)

80. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había apoyado el plan de acción sobre salud de los adolescentes y los jóvenes y había encomiado su enfoque integrado e interprogramático. Varios delegados habían señalado que había superposiciones claras entre este plan de acción y otras estrategias, planes e iniciativas regionales, y habían subrayado la necesidad de que la Oficina y las representaciones de la OPS en los países garantizaran la coordinación y la comunicación fluida de todos los programas, además de trabajar con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas al ejecutar el plan. Se habían hecho varias sugerencias con respecto a metas e indicadores específicos del plan de acción y se habían propuesto varias modificaciones al proyecto de resolución sobre el tema. En particular, se había subrayado la necesidad de asegurar la uniformidad en el uso de los términos “adolescente”, “joven” y “población joven”, además de determinar claramente cuáles eran los grupos destinatarios para cada una de las actividades propuestas. A este respecto, un delegado había sugerido que algunos de los términos y las siglas mencionados en el plan de acción deberían definirse más claramente en un anexo. El Comité había aprobado la resolución CE144.R6, en la que recomendaba que el Consejo Directivo respaldara el plan de acción.

81. El Consejo Directivo manifestó su apoyo al plan de acción propuesto, que en opinión de los delegados ayudaría a que la situación y las necesidades de los adolescentes y los jóvenes de la Región cobraran más visibilidad. Los delegados aplaudieron el enfoque de salud pública basado en evidencias del Plan y recibieron con beneplácito su alcance, ya que reconocía la multiplicidad de factores que influían en la salud de los adolescentes y los jóvenes y, por consiguiente, era necesaria la acción intersectorial e interinstitucional a la hora de abordar esos factores. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo destacó los nexos entre este plan de acción y los planes y estrategias en otras áreas, como la salud familiar y comunitaria y las redes integradas de prestación de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud, y subrayó la necesidad de la coordinación interprogramática. Los delegados recibieron con beneplácito las modificaciones hechas al plan en respuesta a las observaciones del Comité Ejecutivo, en particular la mayor importancia asignada en el plan a los grupos vulnerables,

especialmente los adolescentes y los jóvenes indígenas y empobrecidos, además de su mayor énfasis en la promoción del empoderamiento de la población joven y su participación en la formulación y la ejecución de políticas y planes dirigidos al mejoramiento de su salud. Se señaló, sin embargo, que para que las medidas contempladas en el plan fuesen fructíferas, sería necesario asignar suficientes recursos presupuestarios a nivel de país.

82. Con respecto a la vigilancia de los avances, de conformidad con el plan, varios delegados señalaron que se necesitarían indicadores especiales para los países individuales que reflejen las realidades nacionales y midan los cambios a nivel de país con mayor sensibilidad. Algunos delegados observaron que los programas de sus países para los adolescentes y los jóvenes usaban intervalos de edades diferentes a los propuestos en el plan de acción (10 a 24 años), lo que quizá complicaría la preparación de los informes de avance; pero, a pesar de eso manifestaban su apoyo al plan y su disposición para coordinar sus actividades con las de la OPS. Varios delegados subrayaron el valor de compartir datos y mejores prácticas. A este respecto, el Delegado del Brasil anunció que su Gobierno patrocinaría una conferencia internacional sobre la juventud en el 2010 e indicó que conjuntamente con ese evento podría llevarse a cabo un seminario sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, que brindaría una oportunidad para el intercambio de experiencias.

83. Varios delegados subrayaron la necesidad de proteger los derechos de la población joven con respecto a la salud, entre otros su derecho a tener acceso a los servicios de salud reproductiva y a otros servicios médicos sin necesidad de consentimiento paterno. Al mismo tiempo, se hizo hincapié en la necesidad de reconocer los derechos y las responsabilidades de los padres y otras personas responsables legalmente de los adolescentes. Se destacó la función de las organizaciones de la sociedad civil y las escuelas en la promoción de la salud de los adolescentes y los jóvenes. Se hizo hincapié en especial en la necesidad de reducir las tasas elevadas de embarazos de adolescentes en la Región y de atender los problemas de salud mental y los relativos al abuso de sustancias psicotrópicas, la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, violencia, traumatismos y defunciones por accidentes de tránsito en la población joven. Se señaló que se necesitaban programas especiales para los adolescentes y los jóvenes no matriculados en la escuela y para los que se encontraban en establecimientos de detención. Se puso de relieve la importancia de prestar servicios donde los adolescentes y los jóvenes se sientan a gusto a nivel de la atención primaria de salud y de capacitar a los profesionales de salud para trabajar con jóvenes y adolescentes. Se consideró de importancia primordial la capacitación de los trabajadores de salud que les permita responder en forma apropiada a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población joven.

84. Representantes del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina apoyaron el Plan de acción y alentaron a la Oficina y a los Estados Miembros a que asignaran suficientes recursos para su aplicación plena. La representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina señaló que la inversión en la salud de los adolescentes y los jóvenes ayudaría a crear una cultura de la salud que contribuiría a que las futuras generaciones de adultos fuesen más sanas.

85. La doctora Gina Tambini (Gerente, Salud Familiar y Comunitaria, OSP), haciendo notar la grave repercusión de la crisis financiera mundial actual sobre los adolescentes y los jóvenes, señaló que la inversión en la salud y el desarrollo de la población joven también promovería una mayor productividad y crecimiento económico en los países de la Región. Agradeció a los Estados Miembros su apoyo para el plan y los felicitó por el progreso logrado en la prestación de servicios a los adolescentes y los jóvenes.

86. La señora Daisy Mafubelu (Subdirectora General, Salud Familiar y Comunitaria, OMS) dijo que la OMS esperaba con interés trabajar con la OPS en la ejecución del plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, y expresó su confianza en que el plan contribuiría a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ayudaría a salvar la vida de miles de adolescentes que seguían muriendo cada año de causas relacionadas con el embarazo y el parto.

87. El Consejo aprobó la resolución CD49.R14 en la que se respaldó el plan de acción.

Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (documento CD49/13)

88. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su firme apoyo a la propuesta del Plan de acción para la aplicación de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS, aprobada en el 2005 mediante la resolución CD46.R16. El Comité había opinado que el plan de acción ofrecía un marco integral para el trabajo continuado en pro de la igualdad de género, tanto por la Oficina como por los Estados Miembros. Se consideraba que las áreas estratégicas del plan eran claras y factibles, y se había reconocido su posible contribución a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otras metas relativas a la igualdad de género. El Comité había subrayado la necesidad de que tanto la OPS como los Estados Miembros asignaran recursos suficientes y contaran con la infraestructura y las capacidades necesarias para ejecutar el plan.

89. Se habían indicado varios ajustes de los indicadores que figuraban en el plan de acción. En particular, se consideraba que era necesario seguir trabajando en el indicador relacionado con las contribuciones de la atención de salud no remunerada a las cuentas nacionales de salud para especificar la naturaleza exacta de esas contribuciones y cómo deberían reflejarse en las cuentas. También se había indicado que debían reorientarse algunos indicadores. Con miras a promover el enfoque de “Una sola organización de las Naciones Unidas” para la integración del género en las políticas públicas, se había sugerido que se agregara un nuevo párrafo a la parte dispositiva del proyecto de resolución sobre este punto, a fin de instar a los Estados Miembros y a la Directora a promover y fortalecer las alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas y con otras organizaciones para apoyar la ejecución del plan de acción. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara una resolución en la que se instase a los Estados Miembros a que, entre otras medidas, adoptaran y promovieran la ejecución del plan de acción.

90. En el debate que siguió a la presentación del informe de la doctora Muñoz, los delegados apoyaron firmemente el plan de acción y afirmaron el compromiso de sus gobiernos con el logro de la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres y los hombres. Los delegados describieron los esfuerzos en marcha en sus países para promover la igualdad de género y abordar las disparidades de salud entre las mujeres y los hombres. Varios delegados observaron que las iniciativas de igualdad de género no debían percibirse como dedicadas solo a las mujeres y destacaron la necesidad de una mayor atención a las necesidades de salud específicas de los hombres. Se señaló que, en general, los hombres mueren antes y sufren más de enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades no transmisibles, en comparación con las mujeres. Por otro lado, debido a los factores sociales y culturales, era menos probable que los hombres buscaran atención de salud que las mujeres y, a menudo, esperaban para hacerlo hasta que la enfermedad fuese grave o incluso posiblemente mortal. Varios delegados mencionaron las iniciativas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en sus países que se dirigían específicamente a los hombres. Varios delegados señalaron a la atención el grave y persistente problema de la violencia de género en la Región, y describieron las estrategias, políticas y programas de sus países para abordarlo. Se subrayó la necesidad de incluir a los hombres en esas iniciativas.

91. Se puso de relieve la importancia de las estadísticas desglosadas por sexo y el análisis de género en la detección de las disparidades en materia de salud. Se señaló que tal análisis era necesario para tener en cuenta tanto los factores biológicos relacionados con el sexo como los factores sociales relacionados con el género que representaban el efecto diferencial de diversos determinantes de la salud sobre los hombres y sobre las mujeres. Varios delegados también observaron la repercusión de los factores étnicos y culturales en la salud y recalcaron la necesidad de desglosar los datos por raza y grupo étnico. Se subrayó la necesidad de vigilar el avance de conformidad con el plan de

acción, al igual que la importancia de intercambiar las mejores prácticas de participación y las enseñanzas extraídas. Los delegados recibieron con beneplácito la propuesta del plan de acción para establecer una plataforma de conocimientos con miras a facilitar el intercambio de experiencias.

92. Una representante de la Federación Internacional de Planificación de la Familia elogió la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS y el plan de acción, y reafirmó el compromiso de su organización de brindar apoyo a los Estados Miembros para su ejecución.

93. La doctora Marijke Velzeboer-Salcedo (Asesora Principal, Género, Etnicidad y Salud, OSP) dijo que el plan de acción era el resultado de un proceso amplio de consulta que había incluido a los interesados directos a los niveles nacional, subregional y regional, así como a asociados de la sociedad civil y organismos hermanos de la OPS en el sistema de las Naciones Unidas y en el sistema interamericano. Estaba agradecida a todos los que habían participado en esas consultas. De las observaciones del Consejo, quedaba claro que los Estados Miembros estaban comprometidos firmemente a ejecutar la Política en Materia de Igualdad de Género y el plan de acción a nivel nacional. El seguimiento y la garantía de responsabilización por la ejecución quizás serían los aspectos más difíciles del plan; por lo tanto, recibiría con beneplácito los aportes constantes de los Estados Miembros acerca cuál sería la mejor manera de afrontar este reto.

94. Aseguró al Consejo que la OPS estaba muy consciente de la importancia de los factores étnicos y culturales. En efecto, esa concientización se reflejaba en el nombre de su oficina: Oficina de Género, Etnicidad y Salud. La Organización también reconocía la necesidad de trabajar más para satisfacer las necesidades de salud de los hombres y mejorar su esperanza de vida. La OPS estaba trabajando estrechamente en esa área con los Estados Miembros, otros organismos intergubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

95. La doctora Socorro Gross (Subdirectora, OSP) dijo que el plan de acción representaba un compromiso de parte de los Estados Miembros acerca de una cuestión que era crucial para la salud y el bienestar, para el ejercicio pleno de los derechos y para el desarrollo de los países de la Región. Había escuchado atentamente las opiniones y las recomendaciones de los Estados Miembros y garantizó al Consejo que se tendrían en cuenta plenamente en la ejecución del plan de acción.

96. El Consejo aprobó la resolución CD49.R12, en la que se respaldó el plan de acción y se instó a los Estados Miembros a que promovieran su ejecución como un marco para lograr la igualdad de género en materia de salud.

Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos (documento CD49/14)

97. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había recibido con beneplácito las iniciativas de la OPS para elaborar un marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos, y había subrayado la necesidad de sistemas reguladores fuertes basados en los principios éticos para lograr la seguridad en la recuperación de órganos y en los trasplantes, así como el acceso equitativo a las células, los tejidos y los órganos donados. El Comité también había subrayado la importancia de desalentar el comercio de órganos y promover la donación altruista, además, de la importancia de lograr la autosuficiencia nacional en la donación de órganos. Los delegados habían hecho hincapié en la necesidad de promover la donación de órganos de personas fallecidas, al tiempo que se garantizaba a los donantes vivos la protección y la vigilancia, así como la atención luego de un trasplante. Se había instado a la Oficina a que basara el marco de política en los Principios orientadores revisados de la OMS sobre trasplantes humanos de células, tejidos y órganos. El Comité había apoyado firmemente los Principios orientadores de la OMS, aunque algunos miembros habían opinado que, en vista de que la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud había aplazado la consideración de los principios, sería prematuro para los Cuerpos Directivos de la OPS adoptar una resolución sobre el asunto.

98. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP) había explicado que el Consejo Ejecutivo de la OMS había sometido a consideración los Principios orientadores revisados pero, debido a la repercusión de la gripe pandémica (H1N1) 2009, la Asamblea Mundial de la Salud había decidido diferir la consideración del tema para el 2010. Sin embargo, los principios orientadores ya existían y habían sido adoptados en 1991; por lo tanto, la Asamblea Mundial de la Salud sencillamente estaría aprobando actualizaciones de los principios. Por ese motivo, no creía que fuese prematuro que el Consejo Directivo aprobara una resolución sobre el tema.

99. En el debate que siguió a la presentación del informe del Comité Ejecutivo, los delegados apoyaron el marco de política y el proyecto de resolución. La mayoría de los delegados que intervinieron describieron cómo se organizaba y regulaba la donación y el trasplante de órganos en sus respectivos países. Se subrayó la importancia de establecer organismos nacionales para promover y regular la donación de órganos, y se sugirió que la OPS y la OMS podrían desempeñar una función protagónica para apoyar tales esfuerzos. También se recalcó la necesidad de ofrecer atención y supervisión adecuadas para los donantes luego de un trasplante.

100. En general, se consideraba que las adquisiciones de órganos debían llevarse a cabo dentro del sistema de salud pública, ya que la proliferación de los bancos privados

de órganos se había convertido en un grave problema en varios países de la Región. Varios delegados subrayaron la necesidad de controlar el tráfico de órganos y desalentar el turismo de trasplantes, que podría privar a las personas locales de la oportunidad de recibir un trasplante. También recalcaron la importancia de la transparencia en cada paso del proceso y la necesidad de promover el acceso equitativo a los órganos y los tejidos, especialmente para los sectores vulnerables de la población. Una delegada sugirió que las alianzas público-privadas podrían ser útiles para fomentar la donación y las prácticas éticas de trasplantes.

101. Los delegados subrayaron la importancia de fomentar un mayor uso de las donaciones de órganos de personas fallecidas, aunque se señaló que en la cultura de algunos países la práctica no era bien recibida. Varios delegados expresaron su agradecimiento por el trabajo de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) y expresaron la esperanza de que su ayuda pudiera extenderse más allá de los países de habla hispana, en particular al Caribe. El Delegado de España recibió con beneplácito el éxito de RCDIT y dijo que su gobierno estaba preparado para seguir proporcionando ayuda para el mejoramiento de la organización de la donación y el trasplante de órganos en la Región. Los delegados del Caribe dijeron que sus países se beneficiarían enormemente de la asistencia de la OPS con los programas de trasplante de riñones y de salud renal, según se estipulaba en el inciso f del párrafo 2 del proyecto de resolución. Los delegados también señalaron a la atención, el trabajo de la Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplante del MERCOSUR (CIDT).

102. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP) agradeció a los delegados sus observaciones y felicitó a los países de la Región por el progreso logrado en la promoción de sus capacidades de trasplante y mejoramiento de sus tasas de donación de órganos. Agradeció también a España por su apoyo financiero y técnico del RCIDT. Agregó que la OPS estaba trabajando a fin de ayudar a los países del Caribe en sus iniciativas para mejorar sus programas de trasplante, y recordó que unos años antes se había celebrado una reunión en Trinidad y Tabago para intercambiar experiencias en esta esfera.

103. El Consejo aprobó la resolución CD49.R18 en la que se respaldó el marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos.

Salud y turismo (documento CD49/15)

104. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité Ejecutivo había subrayado la importancia del turismo para el desarrollo sostenible de los países de la Región, especialmente en el contexto de la actual crisis económica mundial, la pandemia de gripe por A (H1N1) y la aparición y reemergencia de otras enfermedades transmisibles como el dengue. El turismo de salud, especialmente el

turismo de trasplante, se había señalado como un tema que planteaba algunas preocupaciones graves con respecto a la equidad y el acceso a la atención de salud. Algunos delegados habían opinado que el documento sobre el tema carecía de claridad y concentración y habían recomendado que se hiciera más explícito. Se había indicado, por ejemplo, que era necesario incluir las definiciones de términos como “salud de turista” y “turismo de salud”, y que debían aclararse los temas que se abordarían en el foro regional propuesto sobre turismo de salud. También se había señalado que en el proyecto de resolución se solicitaba a la Directora que preparara un plan regional de acción, pero el documento no proponía objetivos tentativos, indicadores ni actividades para ese plan. Varios delegados habían opinado que las consecuencias financieras del proyecto de resolución sobre este tema se habían subestimado seriamente, en particular considerando la pandemia de gripe y el impacto de sus costos en las zonas turísticas; por lo tanto, se había pedido a la Oficina que revisara las cifras del presupuesto.

105. Después del informe presentado por el Comité Ejecutivo, varios delegados describieron las medidas que estaban tomando sus respectivos países para administrar el turismo, subrayando su importancia para sus economías nacionales. Varios delegados señalaron que la salud y el turismo se entrecruzaban en tres áreas diferentes; la primera de ellas era la necesidad de contar con un ambiente sano que los turistas desearan visitar. En esta área, los delegados subrayaron la importancia de los programas vinculados con el agua limpia, la inocuidad de los alimentos, la gestión de residuos y la prevención de la violencia contra los turistas. La segunda era la necesidad de prever la atención de los visitantes que enfermasen, uno de cuyos aspectos importantes es la cuestión de los términos, en especial los financieros, bajo los cuales los turistas debían recibir atención de salud. La tercera área estaba relacionada con la atención de salud para la población local que pudiera contagiarse con enfermedades llevadas por los visitantes. Se destacó la importancia de los sistemas de vigilancia epidemiológica en los puertos de entrada y de los sistemas de información sanitaria eficaces para los hoteles.

106. Un delegado opinó que el documento debía describir más claramente la relación simbiótica entre la salud y el turismo, así como la contribución que ambos hacen para el desarrollo económico y social de un país. También subrayó que el turismo saludable podría contribuir a la salud mundial y que toda inversión para asegurar el turismo saludable debería considerarse como un aporte de valor agregado a la economía de un país. La mayoría de los Estados Miembros apoyaron la propuesta de crear un Foro Regional sobre Salud y Turismo, aunque dos de ellos argumentaron que ese Foro duplicaría los mecanismos existentes e iría más allá del alcance del propósito de la OPS. El Delegado de los Estados Unidos sugirió que, en lugar de establecer un foro nuevo, la OPS y la OMS deberían abogar por que las consideraciones de salud se integraran en los foros actuales para el desarrollo turístico. También subrayó que los temas de la sostenibilidad y las inquietudes ambientales, entre otros el cambio climático, entraban en el ámbito de competencia de otras organizaciones.

107. El Consejo también abordó el tema del turismo médico, entre otros el turismo de trasplante de órganos. El Delegado de la Argentina informó que su gobierno había propuesto, en el marco del MERCOSUR, un acuerdo destinado a prohibir el tráfico de células, tejidos y órganos humanos y desalentar el turismo de trasplante entre los miembros del MERCOSUR. Otros delegados subrayaron la necesidad de la acreditación adecuada de los establecimientos que prestaban servicios médicos a los turistas.

108. El doctor Luiz Galvão (Gerente, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) agradeció a los delegados sus observaciones útiles, que ayudarían a mejorar el documento. Respondiendo a las inquietudes relativas al Foro Regional sobre Salud y Turismo, explicó que el foro era el mecanismo que utilizaría la OPS para coordinar su trabajo con otros sectores. Este nuevo foro no duplicaría los mecanismos existentes ni daría lugar a otra organización para los asuntos turísticos. En cuanto a la observación de que el foro iría más allá del alcance del mandato de la OPS, explicó que se invitaría a participar en el mismo tanto al Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Organización Internacional del Trabajo, como a los ministerios de medio ambiente de los Estados Miembros.

109. La Directora confirmó que los aspectos del turismo, como las cuestiones laborales o del medio ambiente, seguirían siendo responsabilidad de los organismos internacionales pertinentes, y que muchos de los conceptos y las definiciones relacionadas con el turismo provenían directamente de la Organización Mundial del Turismo, con la cual la OPS mantenía una relación de trabajo estrecha. Pero, en relación con los aspectos de salud del turismo, otros organismos solicitaban la orientación de la OPS, y en el contexto más amplio, acudían a la OMS.

110. El Consejo aprobó la resolución CD49.R20 en respaldo de los conceptos vertidos en el documento CD49/15 y del establecimiento del Foro Regional sobre Salud y Turismo.

Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud (documento CD49/16)

111. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado su apoyo firme a la creación de redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud, que el Comité había considerado como un medio para mejorar el estado de salud, reducir las inequidades de salud, ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y controlar los costos sanitarios. El Comité también había reconocido la contribución que podrían hacer esas redes a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Se subrayó la importancia de lograr que la atención de salud estuviese disponible cerca del lugar donde viven los usuarios. Se había señalado que no debía subestimarse el

valor de las alianzas público-privadas, ya que podían ayudar a reducir costos y a ampliar la cobertura. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se había citado como ejemplo de una alianza público-privada fructífera. Se alentaba a la OPS a que combinara sinérgicamente su trabajo en esta área con el de la OMS y a que aprovechara las estrategias y los marcos existentes. El Comité había subrayado la necesidad de establecer metas e indicadores claros para la medición del avance hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante la creación de redes integradas de servicios de salud.

112. Con respecto al documento y al proyecto de resolución sobre este tema, algunos miembros del Comité Ejecutivo consideraron que debían fortalecerse las definiciones de algunos términos, por ejemplo, “red integrada de servicios de salud”, y aclarar los ejemplos. Habida cuenta del debate en el Comité del tema de salud familiar y comunitaria, también se había sugerido que el proyecto de resolución relativo al tema debería instar a los Estados Miembros a preparar un plan nacional de acción que promoviera la creación de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como la modalidad preferida para la prestación de servicios de salud. El Comité había aprobado la resolución CE144.R7, que incorporaba la modificación relativa a la salud familiar y comunitaria.

113. Al igual que el Comité Ejecutivo, el Consejo apoyó firmemente el método propuesto para la integración de la prestación de servicios de salud a través de redes y el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Los delegados opinaron que el enfoque ayudaría a reducir la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud y mejoraría el acceso a los servicios de salud para las poblaciones pobres y subatendidas. Se señaló, sin embargo, que la atención primaria de salud no debía considerarse exclusiva o principalmente como una estrategia para prestar servicios de atención de salud a los pobres, sino como un medio de lograr mayor cobertura y equidad en los sistemas de atención de salud. También se señaló que los sistemas de prestación de asistencia sanitaria dominados por los hospitales que predominaban en muchos países, con su marcada dependencia de tecnologías complejas y costosas, habían conducido al alza de los costos y al acceso limitado a los servicios, pero no había generado mejores resultados de salud. Se subrayó la necesidad de abordar los temas de la cobertura de atención de salud y de la protección social para los que carecían de ellas, en particular en los países en desarrollo.

114. Los delegados reafirmaron su apoyo a los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata, destacando en particular la importancia de la promoción de la salud, la participación comunitaria y la responsabilidad y responsabilización del gobierno. También se subrayó la importancia de la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud, al igual que la necesidad de capacitar recursos humanos suficientes para trabajar a nivel de la

atención primaria. Para el éxito de las redes integradas de prestación de servicios de salud se consideraban cruciales el mejoramiento de la capacidad de respuesta y el aseguramiento de la calidad de la atención, además de la satisfacción de los usuarios a nivel de la atención primaria. Una delegada, al indicar que los usuarios que no estaban satisfechos con los servicios prestados a nivel de la atención primaria tenían mayores probabilidades de buscar atención directamente en el nivel secundario o terciario, subrayó la necesidad de contar con sistemas de gestión de calidad que tuvieran en cuenta las opiniones tanto de los usuarios como de los proveedores de servicios de salud. Otra delegada señaló a la atención de los asistentes la influencia de la internet y de otras fuentes de información en las ideas y las expectativas de los consumidores de servicios de salud con respecto a la atención de salud.

115. Los delegados describieron una variedad de estrategias e iniciativas de sus países para establecer redes de prestación de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud, entre otras, un sistema centrado en policlínicas, un programa de atención de salud móvil concebido para llegar a poblaciones aisladas y marginadas, utilización de tecnologías de telesalud para fortalecer la capacidad al nivel local de atención primaria de salud y la creación de “macrorredes” regionales y nacionales de centros especializados de atención de salud para abordar las necesidades de salud que no pueden abordarse dentro de las redes locales. Varios delegados destacaron el valor de las alianzas público-privadas para ampliar los servicios de salud, aunque también se señaló que las entidades públicas y privadas dedicadas a la salud a veces transmitían mensajes dispares con respecto al suministro y el consumo de servicios de salud.

116. Se subrayó que toda estrategia concebida para mejorar los sistemas de prestación de servicios de salud debía basarse en la mejor evidencia disponible, entre otros el conjunto considerable de trabajo acumulado por la OMS sobre el tema. Se alentó a la OPS a que procurara que su trabajo en esta área estuviese coordinado con el de la OMS y que no se duplicaran esfuerzos. También se hizo hincapié en que debía haber flexibilidad en el diseño y el funcionamiento de las redes de atención de salud para adaptarlas a las necesidades de salud heterogéneas de diferentes poblaciones y a las características socioeconómicas dispares de los países. Al mismo tiempo, se señaló que los países de la Región tenían algunas características y problemas de salud comunes y, por consiguiente, podían aprender de las experiencias de unos y otros. Numerosos delegados subrayaron la importancia del seguimiento y la evaluación del desempeño de las redes integradas de prestación de servicios de salud. Se recibió con beneplácito la inclusión de algunos indicadores generales de avance en el documento sobre este tema, y se indicó que debía establecerse un plazo para evaluar la repercusión de las estrategias propuestas.

117. El doctor Hernán Montenegro (Asesor Principal, Sistemas de Salud y Protección Social, OSP) agradeció a los Estados Miembros que habían participado y dado su apoyo a las reuniones nacionales, subregionales y regionales de consulta en las que se habían

hecho aportes acerca de la política regional para la creación de redes integradas de prestación de servicios de salud. Consideraba que el documento y el proyecto de resolución sobre este tema reflejaban las opiniones y las inquietudes expresadas por los delegados. Presentaban un enfoque encaminado a renovar y ejecutar la estrategia de atención primaria de salud, y reconocían la importancia de, por ejemplo, la flexibilidad, la satisfacción de los usuarios, la acción intersectorial, las alianzas público-privadas y el seguimiento y la evaluación del progreso. Con respecto a estos últimos, la OPS seguiría esforzándose por elaborar indicadores y métodos para medir el desempeño de las redes de prestación de servicios de salud y de los sistemas de salud en general, velando por que sus esfuerzos en esa esfera estuviesen coordinados con los de la OMS. La Organización también seguiría recabando información sobre las experiencias de los Estados Miembros al crear y poner en funcionamiento las redes integradas basadas en la atención primaria de salud. Esa información sería una fuente valiosa de datos probatorios y de mejores prácticas.

118. El Consejo aprobó la resolución CD49.R22 sobre este tema, instando a los Estados Miembros a que prepararan un plan nacional de acción que promoviera la creación de redes integradas de prestación de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como la modalidad preferida para la prestación de servicios de salud en el país.

Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD49/17)

119. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio, el Comité Ejecutivo había considerado una actualización acerca del progreso alcanzado para elaborar un nuevo marco institucional para BIREME, que comprendía tres instrumentos jurídicos: un Estatuto, un acuerdo de sede y un acuerdo de instalaciones. Se había informado al Comité que la finalidad del nuevo marco institucional era implantar una estructura nueva de gobernanza y garantizar una fuente estable y equilibrada de financiamiento para la labor de BIREME. El Comité había examinado una versión preliminar del Estatuto y había propuesto varias modificaciones al Artículo IV sobre los miembros de BIREME; al artículo VI, en relación con el Comité Asesor propuesto; al artículo VII, que se refería al Comité Científico propuesto; y al Artículo VIII, en cuanto a la Secretaría de BIREME. Esos cambios se habían incorporado en una versión revisada del documento y se reflejaban en el documento CD49/17. El Comité había aprobado la resolución CE144.R24, recomendando que el 49.º Consejo Directivo aprobara el nuevo marco institucional para BIREME y el Estatuto propuesto.

120. En el debate que siguió al informe presentado por la doctora Muñoz, los delegados expresaron su agradecimiento por el trabajo de BIREME y manifestaron su

apoyo al nuevo marco institucional propuesto, que a su modo de ver mejoraría la capacidad del Centro para la gestión y la difusión de la información.

121. El Delegado del Brasil dijo que era motivo de orgullo para su país ser el anfitrión de BIREME, que había efectuado una contribución enorme a la producción y la difusión de la información científica en la Región, y había desempeñado una función pionera en el uso de las tecnologías de la información, como el CD-ROM. Brasil aplaudía la función desempeñada por el Centro para aumentar el acceso a la información sanitaria en idioma portugués a través de la red ePORTUGUÊSe de la OMS, que usaba el modelo de la Biblioteca Virtual en Salud elaborado por BIREME. Su Gobierno apoyaba firmemente el nuevo marco institucional.

122. La Directora dijo que la elaboración del nuevo marco institucional formaba parte de un proceso en curso de examinar la situación de todos los centros panamericanos para adaptarlos a las necesidades en constante cambio de la Región y a las prioridades establecidas por los Estados Miembros en el Plan Estratégico para el período 2008-2012, así como en otros documentos de política y planificación. En los dos decenios anteriores, habían ocurrido muchos cambios en el ámbito de la gestión del conocimiento, que se habían tornado cruciales para el progreso de muchas actividades relacionadas con la salud. La colaboración entre el Gobierno del Brasil, la OPS y BIREME había funcionado extraordinariamente bien. El Centro se había convertido en un recurso valioso no solo para los Estados Miembros de la OPS sino para los Estados Miembros de otras regiones de la OMS y para la propia OMS. BIREME no solo servía como repositorio de la información, sino que había desempeñado una función clave en la formación de las redes de bibliotecas nacionales de salud, con lo cual se facilitaba el intercambio de información científica en toda América y el resto del mundo. La existencia de esas redes de colaboración había contribuido al progreso en múltiples áreas del quehacer sanitario.

123. La Directora manifestó su agradecimiento al Gobierno del Brasil por el apoyo brindado al Centro a lo largo de los años, así como al Director de BIREME y a la Oficina del Asesor Jurídico de la Organización por su arduo trabajo para preparar el nuevo marco institucional.

124. El Consejo aprobó la resolución CD49.R5, por la cual se aprobó el Estatuto de BIREME.

Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (documento CD49/18)

125. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión que el Consejo Directivo del INCAP había resuelto asumir la responsabilidad exclusiva de la administración del

Instituto, con entrada en vigor a partir de septiembre del 2009, y modificar su Convenio Básico en consecuencia. También se había informado al Comité que la Directora había establecido varios grupos de trabajo para abordar los diversos aspectos técnicos, administrativos y legales de la transferencia de la responsabilidad administrativa, con miras a procurar una transición sin tropiezos y la preservación de la funcionalidad y el liderazgo del Instituto en las esferas de la nutrición y la seguridad alimentaria. Se había aprobado la mayor parte de los documentos clave para la transferencia de la responsabilidad administrativa al Consejo Directivo del INCAP, aunque las atribuciones y el procedimiento para la selección del próximo director del INCAP todavía se estaban finalizando. El Comité Ejecutivo había aprobado la resolución CE144.R20, recomendando que el Consejo Directivo de la OPS aprobara la transferencia de la administración del instituto al Consejo Directivo del INCAP.

126. La Delegada de Guatemala indicó que el Ministerio de Salud de Guatemala compartía la sede con el INCAP y que tanto el apoyo recibido del Instituto como el intercambio de experiencias habían sido positivos. Agregó que su país apoyaba incondicionalmente la propuesta presentada en el documento de reestructuración del INCAP y esperaba el establecimiento de su Consejo Directivo.

127. La doctora Socorro Gross (Subdirectora, OSP) informó que el procedimiento para seleccionar el próximo director de INCAP había sido aprobado con la mayoría requerida y se estaba preparando una lista de los posibles candidatos en cooperación con el Presidente del Consejo Directivo del INCAP. Se esperaba que la selección pudiera tener lugar en la próxima sesión de este último, que se celebraría en diciembre. Se había previsto que el resto de los documentos estarían terminados muy pronto; luego, tan pronto se terminara la auditoría a finales de diciembre o principios de enero, la OPS estaría en condiciones de transferir la administración del INCAP a su Consejo Directivo. La OPS seguiría formando parte del INCAP, ya que seguiría siendo miembro del Consejo Directivo del INCAP, y la Organización también seguiría apoyando las iniciativas relacionadas con la nutrición, de acuerdo con ese Consejo.

128. La Directora observó que la transferencia de la administración había sido un proceso de varios años durante los cuales el INCAP se había fortalecido gradualmente en preparación para su separación administrativa de la Organización. La nueva estructura facilitaría la movilización de recursos para el INCAP y fortalecería al Instituto, con lo cual podría desempeñar una función más activa para abordar los problemas de la desnutrición y de la malnutrición debida al exceso de alimentos, que se había destacado durante el reciente debate de tipo panel (véanse párrafos 163 a 167 abajo).

129. El Consejo aprobó la resolución CD49.R16 en la que se solicitó a la Directora que tomara las medidas necesarias para una transferencia ordenada de la administración del INCAP a su Consejo Directivo.

Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables (documento CD49/19)

130. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había apoyado firmemente el plan de acción propuesto sobre la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables, y había recomendado que el Consejo Directivo lo aprobara. Varios miembros habían señalado que el plan estaba plenamente de acuerdo con los planes y estrategias nacionales para prevenir la ceguera y las deficiencias visuales y habían descrito varios programas en marcha en sus países. En respuesta a la consulta de un delegado, se había explicado que la retinopatía de la prematuridad causaba más de la mitad de los casos de ceguera en niños en América Latina y el Caribe y, por ese motivo, se había determinado que era una prioridad en el plan de acción. Se había indicado que el objetivo 1.2.2 del plan, en el que se señalaba a las personas de ascendencia hispana y africana como grupos de alto riesgo para la retinopatía diabética, debía hacerse más genérico, modificándolo de la siguiente forma “grupos étnicos expuestos a alto riesgo, dependiendo del país”. Esa sugerencia se había incorporado en la versión revisada del plan presentada al Consejo.

131. El Consejo Directivo recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS con respecto a la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales y apoyó el plan de acción, que se consideraba como un medio de mejorar los servicios de atención oftalmológica y alcanzar los objetivos de la iniciativa mundial Visión 2020. Se puso de relieve la importancia de fortalecer la atención oftalmológica a nivel de la atención primaria, igual que la necesidad de fortalecer la infraestructura y los recursos humanos para atención oftalmológica. Los delegados destacaron la repercusión que tiene sobre la salud ocular el envejecimiento de la población y la prevalencia cada vez mayor de la diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Los delegados también pusieron de relieve la importancia del tamizaje temprano para detectar la retinopatía en los niños. Se subrayó la importancia de las alianzas y la cooperación técnica entre países en materia de atención oftalmológica y la prevención de la ceguera. Varios delegados mencionaron que ciudadanos de sus países habían recibido asistencia a través del programa cubano–venezolano de cirugía ocular Misión Milagro, y por ello expresaban su gratitud a los gobiernos de Cuba y Venezuela. Un delegado indicó que la OPS debería aportar recursos para apoyar y fortalecer el programa de manera que pudiera atender a más países.

132. El Delegado de Cuba dijo que el programa Misión Milagro había sido puesto en marcha por su país en colaboración con Venezuela en julio del 2004. Había empezado en Venezuela y posteriormente se había extendido a 33 países de las Américas y África. Más de 1,6 millones de pacientes se habían beneficiado de la cirugía ocular, principalmente para corregir la catarata; cerca de 268.000 de esos pacientes habían viajado a Cuba para la intervención quirúrgica y todos sus gastos de transporte, alimentos, alojamiento y atención médica se habían cubierto en forma gratuita. El resto se había sometido a la

intervención, realizada por los médicos cubanos, en sus países. El éxito del programa indicaba que el problema de la ceguera evitable podría eliminarse en gran parte.

133. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente, Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, OSP) dijo que la ceguera evitable formaba parte de la agenda inconclusa de los problemas de salud que podían prevenirse o curarse con la tecnología actualmente disponible, y que el plan de acción, en combinación con el trabajo de la Organización en el ámbito de las enfermedades desatendidas, como el tracoma y la oncocercosis, permitiría el avance rápido hacia su eliminación. Estaba claro que era importante aprovechar las iniciativas internacionales como Visión 2020 y promover el intercambio de experiencias y cooperación entre los países mediante programas como Misión Milagro, que en verdad habían tenido efectos importantes para disminuir en la prevalencia de la ceguera evitable en la Región. Agradeció a los delegados el intercambio de información acerca de las iniciativas en marcha en sus países y dijo que a la OPS le complacería colocar esa información en su sitio web para que estuviera más fácilmente al alcance de otros países.

134. El Consejo aprobó la resolución CD49.R11 en la que se adoptó el plan de acción.

Salud familiar y comunitaria (documentos CD49/20)

135. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la inclusión del tema de la salud familiar y comunitaria en el orden del día de los Cuerpos Directivos en el 2009. El Comité había destacado la naturaleza transversal del tema. Los delegados habían subrayado la importancia del fortalecimiento de los servicios de salud para responder a las necesidades especiales de las personas en diferentes etapas de la vida y en el contexto de sus familias y comunidades. Además, habían hecho hincapié en la importancia de consolidar los servicios de extensión de salud por conducto de equipos multidisciplinarios formados por personal de salud. El enfoque de salud familiar y comunitaria se había considerado como particularmente importante para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y se había indicado que el objetivo estratégico 3 del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012 debería estar incluido entre los objetivos que se fortalecerían y apoyarían mediante la labor que se llevaría a cabo en este ámbito. También se había sugerido que tanto el documento como el proyecto de resolución sobre el tema deberían reconocer la importancia del género y de los enfoques interculturales en los servicios de salud familiar y comunitaria.

136. El Consejo expresó el acuerdo general con el documento conceptual (documento CD49/20). El enfoque de salud familiar y comunitaria se consideró como un aspecto clave de la estrategia de atención primaria de salud, del desarrollo de redes integradas de prestación de servicios de salud y del logro de la cobertura universal de atención de salud.

Varios delegados señalaron que la aplicación eficaz del enfoque familiar y comunitario exigiría un cambio radical en el modelo de atención de salud y en la filosofía de la prestación de servicios de salud, y que también requeriría el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y de la capacidad de respuesta a nivel de la atención primaria. Con ese fin, se consideró necesario ofrecer incentivos para alentar a los profesionales de la salud a que eligieran las carreras de medicina familiar y comunitaria y a que promovieran mayor reconocimiento social y recompensas económicas para esos profesionales. Se indicó que el documento conceptual debía mencionar las aptitudes que deben tener los médicos que trabajan en los entornos de salud familiar y comunitaria y que esas aptitudes debían incorporarse en los programas de estudios de la escuela de medicina. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina afirmó que las carreras relacionadas con la atención primaria de salud, en particular en las áreas rurales o subatendidas, a menudo no se consideraban atractivas debido a la remuneración baja y a las pocas oportunidades que ofrecían para el avance profesional. Sugirió que la participación de los estudiantes de medicina en proyectos de atención de salud a la comunidad desde las primeras etapas de su educación ayudaría tanto a satisfacer las necesidades locales de atención de salud como a formar la capacidad necesaria. Esa experiencia de trabajo práctico también los dotaría de aptitudes que no se enseñaban fácilmente en un hospital.

137. Algunos delegados opinaron que en el documento y el proyecto de resolución sobre este tema se debía asignar más importancia a las medidas concretas que se necesitaban para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud, en particular el aislamiento, la exclusión y la pobreza, y que debían centrarse más en los aspectos programáticos del área de salud familiar y comunitaria que eran fundamentales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un delegado indicó que el inciso *e* del párrafo 12 del documento debía centrarse en la salud general en términos psicosociales y no en los aspectos netamente biomédicos de la salud física y mental. Otra delegada subrayó la necesidad de considerar a la salud como un proceso continuo desde la lactancia hasta la vejez. Varios delegados dijeron que la salud y el acceso a la atención de salud debían considerarse como derechos, y algunos señalaron que la Constitución de su país consagraba el derecho a la salud.

138. Los delegados describieron las medidas que sus países estaban tomando para poner en práctica el método de salud familiar y comunitaria, y destacaron características específicas del método que se consideraban especialmente importante en sus contextos nacionales. Varios delegados subrayaron la necesidad de determinar y abordar, mediante la acción intersectorial, los determinantes sociales, ambientales y conductuales de la salud. La colaboración entre los sectores de la salud y la educación al promover hábitos y modos de vida saludables se consideraban especialmente importantes. También se puso relieve en la importancia de detectar los riesgos y abordar los cambios en los factores de riesgo que ocurrían en el transcurso de la vida de una persona.

139. Muchos delegados también recalcaron la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud y su cobertura. Se señaló que los programas comunitarios de salud debían aplicar un enfoque intercultural que tuviese en cuenta las necesidades dispares de los diferentes grupos étnicos y culturales, con el respeto debido a las poblaciones indígenas y la medicina tradicional. También se subrayó la importancia de la perspectiva de género. Varios delegados destacaron la necesidad de adoptar un método integrado, abarcador y multidisciplinario para los servicios de salud familiar y comunitaria. Algunos delegados describieron los enfoques en equipo a la atención de salud que se estaban adoptando con buenos resultados en sus países. Otros delegados mencionaron la necesidad de asignar más atención a las necesidades especiales de las personas mayores, los hombres y los niños de edades comprendidas entre los 9 y los 12 años. También se consideraba importante tratar los problemas de salud que afectaban a los niños y niñas de la calle, así como los efectos que tenían la migración, la violencia, el abuso de sustancias psicotrópicas y el comercio ilícito de drogas en la salud de las personas, las familias y las comunidades. Varios delegados pidieron que se prestara atención especial al establecimiento de clínicas de atención primaria, programas de extensión y servicios de asistencia domiciliaria. Otros también señalaron la necesidad de asignar mayor importancia a las enfermedades crónicas y no transmisibles a nivel de la atención primaria. Se subrayó la importancia de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como de la participación comunitaria en esas actividades.

140. La doctora Gina Tambini (Gerente, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) dijo que la alentaba enormemente saber cómo estaban respondiendo los países a los retos que debían afrontar en sus iniciativas para mejorar sus servicios de salud familiar y comunitaria. El enfoque de salud familiar y comunitaria se basaba en el concepto de la salud como un derecho humano. Reconoció la necesidad de servicios de salud centrados en las personas y que abordaran los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. También reconoció la necesidad de los enfoques interculturales, la acción intersectorial y otras características mencionadas por los delegados. En efecto, la necesidad de acción intersectorial se reflejaba en el propio trabajo que realizaba la Oficina en esta materia, que hacía participar a su personal en diversas áreas programáticas. La Oficina estaba plenamente comprometida con el apoyo a los Estados Miembros para afrontar los retos de transformar sus sistemas de salud y adoptar modelos de atención más integrados y abarcadores.

141. La señora Daisy Mafubelu (Subdirectora General, Salud Familiar y Comunitaria, OMS) dijo que, en su opinión, el enfoque de salud familiar y comunitaria era esencial para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente los objetivos 4, 5 y 6 y, por consiguiente, alentaba a todos los países a que adoptaran modelos de atención de salud basados en la salud familiar y comunitaria.

142. El Consejo aprobó la resolución CD49.R13 sobre el tema.

El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas (documento CD49/21)

143. La doctora María Julia Muñoz (representante del Comité Ejecutivo) informó que este tema había sido examinado tanto por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración como por el Comité Ejecutivo a petición del delegado de un Estado Miembro, quien había subrayado la necesidad de examinar la forma en que el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS se insertaba en la nueva arquitectura mundial de salud y, especialmente, su relación con la Alianza GAVI. Había subrayado la necesidad de procurar que el Fondo Rotatorio y la Alianza GAVI no trabajaran en pos de objetivos distintos. Algunos miembros del Subcomité habían cuestionado el valor de un debate acerca del Fondo Rotatorio en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, ya que en su opinión la labor del Fondo había sido, y seguía siendo, satisfactoria. Sin embargo, se había señalado que parecía haber algunos matices que no estaban claros para todos los Estados Miembros, y que un debate quizá condujera a mayor transparencia y claridad en cuanto a los asuntos en cuestión. Por consiguiente, se había acordado que el tema se incluiría en el orden del día del Comité Ejecutivo; y que, fuera de la sesión formal, se realizaría una discusión técnica informal, con la participación de otros asociados, entre ellos, representantes de la Alianza GAVI; y que el tema luego sería examinado por el Comité Ejecutivo en la sesión formal. Un informe del debate técnico figura como anexo al informe anual del Comité Ejecutivo (documento CD49/2).

144. El debate del tema en el Comité Ejecutivo se había centrado en particular en los diversos tipos de vacuna antineumocócica conjugada y en algunos problemas que se habían planteado con respecto al acceso a la vacuna por los países de la Región de las Américas que formaban parte de la Alianza GAVI. Se había informado al Comité que, con miras a superar algunos obstáculos en relación con la aplicación del mecanismo de Compromiso Anticipado de Mercado, la Directora de la OPS había declarado una moratoria en las compras de la vacuna antineumocócica conjugada decavalente, la vacuna seleccionada para el proyecto piloto del Compromiso Anticipado de Mercado. La Directora también había establecido un grupo de trabajo de la OPS y la Alianza GAVI para buscar maneras de garantizar el acceso a la vacuna antineumocócica para todos los países de la Región.

145. Los miembros del Comité Ejecutivo habían reafirmado su apoyo al Fondo Rotatorio y habían subrayado la importancia de garantizar el acceso equitativo a los medicamentos y las vacunas de alta calidad al precio más bajo disponible para todos los programas públicos de vacunación en los Estados Miembros. También se había hecho hincapié en la importancia del Fondo Rotatorio como un mecanismo de cooperación que facilitaba la introducción de las vacunas nuevas de alta calidad.

146. En el debate sobre el tema que tuvo lugar en el Consejo Directivo, los delegados apoyaron inequívocamente al Fondo Rotatorio y se opusieron a cualquier intento de debilitarlo o de socavar los principios de solidaridad y panamericanismo sobre los cuales se había fundado. Los delegados también se opusieron firmemente a toda medida que pudiera interferir con la capacidad del Fondo de obtener vacunas al precio más bajo disponible. Se señaló que el Fondo permitía a los estados pequeños beneficiarse de las economías de escala que resultaban de la adquisición de las vacunas a granel. También se señaló que el Fondo no solo permitía el acceso oportuno a las vacunas a precios asequibles, sino que también garantizaba que las vacunas adquiridas fueran de alta calidad. Se subrayó la función del Fondo para facilitar la introducción de las vacunas nuevas. Varios delegados señalaron que los programas públicos de vacunación de sus países dependían totalmente del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas.

147. La Delegada de Jamaica dijo que en la subregión del Caribe una proporción considerable de las vacunas administradas por el sector privado se obtenían de los gobiernos, que adquirían las vacunas por conducto del Fondo Rotatorio. Subrayó que las compras por medio de licitaciones competitivas y la consolidación de los pedidos de vacunas a través del Fondo habían ayudado a mantener las vacunas asequibles para los países del Caribe, que no eran grandes compradores y que no estaban en condiciones de negociar competitivamente por cuenta propia con los fabricantes. También señaló que otra de las ventajas del Fondo Rotatorio era su capacidad de responder rápidamente a los pedidos urgentes de vacunas gracias a los contratos establecidos con los proveedores. Además, había facilitado los préstamos de vacunas entre los países en casos de emergencia porque los países se sentían seguros de que cualquier préstamo de vacunas les sería devuelto rápidamente por conducto del Fondo. El Delegado de la Argentina señaló que el Fondo no sólo había facilitado el acceso equitativo a vacunas de calidad a precios asequibles, sino que también había ayudado a fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, las redes de laboratorios y la vigilancia de sucesos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). También informó que los ministros de salud de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), en una reunión celebrada en el Ecuador en agosto del 2009, habían solicitado el fortalecimiento del Fondo Rotatorio como la principal estrategia para la negociación y las compras de vacunas para la Región, en particular de la vacuna contra la gripe por A (H1N1).

148. Numerosos delegados señalaron que el Fondo Rotatorio tendría un papel crucial que desempeñar al asegurar la disponibilidad y la asequibilidad de la vacuna contra el virus A (H1N1). La Delegada de El Salvador, apoyada por algunos otros delegados, subrayó que la pandemia de gripe debía verse como un problema de toda la humanidad y que la solidaridad, no la capacidad de pago, debía ser el principio orientador de las medidas que se tomaran en respuesta a ella, entre otras las que influían en la disponibilidad y el precio de la vacuna. También indicó que la OPS debía convocar a una reunión de alto nivel para analizar las características de la producción de vacunas y para

buscar maneras de mitigar los efectos del costo elevado de las vacunas en los presupuestos de los países de la Región.

149. Las Delegadas de Canadá y de los Estados Unidos, luego de señalar que sus países eran miembros de la Alianza GAVI, recibieron con beneplácito la colaboración entre la OPS y la Alianza GAVI a través del grupo de trabajo de la OPS y la Alianza GAVI y alentaron a ambas partes a trabajar para llegar a un arreglo que protegiese al Fondo Rotatorio al tiempo que permitiese la aplicación oportuna del Compromiso Anticipado de Mercado. Los delegados también hicieron un llamamiento a la OPS para apoyar la transferencia de tecnologías y otras medidas que impulsasen la capacidad de producción de vacunas en los países de la Región.

150. La doctora Socorro Gross (Subdirectora, OSP) agradeció a los delegados sus expresiones del apoyo al Fondo Rotatorio y dijo que la Organización estaba comprometida con el mantenimiento y el fortalecimiento del Fondo y sus principios fundamentales de solidaridad, panamericanismo, calidad y asequibilidad. Explicó al Consejo que la OPS y la Alianza GAVI estaban colaborando con un espíritu de respeto mutuo y de colaboración hacia el logro de la meta común de garantizar el acceso a las vacunas para todos los niños y adultos que las necesitasen.

151. La señora Daisy Mafubelu (Subdirectora General, Salud Familiar y Comunitaria, OMS) felicitó los Estados Miembros de la Región por su liderazgo en el área de la inmunización, según se observaba, por ejemplo, en la eliminación del sarampión, un éxito que las otras regiones de la OMS estaban esforzándose por emular. La OMS formaba parte del grupo de trabajo de la OPS y la Alianza GAVI, y seguiría trabajando para encontrar maneras amigables de tratar los temas que se estaban debatiendo, al tiempo que se preservaban los logros de la Región en el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

152. La Directora dijo que la conmemoración del 30.º aniversario del Fondo Rotatorio brindaría una oportunidad de reflexionar sobre el futuro del Fondo y su función para afrontar los retos planteados por el advenimiento de vacunas nuevas y costosas que fácilmente podrían duplicar o triplicar los presupuestos de vacunación de los países. Pensaba proponer ese asunto como uno de los temas para las deliberaciones de los Cuerpos Directivos en el 2010. La OPS estaba trabajando activamente en el tema de la transferencia de tecnologías y el perfeccionamiento de la capacidad de producción de vacunas y por mucho tiempo había apoyado las alianzas público-privadas para esa finalidad. Por medio del Sistema Regional de Vacuna (SIREVA), la Organización también había contribuido al desarrollo de las vacunas nuevas, había dado su apoyo a los ensayos clínicos y había participado en las actividades de farmacovigilancia de las vacunas. Afirmó que la OPS seguiría colaborando con la Alianza GAVI para el logro de la meta compartida de la inmunización universal.

153. El Consejo tomó nota del informe sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.

Mesa redonda sobre hospitales seguros (documentos CD49/22 y CD49/22, Add. I)

154. Se convocó un debate de mesa redonda para que los países pudieran intercambiar sus opiniones sobre el tema de los hospitales seguros. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente, Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorro en Casos de Desastre, OSP) al abrir el debate señaló que hasta 1985, cuando un hospital en la ciudad de México quedó destruido por un terremoto, no se había pensado mucho en la cuestión de cómo mantener a los hospitales seguros en caso de desastres. Agregó que desde entonces muchas cosas habían cambiado, ya que los países habían comprendido que era posible evitar ese tipo de desastres en los hospitales. Algunos países ya habían mostrado que era posible proteger a los hospitales. No obstante, había todavía muchos casos de servicios hospitalarios que dejaban de funcionar bajo la presión de un desastre grave. Los hospitales seguros habían sido el tema del Día Mundial de la Salud en el 2009 y se había elegido el mismo tema para la mesa redonda a fin de darle seguimiento al problema.

155. El doctor Claude de Ville de Goyet (consultor en preparativos para situaciones de emergencia de salud pública) pronunció el discurso de apertura en el cual subrayó que la seguridad hospitalaria era más que un tema médico; era también un tema económico, social y político. Muchos de los hospitales de zonas sumamente vulnerables habían dejado de funcionar por completo como consecuencia de los desastres naturales, unido a las deficiencias humanas y a la planificación inadecuada. La tragedia del hospital de la ciudad de México en 1985 había sido un punto decisivo en el enfoque adoptado por la comunidad sanitaria internacional frente a la seguridad hospitalaria. Había resultado evidente que los preparativos para casos de desastre abarcaban mucho más que capacitar al personal de respuesta ante los desastres y la atención de víctimas en gran escala; también era necesario lograr la seguridad de la estructura física de los hospitales. Se habían extraído otras lecciones de algunos desastres subsiguientes, como huracanes, terremotos e inundaciones.

156. El doctor de Ville de Goyet dijo que un hospital seguro era el que podía seguir funcionando o incluso ampliar su capacidad tras un desastre y describió algunos de los aspectos principales que debían tenerse en cuenta para garantizar que los hospitales cumplan con esa norma, por ejemplo, efectuar un análisis de vulnerabilidades utilizando el índice de seguridad elaborado por la OPS. También abordó los factores que debían considerarse al construir instalaciones nuevas y al decidir si debían modernizarse las estructuras antiguas. Agregó que el costo de diseñar establecimientos nuevos resistentes a los desastres era moderado si se planificaba en las fases iniciales. La modernización de los establecimientos existentes no siempre era una medida para ahorrar costos, en vista de que el costo de la modernización podría ascender a 40% del valor de reposición. Por otro

lado, las ganancias políticas y para la salud pública de la apertura de un hospital nuevo quizá superasen las ventajas de modernizar dos o tres establecimientos existentes. Concluyó su presentación al describir el progreso logrado en la Región de las Américas y las enseñanzas extraídas, en particular la de que un método fragmentado de la gestión de riesgos no funcionaba, que la seguridad hospitalaria no solo era un problema de tratamiento en caso de emergencias sino también un problema de desarrollo sostenible y que los ministerios de salud debían encabezar el proceso de reducción de riesgos.

157. Luego, los delegados participaron en uno de tres paneles de debate. En el panel 1 se abordó la pregunta de cómo lograr financiamiento para mejorar la seguridad en hospitales; en el panel 2 se consideraron las lecciones aprendidas en la ejecución de programas nacionales de hospitales seguros; y en el panel 3 se abordó la pregunta de quién estaba a cargo realmente de la protección de los hospitales frente a los desastres.

158. El doctor Poncelet presentó el informe final de los grupos de debate. Empezó su exposición refiriéndose a un informe reciente de noticias acerca del colapso de un hospital en Padang (Indonesia) causado por un terremoto. Ese incidente servía de recordatorio oportuno acerca de la importancia de los temas tratados durante la mesa redonda.

159. Para resumir las conclusiones de los paneles de debate, dijo que habían surgido tres puntos principales: 1) había consenso en cuanto a los principios fundamentales de los hospitales seguros; 2) había habido progreso en la Región, pero debido a que ese progreso no se haría evidente a menos que ocurriera un desastre, era importante divulgar los logros ejemplares; y 3) que era esencial traducir la teoría en práctica mediante la ejecución de proyectos que habían demostrado ser factibles. Los participantes habían subrayado la importancia de determinar las consecuencias de los desastres no solo en términos económicos, sino también en términos sociales, en particular el costo social de un deterioro prolongado de los servicios. Habían señalado que la modernización debía hacerse con un criterio muy selectivo, pero debía hacerse. Aunque era posible obtener financiamiento para esos fines, principalmente del presupuesto público, era necesario establecer prioridades para procurar que los fondos se utilizaran con sensatez.

160. Los tres paneles habían subrayado la necesidad de lograr un compromiso político de alto nivel y que los ministerios de salud debían estar a la vanguardia de las iniciativas sobre hospitales seguros, aunque también debían participar otros ministerios. Dentro de los ministerios de salud, debían incluirse todos los departamentos, no solo el departamento de preparativos para casos de desastre. El Índice de Seguridad Hospitalaria había sido reconocido como una herramienta muy útil y se había alentado a los países a que la aplicaran sistemáticamente en los establecimientos de salud a todos los niveles. Se había puesto de relieve que debía documentarse el desempeño de los hospitales en las situaciones de desastre para mostrar los logros y hacer notar lo que se había perdido

como resultado de no disponer de hospitales seguros. Por último, los participantes en la mesa redonda habían recomendado que el Consejo instara a la OPS a redoblar sus esfuerzos y abogar para alentar a los gobiernos a que ejecutaran las normas y los procedimientos que aumentarían la seguridad de los hospitales; que instara a los Estados Miembros a que, mediante el apoyo de la OPS elaboraran planes de trabajo nacionales encaminados a alcanzar la meta de los hospitales seguros; y que solicitase a la Oficina que preparara un informe sobre los progresos realizados a nivel regional para someterlo a la consideración del Consejo Directivo en el 2010.

161. El informe completo sobre las deliberaciones y las conclusiones de mesa redonda puede encontrarse en el documento CD49/22, Add. I.

162. El Consejo tomó nota del informe sobre la mesa redonda.

Debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documentos CD49/23, Rev. 1 y CD49/23, Add. I)

163. La moderación de este debate de tipo panel estuvo a cargo de la señora Sara Ferrer Olivella (Fondo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-España para el logro de los ODM). Los panelistas fueron el doctor Oscar Ugarte Ubilluz (Ministro de Salud, Perú), el señor Pedro Medrano (Director Regional para América Latina y el Caribe, Programa Mundial de Alimentos), el señor Ricardo Uauy (Presidente, Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición) y la doctora Mirta Roses Periago (Directora, OSP). El doctor Ugarte Ubilluz hizo una exposición acerca del enfoque adoptado por el Perú para combatir la tasa elevada de desnutrición en el país. La Directora describió las bases conceptuales de la Alianza, mientras que el señor Medrano habló de la importancia de un método interinstitucional para abordar los problemas de la desnutrición. El señor Uauy trató los determinantes sociales, biológicos y económicos de la nutrición materna e infantil.

164. Al formular sus observaciones sobre las presentaciones del panel, la señora Joy Phumaphi (Vicepresidenta de Desarrollo Humano, Banco Mundial) subrayó que la prevención y el control de las carencias nutricionales habían sido lentos hasta el presente; la señora Carmen María Gallardo Hernández (Vicepresidenta, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas) hizo hincapié en la necesidad de integrar la salud, la educación, la vivienda y otros sectores en el diálogo intergubernamental para abordar la nutrición; mientras que el señor David Oot (Vicepresidente Asociado, Programa Internacional, Save the Children) subrayó que muchos determinantes de salud quedaban fuera del alcance de las intervenciones del sector de la salud, de allí la importancia de la Alianza para integrar muchos sectores diferentes.

165. En el debate plenario que siguió, los miembros del Consejo Directivo recibieron con beneplácito la creación de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Varios delegados describieron los esfuerzos de sus países para enfrentar los problemas nutricionales, además hicieron notar que estaban adoptando un método multisectorial de lucha contra la desnutrición. Se informó que aun en los países donde los indicadores sobre la situación nutricional eran satisfactorios, se estaban tomando medidas para velar por la nutrición de los grupos vulnerables como los niños, los ancianos y las embarazadas. Varios delegados hicieron hincapié en los asuntos relativos a la lactancia materna, entre otros la promoción de la lactancia materna exclusiva, la necesidad de crear las condiciones para que las madres que estaban amamantando pudieran alimentar a sus bebés en el lugar de trabajo o de educación, y el control de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

166. Algunos delegados señalaron que la situación nutricional de los países había empeorado como resultado de la crisis económica y los efectos del cambio climático. Un delegado agregó que parte de los problemas nutricionales de la Región resultaban de la falta de estímulos a la agricultura y ganadería locales, en particular en el contexto de las importaciones de alimentos a bajo costo procedentes de países cuyos gobiernos subsidiaban su industria agropecuaria. Varios delegados mencionaron los problemas de la obesidad en sus poblaciones, en particular en los adolescentes, e indicaron que la Alianza podría desempeñar un papel importante mediante la promoción de hábitos de alimentación más saludables.

167. Más tarde, la doctora Gina Tambini (Gerente, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) expuso un informe sobre el debate, en el que se resumían las contribuciones de los panelistas y las delegaciones. Este informe puede encontrarse en el documento CD49/23, Add. I.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CD49/24 y CD49/24, Add. I)

168. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había notificado al Comité Ejecutivo que la recaudación combinada de las contribuciones atrasadas y de las contribuciones del año en curso hasta el 15 de junio del 2009 sumaban \$38 millones, que era la tercera cantidad más baja recaudada para esta fecha en los últimos 10 años. Diecinueve Estados Miembros habían efectuado pagos con respecto a sus compromisos de contribuciones pasadas o actuales, 12 Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus contribuciones correspondientes al 2009, todos los Estados Miembros con planes de pagos diferidos habían cumplido con esos planes y sólo

un Estado Miembro estaba potencialmente sujeto a las restricciones al voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

169. La señora Sharon Frahler (Gerente, Gestión de Recursos Financieros, OSP) agradeció los Estados Miembros el pago puntual de sus contribuciones y señaló que la recaudación oportuna de las contribuciones evitaba que pudiera haber alguna interrupción de los programas de cooperación técnica de la OPS. Explicó que el documento CD49/24 mostraba la situación de la recaudación de las contribuciones al 31 de julio del 2009 y el documento CD49/24, Add. I actualizaba la información hasta el 21 de septiembre del 2009. Desde la preparación de este último documento, se habían recibido dos pagos más, a saber: uno de \$199.874 efectuado por Puerto Rico y otro de \$1.482.123 del Brasil.

170. El total de las contribuciones correspondientes al 2009 pagadas hasta ese momento ascendía a \$43,6 millones, es decir, 46% del total de las contribuciones para el año que era de \$95,7 millones. El total de las cuotas atrasadas abonadas hasta esa fecha ascendía a \$25,1 millones, lo que había reducido el saldo pendiente en concepto de contribuciones atrasadas a \$6 millones. Por lo tanto, el pago combinado de las contribuciones atrasadas y las del año en curso sumaba \$69 millones, en comparación con \$53 millones en el 2008 y \$79 millones en el 2007.

171. Diecinueve Estados Miembros habían abonado la totalidad de sus contribuciones correspondientes al 2009, 8 Estados Miembros habían efectuado pagos parciales y 12 Estados Miembros no habían efectuado ningún pago en el año en curso. La Oficina Sanitaria Panamericana permanecía en estrecho contacto con los Estados Miembros en cuanto a sus pagos pendientes. A la apertura del 49.º Consejo Directivo, ningún Estado Miembro estaba sujeto a las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

172. El Consejo tomó nota de la información suministrada acerca de la recaudación de las contribuciones señaladas.

Informe financiero parcial del Director para 2008 (*Documento Oficial 335*)

173. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que la señora Sharon Frahler (Gerente, Gestión de Recursos Financieros, OSP) había informado al Comité Ejecutivo que en el 2008 la Organización había recibido un total de \$100,1 millones provenientes de contribuciones del año en curso y de años anteriores, así como \$16,1 millones en concepto de ingresos varios y \$3 millones que se habían prestado al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Después de la deducción de \$94 millones correspondientes a gastos del presupuesto por programas y \$5,6 millones asignados al Fondo de Igualación de Impuestos, el exceso de los ingresos sobre los gastos para el 2008 había sido de \$19,6 millones. Sin embargo, esa cifra no reflejaba cerca de \$11 millones correspondientes a las obligaciones del 2008 que se ejecutarían en el 2009. Un total de 24

Estados Miembros había abonado la totalidad de sus cuotas correspondientes al 2008, ocho habían efectuado pagos parciales y siete no habían efectuado los pagos correspondientes al 2008. El saldo pendiente de las contribuciones al 31 de diciembre del 2008 había sido de \$31 millones.

174. La señora Frahler también había señalado que las actividades de compras de la Organización en nombre de los Estados Miembros habían crecido sustancialmente en los últimos años. En el 2008, la OPS había recibido \$48 millones para la compra de suministros estratégicos de salud pública por conducto del Fondo Estratégico y el Fondo de Compras Reembolsables, un aumento de 56% sobre la cifra correspondiente al 2006, y \$322 millones para la compra de vacunas y jeringas por intermedio del Fondo Rotatorio, un aumento de 58%. Los ingresos de los fondos fiduciarios habían sumado \$165 millones en el 2008 y los ingresos de otros fondos de la OPS habían ascendido a \$30 millones. La asignación bienal de la OMS a la Región de las Américas había sumado \$81,5 millones, de los cuales la OPS había ejecutado \$37 millones hasta finales del 2008. También había ejecutado \$27 millones de fondos voluntarios y de otra procedencia de la OMS. Los gastos generales de la OPS en el 2008 habían ascendido a \$679 millones, de los cuales las compras de vacunas y jeringas por intermedio del Fondo Rotatorio representaban casi la mitad de esa cantidad. Los gastos presupuestarios ordinarios habían sumado \$94 millones.

175. La señora Frahler también había informado sobre la situación financiera del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Había descrito la situación financiera del CAREC y del INCAP como fuerte, con ingresos que superaban los gastos en el 2008 para ambos centros. El CFNI también había registrado un exceso de ingresos sobre los gastos, pero tenía un déficit acumulado en su Fondo de Trabajo, que la OPS estaba financiando. Después del resultado exitoso del 2008, el déficit había disminuido a cerca de \$268.000.

176. Luego de la presentación del informe por parte de la Representante del Comité Ejecutivo, la señora Frahler agradeció a los Estados Miembros su apoyo a la OPS, reflejado en el pago de sus contribuciones. También expresó el agradecimiento de la Organización a la doctora Chan y a la OMS por su asignación del año anterior a la Región de las Américas, que había sido el nivel más alto de financiamiento recibido alguna vez por la OPS de la OMS.

177. El Consejo tomó nota del informe financiero parcial.

Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras (documento CD49/25)

178. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que la señora Sharon Frahler (Gerente, Gestión de Recursos Financieros, OSP) había informado al Comité Ejecutivo acerca de varias modificaciones propuestas del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización. La señora Frahler explicó que los cambios eran necesarios debido a la introducción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público y el cambio resultante de pasar de la actual combinación de contabilidad de caja y una modalidad modificada de contabilidad de valores devengados a llevar toda la contabilidad en valores devengados. En el debate de este tema en el Comité, una delegada había observado que el cambio propuesto al artículo 4.6 del Reglamento Financiero, que autorizaba a la Directora a decidir si se trasladaría un excedente de ingresos a períodos subsiguientes, no incluía ninguna participación de los Cuerpos Directivos y había sugerido que se agregara la frase “y sujeto a la aprobación del Comité Ejecutivo”, al final de la primera oración.

179. La señora Frahler había explicado que “excedente de ingresos” era un concepto nuevo que se refería por ejemplo, a ganancias superiores a las previstas en las inversiones de la Organización, y que el objetivo del cambio propuesto en el artículo 4.6 era utilizar esos ingresos mayores para financiar las partes sin financiación del Plan Estratégico. A fin de permitir la ejecución rápida, se había propuesto que la Directora tuviera autoridad para tomar decisiones acerca de la forma de asignar esos ingresos excedentarios, para que los fondos pudieran gastarse a partir de enero. Agregó que si era necesario presentar el asunto al Comité Ejecutivo, que se reunía en general en junio, la ejecución podía retrasarse hasta seis meses.

180. Luego, la Directora sugirió que una alternativa a la obtención de la autorización del Comité Ejecutivo para utilizar el excedente de ingresos sería que esa autorización se obtuviera del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, para que la ejecución de cualquier actividad financiada por un excedente de ingresos pudiera comenzar en marzo.

181. El Comité Ejecutivo había aceptado esa propuesta y el cambio correspondiente se había incorporado en la versión del artículo 4.6 del Reglamento Financiero que figura en el documento CD49/25. El Comité había aprobado la resolución CE144.R17, recomendando que el 49.º Consejo Directivo aprobara los cambios propuestos del Reglamento Financiero.

182. La señora Frahler, recordando que muchos de los cambios habían sido necesarios debido a la adopción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, dijo

que se esperaba que las nuevas normas se estuvieran aplicando plenamente a más tardar el 1 de enero del 2010.

183. El Consejo aprobó la resolución CD49.R1, en la que se adoptaron los cambios propuestos del Reglamento Financiero.

184. Las modificaciones propuestas resultantes que se hicieron a las Reglas Financieras fueron posteriormente aprobadas por el Comité Ejecutivo (resolución CE145.R1), que se reunió inmediatamente tras la clausura del 49.º Consejo Directivo.

Propuesta de creación de un Comité de Auditoría (documento CD49/26)

185. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había tratado los términos de referencia propuestos para el Comité de Auditoría en junio del 2009. En marzo, el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había examinado una versión anterior de los términos de referencia que fue modificada considerando las observaciones de los Estados Miembros. Se había explicado que el objetivo de establecer un Comité de Auditoría era poner en práctica las recomendaciones de los auditores externos de la Organización mediante el establecimiento de un marco de gobernanza que reflejara las mejores prácticas internacionales. En concreto, la finalidad del Comité de Auditoría propuesto era servir de comité consultivo de expertos para asesorar a la Directora y a los Estados Miembros, por intermedio del Comité Ejecutivo, mediante evaluaciones y recomendaciones independientes sobre el funcionamiento de los mecanismos de control financiero y de presentación de informes de la Organización, sus procesos de gestión de riesgos y la idoneidad de sus sistemas de control interno y externo.

186. El Comité Ejecutivo había expresado su apoyo a los términos de referencia revisados y había aprobado, con dos modificaciones menores, la resolución CE144.R1, en la que recomendaba que el 49.º Consejo Directivo estableciera el Comité de Auditoría y aprobara sus términos de referencia.

187. La Directora recordó que el establecimiento de un comité de auditoría había sido una de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, y expresó su confianza en que ese comité mejoraría la transparencia y apoyaría la gestión orientada a la consecución de resultados, además de hacer converger a la OPS con las prácticas de otras organizaciones internacionales, entre otras la OMS. También anunció que después de una larga búsqueda la Organización había contratado los servicios de un Auditor General, el señor David O'Regan, con lo cual se superaba una inquietud expresada reiteradamente por los Cuerpos Directivos.

188. En el debate a continuación se recibieron con beneplácito la creación del Comité de Auditoría y el nombramiento del Auditor General. Una delegada observó que el

Comité de Auditoría ayudaría a los Estados Miembros a ejercer sus responsabilidades de gobernanza con respecto a la Organización.

189. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD49.R2, por medio de la cual se aprobó la creación del Comité de Auditoría y se aceptaron sus términos de referencia.

Sueldo del Director y Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CD49/27)

190. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había respaldado una modificación propuesta del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal, relativo a la resolución de controversias contractuales entre la Oficina Sanitaria Panamericana y miembros de su personal; además, había fijado los sueldos del Director Adjunto y el Subdirector de la Oficina, con efecto a partir del 1 de enero del 2009. El Comité había recomendado que el Consejo Directivo aprobara la modificación propuesta al párrafo 11.2 del Estatuto del Personal y fijara el sueldo anual bruto del Director en \$194.820.

191. El Consejo aprobó la resolución CD49.R21, en la que se fijó el sueldo del Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana con efecto desde el 1 de enero del 2009 y se aprobó una modificación del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal que se refiere a la resolución de controversias contractuales entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los miembros de su personal.

Selección de Estados Miembros para formar parte de consejos o 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 del Brasil (documento CD49/28)

192. El Consejo seleccionó al Ecuador como el Estado Miembro facultado para designar una persona para participar en la Junta Coordinadora Común (decisión CD49[D5]).

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México (documento CD49/29)

193. El Consejo seleccionó a Guatemala y Paraguay como los Estados Miembros facultados para designar un representante en el Comité (decisión CD49[D6]).

Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CD49/30)

194. El Consejo eligió a Argentina, Chile, República Dominicana, Jamaica y México para participar en el Comité Asesor de BIREME. Para lograr el escalonamiento requerido de los mandatos, el Consejo decidió, por sorteo, que Argentina, Chile y República Dominicana servirían durante tres años y que Jamaica y México servirían durante dos años.

195. El Consejo aprobó la resolución CD49.R6 sobre este tema.

Premios

Premio OPS en Administración 2009 (documento CD49/31)

196. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que se había notificado al Comité Ejecutivo que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2009, que se había reunido en ocasión de la 144.^a sesión del Comité, había decidido que el premio debía conferirse a la doctora Merceline Dahl-Regis, de las Bahamas, por su contribución a la gestión e investigación de servicios de salud y a la capacitación médica para la atención primaria de salud, así como por su liderazgo en la institucionalización de un sistema de vigilancia de salud pública en todas las Bahamas y en la evaluación y la redefinición de los parámetros para la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. El Comité Ejecutivo había felicitado a la doctora Dahl-Regis y había aprobado la resolución CE144.R22, en la que hacía notar la decisión del Jurado y transmitía su informe al 49.º Consejo Directivo.

197. La Presidenta y la Directora entregaron el Premio OPS en Administración a la doctora Merceline Dahl-Regis. El discurso de aceptación de la doctora Dahl-Regis (documento CD49/DIV/8) puede encontrarse en el sitio web del 49.º Consejo Directivo.

198. Un delegado de las Bahamas también intervino para agradecer a la OPS el honor concedido a la doctora Dahl-Regis y a las Bahamas. Rindió homenaje a su dedicación, observando que con la doctora Dahl-Regis como Médico Jefe, las personas de las Bahamas podían dormir tranquilas cualesquiera que fuesen los peligros que amenazaran la salud.

Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2009

199. El doctor Benjamín Caballero (Presidente de la Junta Directiva, Fundación Panamericana de la Salud y Educación) recordó que durante 41 años la Fundación se había asociado con la OPS para fomentar la meta de protección de la vida y mejora de la salud en las Américas. Como parte de ese proceso, todos los años se otorgaban varios premios a la excelencia en la salud pública interamericana. En el 2009, el Premio Fred L. Soper a la Excelencia en la Bibliografía de Salud fue otorgado al doctor Guilherme Luiz Guimarães Borges, de México; el Premio Clarence H. Moore por Servicio Voluntario se confirió a la Red de América Latina y el Caribe de Personas Transgénero (REDLACTRANS); y el Premio Pedro N. Acha a la Salud Pública Veterinaria se adjudicó a la doctora Ilane Hernández Morales de México. Estos premios se entregaron en una cena que tuvo lugar durante la semana en que se celebró el Consejo Directivo.

200. El doctor Caballero anunció que el Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2009 se le había otorgado al doctor Eduardo Pretell Zárate del Perú, Coordinador Regional para América del Consejo Internacional para el Control por Deficiencias de Yodo. El doctor Pretell Zárate era reconocido ampliamente como experto destacado en los trastornos por carencia de yodo en la Región de las Américas. Había sido pionero en la identificación y la prevención de las carencias de yodo durante el embarazo, que daban lugar al daño cerebral irreversible en el recién nacido. En toda su carrera, el doctor Pretell Zárate había combinado su trabajo científico sobresaliente con el servicio público, y ejerció los cargos de Ministro de Salud del Perú desde el 2000 al 2001 y de Presidente de la Academia Nacional de Medicina Peruana del 2005 al 2007.

201. El doctor Caballero, la Presidenta y la Directora entregaron el Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2009 al doctor Eduardo Pretell Zárate. El discurso de aceptación del doctor Pretell Zárate (documento CD49/DIV/9) puede encontrarse en el sitio web del 49.º Consejo Directivo.

Reconocimiento de los Campeones de la Salud de la OPS

202. La Presidenta reconoció a Sesame Workshop como uno de los Campeones de la Salud de la OPS por sus esfuerzos incansables para promover la salud de los niños a través del celebrado programa Plaza Sésamo y anunció que los representantes de esta organización recibirían el Reconocimiento Campeones de la Salud en una ceremonia

posterior. Se mostró un video en el cual aparecían cortos educativos recientes en los que los personajes de Plaza Sésamo daban consejos relacionados con la salud, en particular en cuanto al lavado de las manos y las buenas costumbres al toser y estornudar.

Establecimiento del Premio Sérgio Arouca a la Excelencia en Salud Pública

203. El doctor José Gomes Temporão (Ministro de Salud, Brasil) anunció el establecimiento de un nuevo premio a la excelencia en salud pública. El nuevo premio honrará a Sérgio Arouca, médico sanitarista brasileño.

Asuntos de información general

Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión (documento CD49/INF/1)

204. La doctora Marthelise Eersel (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido con beneplácito la iniciativa para preparar un código de prácticas mundial para la contratación internacional del personal de salud y había determinado varias de las características que debía tener ese código. Se había subrayado que el código debía ser voluntario, debía equilibrar adecuadamente los intereses de los países de origen y de destino, y debía tener en cuenta los factores que impulsaban al personal sanitario a buscar empleo fuera de sus países de origen. También se había hecho hincapié en que el código no debía contener disposiciones que pudieran limitar el derecho de las personas a emigrar legalmente para buscar una vida mejor para sí mismos y sus familias. Se había subrayado la necesidad de reglamentar las prácticas de los organismos de contratación. Se había considerado importante para los países de destino crear incentivos a fin de asegurar la suficiencia y la sostenibilidad de su mano de obra sanitaria interna, y se había puesto de relieve que los esfuerzos de los países para abordar la escasez de fuerza laboral no debían profundizar las inequidades existentes entre los países ni menguar la capacidad de ningún país para garantizar el acceso a la atención de salud para sus habitantes. Se había expresado apoyo al establecimiento de límites en la contratación internacional del personal de salud de los países que tienen una escasez crítica de trabajadores sanitarios, y se había indicado que debían fijarse topes de emigración para ciertas categorías de profesionales.

205. El Comité Ejecutivo había expuesto sus inquietudes acerca del cronograma propuesto para las consultas nacionales y regionales sobre el proyecto de código de prácticas y había expresado dudas de que fuese posible tratar adecuadamente todos los temas en cuestión y lograr el consenso antes de la próxima Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010.

206. El doctor Manuel Millar Dayrit (Director, Departamento de Recursos Humanos para la Salud, OMS) presentó un panorama del trabajo realizado desde el 2004, cuando la Asamblea Mundial de la Salud había solicitado en su resolución WHA57.19, entre otras cosas, que se preparara un código de prácticas. Una versión preliminar del código se había presentado al Consejo Ejecutivo en su 124.^a reunión de enero del 2009, pero los Estados Miembros habían considerado que era necesario efectuar otras consultas sobre el tema. Los Comités Regionales de todas las regiones de la OMS habían examinado el tema en el 2009 y, en general, habían apoyado la preparación del código y su naturaleza voluntaria; sin embargo, los debates regionales también habían dejado claro que el código era sólo uno de muchos métodos y estrategias para abordar las cuestiones de la fuerza laboral para el sector de la salud. No obstante, se consideraban necesarios el liderazgo mundial sobre el tema y un código de prácticas.

207. En general, el Consejo recibió con beneplácito el contenido del proyecto de código de prácticas. Los delegados opinaron que el documento podía ir más lejos, pero que se trataba de un buen primer paso, en particular, porque en él se intentaba equilibrar los intereses tanto del país de origen como de los países de destino. Se volvió a subrayar que debían examinarse tanto los factores potenciadores como los inhibidores que influían en las migraciones internacionales del personal de salud y que no debían establecerse disposiciones que impidiesen el derecho del personal de salud de emigrar legalmente. También se sugirió que el código de prácticas debía atender en forma más explícita la necesidad de procurar que el personal sanitario de contratación internacional gozara de las mismas condiciones de trabajo que los ciudadanos del país de destino. Un delegado señaló que en su país, el sector privado había elaborado un código de prácticas voluntario para la contratación de enfermeras capacitadas en el extranjero y agregó que esas iniciativas quizá pudieran servir de modelo para ciertos aspectos del código de prácticas de la OMS.

208. Se indicó que el proyecto de código debía contener disposiciones para vigilar mejor las actividades de los organismos de contratación y los empleadores del personal sanitario contratado internacionalmente. Debía procurar limitar la contratación de trabajadores de países que ya sufrían de escasez, con medidas concretas sobre la forma de medir la escasez. Los delegados sugirieron que podrían fijarse límites en cuanto a la emigración de miembros de profesiones específicas, teniendo en cuenta en particular las profesiones consideradas como prioritarias para el país de origen, o alternativamente, que debían formularse recomendaciones acerca de cuántos años de trabajo en su país debían exigirse a ciertos profesionales antes de que pudieran emigrar. Se subrayó que la aplicación del código, una vez que estuviese finalizado, debía ser vigilada y evaluada.

209. Se señaló que si las condiciones de trabajo para el personal sanitario en algunos países fuesen mejores y más seguras, habría mayores probabilidades de que este tipo de personal permaneciera en su país de origen. En consecuencia, se consideraba que los

países debían examinar las causas fundamentales que ocasionaban la pérdida de su personal de salud y debían colaborar para eliminar las deficiencias específicas. Era necesario encontrar maneras de que las condiciones de trabajo fuesen más atractivas para que los trabajadores de salud de los países en desarrollo permanecieran en sus países de origen, al tiempo que se siguiera respetando su derecho de emigrar en busca de mejores oportunidades. Se sugirió que los países, tanto desarrollados como en desarrollo, debían preparar planes acerca de sus necesidades futuras de fuerza laboral sanitaria para poder determinar el número de personas que tendrían que capacitar o contratar en otro sitio. Los delegados subrayaron la necesidad de todos los países de capacitar al personal de salud suficiente y mencionaron que la formación de recursos humanos y la planificación son áreas clave para el apoyo técnico de la OPS. Se sugirió que los países de destino desarrollados y los países de origen en desarrollo quizá pudieran colaborar en las iniciativas de capacitación de recursos humanos.

210. Los delegados expresaron la esperanza de que los países de destino pudieran efectuar una mayor contribución a los recursos dedicados por los países de origen a la capacitación del personal médico, señalando que era injusto que los contribuyentes de países en desarrollo subsidiaran la capacitación del personal de salud que luego partía en busca de un futuro mejor en el mundo desarrollado. Se indicó, por ejemplo, que quizás debían establecerse sistemas de subvenciones para compensar a los países de origen que habían perdido la inversión hecha en la capacitación del personal que luego salía del país a trabajar en otro sitio. También se sugirió que podría exigirse al personal de salud que trabajara durante un cierto número de años en sus propios países como condición para recibir un subsidio educativo destinado a proseguir estudios en el extranjero.

211. Varias delegaciones reiteraron sus preocupaciones con respecto al cronograma para efectuar las consultas regionales antes de la reunión de Consejo Ejecutivo en enero del 2010.

212. En respuesta a las observaciones formuladas, el doctor Dayrit explicó que el código era solo una de las diversas estrategias que podrían aplicarse para abordar los factores que impulsaban o frenaban la migración del personal sanitario. Estuvo de acuerdo en que el cronograma para la finalización de las consultas era difícil de cumplir, pero la preparación del código había sido una iniciativa de un Estado Miembro y por eso era importante avanzar con el proceso. La intención de la Secretaría de la OMS era preparar un informe que incorporara todo los aportes de las consultas regionales, junto con una versión revisada del proyecto de código de prácticas, que se sometería a la consideración del Consejo Ejecutivo en enero del 2010. El Consejo luego decidiría si el asunto debía someterse a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010 o de otro mecanismo de negociación. No obstante, el proceso era flexible y seguirían las consultas sobre el tema.

213. El Consejo tomó nota de la información recibida sobre el proyecto de código de prácticas.

Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos: Reglamento Sanitario Internacional (*incluye el informe sobre la pandemia [H1N1] 2009*) (documento CD49/INF/2, Rev. 1)

214. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había oído en junio un informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región y una actualización sobre la situación de la gripe pandémica (H1N1) 2009. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) había informado que al 22 de junio se habían notificado más de 52.160 casos y 231 defunciones en 99 países o territorios. En la Región de las Américas se habían registrado más de 43.000 casos en 28 países. Desde el principio, se había hecho patente que los esfuerzos de la Región para mejorar la preparación para una pandemia y aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) habían sido fructíferos. La respuesta a los brotes iniciales de la gripe por A (H1N1) había sido veloz, transparente y caracterizada por una gran cooperación entre los interesados.

215. Se había señalado que la pandemia de gripe por A (H1N1) había constituido la primera prueba real del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y que había demostrado su eficacia. Sin embargo, la experiencia de afrontar la pandemia también había mostrado algunos vacíos en las capacidades de respuesta y había destacado la necesidad de seguir formando las capacidades básicas, en particular con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres, a fin de permitir que los Estados Miembros satisfagan los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional para la fecha prevista del 2012.

216. El Comité Ejecutivo había subrayado la importancia de una comunicación de riesgos exacta y equilibrada. Se había señalado que una de las fallas del esquema de clasificación de alerta pandémica de la OMS era que no transmitía información acerca de la gravedad de la enfermedad causada por un virus pandémico. El público y los medios de información tendieron a interpretar los niveles de alerta más altos como una advertencia de que la enfermedad se había tornado más virulenta; esta confusión en el caso de la pandemia de gripe actual había causado temores injustificados y hasta pánico en algunos lugares. Se había instado a la OPS y la OMS a que rectificaran esa falla y adaptaran la clasificación para hacerla más comprensible para el público general.

217. Tras el informe de la doctora Muñoz, el doctor Barbosa da Silva hizo una breve exposición sobre los progresos realizados en materia de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y puso al corriente al Consejo Directivo sobre el estado de

la gripe pandémica (H1N1) 2009 en la Región y sobre la respuesta de la Organización. Informó que la mayoría de los países de la Región habían finalizado las evaluaciones de sus capacidades de vigilancia y respuesta, pero solo 18 habían realizado las evaluaciones de sus capacidades en los puntos de la entrada y el mismo número había preparado planes de acción para satisfacer los requisitos de capacidad básica. Como se había indicado en el informe del Comité Ejecutivo, la pandemia actual había puesto de relieve los puntos débiles en la capacidad de respuesta e indicado dónde se necesitaban medidas correctivas.

218. Pasando a la situación de la pandemia, recordó que en abril del 2009 se había notificado en México un brote de un síndrome gripal. Luego se identificó el agente infeccioso como el virus de la gripe A (H1N1). El virus se había propagado rápidamente, primero a los Estados Unidos y Canadá, y luego a otros países de la Región de las Américas y a otras regiones. La OMS había elevado el nivel alerta pandémica de la fase 5 a la fase 6 el 11 de junio del 2009, con lo cual declaró la primera pandemia de gripe del siglo XXI. Aunque todavía quedaba mucho por saber sobre el nuevo virus de la gripe, estaba claro que tenía la capacidad de transmitirse rápidamente y que su propagación se había intensificado extraordinariamente con el comienzo del invierno en el hemisferio sur. La mayoría de los casos habían ocurrido en adolescentes y jóvenes, aunque la mayor parte de las defunciones habían ocurrido entre adultos de edad madura. Las tasas de ataque y de letalidad no se conocían hasta ese momento, pero se sabía que esta última tasa había sido relativamente baja. A finales de septiembre del 2009, la transmisión del virus parecía estar nivelándose o descendiendo en la mayor parte de la Región, aunque en las últimas semanas se había notado un repunte leve en los informes de casos en Canadá, México y los Estados Unidos.

219. Desde el principio de la epidemia, la Organización había activado el Centro de Operaciones de Emergencia en la sede de la OPS, que había funcionado 24 horas al día durante el período crítico después de los primeros brotes. Además, con el apoyo de varios países de las Américas y Europa, había movilizó a 132 expertos que fueron enviados a diversos países de la Región para proporcionar ayuda técnica en especialidades como virología, epidemiología y fortalecimiento de los servicios de laboratorio y de salud. Con el apoyo de diversos donantes, la OPS había distribuido 766.820 tratamientos con oseltamivir, 1,5 millones de dosis de la vacuna antigripal estacional, 12.650 kilogramos de equipo de protección personal para trabajadores de salud y 12 máquinas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para mejorar las capacidades de diagnóstico de laboratorio en los Estados Miembros. Actualmente, la Organización estaba dando a los Estados Miembros apoyo técnico para la determinación de los grupos prioritarios para recibir las vacunas contra la gripe por A (H1N1). Una vez que la vacuna estuviera disponible, se ofrecería a través del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Se esperaba que el precio por dosis fuera de alrededor de \$7.

220. Para resumir las enseñanzas extraídas hasta ese momento de la respuesta a la pandemia, dijo que diversas reuniones de expertos habían destacado la necesidad no solo de contar con planes de preparación para una pandemia sino de ejecutar ciertas medidas, como la adquisición de equipo de protección personal, antes de que ocurriera una pandemia. También habían subrayado la importancia de una buena vigilancia epidemiológica y de tener un conjunto pequeño de indicadores sumamente informativos para permitir a los ministerios de salud vigilar la situación a medida que evolucionaba. Se había subrayado la importancia de la información pública exacta, suministrada por fuentes autorizadas como la OPS y los ministerios de salud.

221. En el debate que siguió, los delegados informaron sobre la evolución y la situación actual de la pandemia en sus países respectivos, las poblaciones más afectadas y las medidas tomadas por sus gobiernos, entre ellas los planes para responder a los brotes nuevos que se preveían durante los meses de invierno en el hemisferio norte y las poblaciones destinatarias prioritarias para recibir la vacuna contra la gripe por A (H1N1). La mayoría de los delegados dijeron que sus países se proponían administrar una dosis única de la vacuna y estaban planificando vacunar a las embarazadas, los lactantes y los niños pequeños y a las personas aquejadas de enfermedades crónicas, como diabetes, asma o cardiopatías, o trastornos de inmunodeficiencia como la infección por el VIH/sida. Los trabajadores de salud, los proveedores de cuidados infantiles y el personal docente, la policía y el personal militar, así como el personal de respuesta de emergencia, también serían grupos de mayor prioridad para la vacunación.

222. Se subrayó que lograr de una tasa elevada de cobertura de vacunación contra la gripe A (H1N1) dependería de la comunicación eficaz del hecho de que los riesgos asociados con la vacuna eran bajos. Los delegados pusieron de relieve la necesidad de garantizar suministros oportunos de la vacuna durante la temporada de gripe, tanto en el hemisferio norte como en el sur, e hicieron hincapié en que la vacuna debía mantenerse asequible para los países en desarrollo. También se subrayó la necesidad de la vacunación continua contra la gripe estacional, además de la vacunación contra el virus de la gripe A (H1N1). Una delegada expresó inquietud acerca de la posibilidad de que se fabricara una vacuna única que contendría las cepas del virus H1N1 y las cepas de los virus de la gripe estacional, señalando que la vacuna luego tendría que ser administrada a una población destinataria más grande, lo que aumentaría sustancialmente los costos de las vacunas para los países. Reiteró la importancia de seguir las recomendaciones de la OMS con respecto a los grupos destinatarios para la vacuna contra el virus A (H1N1).

223. Las medidas tomadas para frenar la propagación del virus incluían el distanciamiento social y la cancelación de los actos públicos; el aislamiento de casos presuntos y confirmados en los hospitales y otros establecimientos de asistencia sanitaria; la vigilancia y el tamizaje en los aeropuertos y otros puntos de entrada; la educación sanitaria y las campañas de prevención de enfermedades dirigidas al público en general y

a poblaciones específicas de alto riesgo; educación para los profesionales médicos acerca de la naturaleza del virus y capacitación para los proveedores de atención sanitaria, especialmente a nivel de atención primaria, en la detección y el tratamiento rápido de casos y tratamiento antivírico inmediato de los pacientes que presentaban signos y síntomas de la gripe, en particular aquellos con comorbilidades u otros factores de riesgo. Una delegada del Caribe observó que la Comunidad del Caribe, en colaboración con la OPS, había preparado un protocolo para tratar los casos de gripe por A (H1N1) detectados a bordo de los cruceros.

224. Varios delegados dijeron que sus países habían emulado la respuesta de México y agradecían al Gobierno de México su voluntad de compartir sus experiencias y conocimientos especializados con otros países. Varios delegados destacaron la necesidad de sopesar los aspectos favorables y desfavorables de las estrategias de contención frente a las estrategias de mitigación y de tomar decisiones en ese sentido sobre la base de los mejores datos probatorios disponibles. El Delegado de México dijo que, si bien las medidas de distanciamiento social aplicadas en su país habían sido sumamente eficaces para contener la propagación del virus, prácticamente habían paralizado el país y ésto había causado enormes daños económicos. En consecuencia, su gobierno ahora había adoptado un enfoque más centrado, recomendando los cierres de escuelas y medidas similares, solo cuando así lo ameritaba el número de casos ocurridos en una comunidad o zona particular. La Delegada de Chile dijo que su gobierno había adoptado un enfoque similar precisamente para limitar en lo posible las repercusiones sociales y económicas de la pandemia. También había instituido una estrategia de tratamiento intensivo tanto de los casos confirmados como presuntos, que habían ayudado a reducir la excreción vírica y a mantener la mortalidad baja. La Delegada de los Estados Unidos confirmó el valor del tratamiento temprano, pero advirtió que el abuso de los medicamentos antivíricos podía conducir a la farmacorresistencia.

225. Todos los delegados que intervinieron subrayaron la necesidad de la cooperación internacional para controlar esta pandemia y cualquier otra pandemia futura de gripe, así como otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional. Los delegados también elogiaron la función constante que han desempeñado la OPS y la OMS para facilitar la comunicación y la coordinación internacional relacionada con la pandemia de gripe por A (H1N1), y afirmaron el compromiso de sus países de seguir colaborando con ambas organizaciones y con otros países para detener la pandemia. Varios delegados señalaron que la pandemia había brindado una oportunidad de fortalecer los sistemas sanitarios y epidemiológicos, además de mejorar la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores, y entre los sectores público y privado. Subrayaron, sin embargo, que el sector de la salud debía encabezar la respuesta a esas emergencias de salud pública.

226. La doctora Margaret Chan (Directora General, OMS) felicitó a los ministerios de salud de la Región por su liderazgo en la situación difícil y agotadora causada por la aparición del nuevo virus de la gripe. Una de las enseñanzas extraídas de la pandemia era que los ministerios de salud debían estar dotados de ciertas facultades para responder rápida y decididamente a tales situaciones, y alentó a los Estados Miembros a que examinaran sus marcos jurídicos con miras a conseguir que sus ministerios de salud tuvieran esas atribuciones. En lo relativo a si la cepa del virus A (H1N1) se agregaría a la vacuna estacional para el hemisferio sur, dijo que el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS formularía en breve una recomendación al respecto.

227. Los datos probatorios de las seis regiones de la OMS indicaban que el tratamiento temprano con el oseltamivir había sido muy útil para reducir la gravedad de los casos y la OMS actualmente estaba movilizando recursos para procurar que todos los Estados Miembros tuvieran suministros suficientes tanto de medicamentos antivíricos como de la vacuna antipandémica una vez que estuviera disponible. Era importante que los países adoptaran medidas inmediatas para contar con la infraestructura necesaria y la capacidad de llevar a cabo campañas de vacunación y de llegar a las poblaciones destinatarias recomendadas. También era importante no depender totalmente de las intervenciones farmacéuticas. Las medidas preventivas como el distanciamiento social también eran importantes, aunque desde luego era necesario sopesar las ventajas y las desventajas.

228. El doctor Barbosa da Silva dijo que la OPS estaba organizando una serie de talleres encaminados a preparar al personal de vacunación de los Estados Miembros para planificar y llevar a cabo campañas eficaces de la vacuna contra la gripe por A (H1N1).

229. La Directora dijo que el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas estaba solicitando cotizaciones de posibles proveedores de la vacuna contra la gripe por A (H1N1). El costo por dosis de los seis proveedores que habían presentado cotizaciones oscilaba entre \$4 y \$9. La Organización estaba trabajando bajo el supuesto de que una dosis de la vacuna sería suficiente y de que la vacunación universal no era ni necesaria ni aconsejable, ya que el uso masivo de la vacuna aumentaría los riesgos de fenómenos adversos. La OPS encabezaría la farmacovigilancia de la vacuna y perfeccionaría sus recomendaciones sobre la base de la evidencia recabada.

230. El Consejo tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documentos CD49/INF/3-A, B y C)

231. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité había recibido un informe durante su reunión en junio sobre las resoluciones y

otras medidas de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 125.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, del trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos y de la Quinta Cumbre de las Américas que se consideraban de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se había señalado que la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud había tenido lugar en medio de gran inquietud sobre la crisis económica mundial y la gripe pandémica (H1N1) 2009. La Asamblea había aprobado 16 resoluciones; las que eran de interés primordial para la Región de las Américas figuraban en el documento CD49/INF/3-A. La 125.^a reunión del Consejo Ejecutivo se había celebrado inmediatamente a continuación de la Asamblea de la Salud. El Consejo había examinado los informes sobre la eliminación mundial del sarampión, la seguridad y calidad de los productos sanguíneos y defectos congénitos, entre otros asuntos.

232. La Asamblea General de la OEA se había celebrado en Honduras en junio del 2009. Había adoptado la Declaración de San Pedro Sula: Hacia una cultura de la no-violencia. En el documento CD49/INF/3-B figuraban las resoluciones de la Asamblea General que se consideraban de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS.

233. La Quinta Cumbre de las Américas, celebrada en Trinidad y Tabago en abril del 2009, había adoptado la Declaración de Compromiso de Puerto España: Asegurar el futuro de nuestros ciudadanos promoviendo la prosperidad humana, la seguridad energética y la sostenibilidad ambiental. En el documento CD49/INF/3-C se señalaba que 17 de los 97 párrafos de la Declaración trataban sobre temas relacionados con la salud, entre otros el acceso universal a la atención de salud, haciendo hincapié en los grupos más vulnerables, el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se había informado al Comité que, como miembro del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, la OPS ayudaría a preparar los informes sobre el seguimiento de los compromisos de la Cumbre relacionados con la salud e informaría sobre el asunto a los Cuerpos Directivos de la OPS.

234. El señor David Morris (Director de la Secretaría de Cumbres de las Américas, OEA) expresó su agradecimiento por la colaboración de la OPS en los preparativos para la Quinta Cumbre de las Américas. La Secretaría de Cumbres consideraba que la salud no era solamente un tema concreto que se abordaba en varios de los compromisos de la Cumbre, sino también un tema intersectorial que guardaba relación con otros temas tratados en la Quinta Cumbre de las Américas, como la prosperidad humana, la seguridad energética, la sostenibilidad ambiental, la seguridad pública y el fortalecimiento de la gobernanza democrática. Observó con satisfacción que el Consejo Directivo había reiterado la importancia del seguimiento y la evaluación de los resultados: esa había sido la orientación que había llevado a que la Quinta Cumbre adoptara una Declaración de Compromiso en lugar de una mera declaración y plan de acción. Esperaba contar con la

colaboración continua de la OPS en los preparativos para la próxima Cumbre, que se celebraría en Cartagena (Colombia) en el 2012.

235. La Delegada de Trinidad y Tabago, el país anfitrión de la Quinta Cumbre, manifestó el reconocimiento de su Gobierno a los Estados y organizaciones que habían contribuido al éxito de la reunión. Los miembros de la Comunidad del Caribe habían ayudado en las áreas de seguridad, logística, personal y uso de las instalaciones y los aeropuertos. La OPS y la OMS habían prestado apoyo técnico y de personal, y Canadá y los Estados Unidos habían prestado un apoyo crucial en las áreas de los servicios de salud y la capacitación para la respuesta ante las emergencias y los desastres. La Cumbre había brindado una oportunidad única para que el sistema de salud de su país estuviese preparado al máximo. Le complacía informar que todos los servicios de salud habían funcionado eficientemente durante la Cumbre. Su Gobierno aplicaría las enseñanzas extraídas de la experiencia de la Cumbre, mientras se preparaba para recibir a los Jefes de Gobierno del Commonwealth, que se reunirían en noviembre del 2009.

236. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) reafirmó el compromiso de la OPS de lograr que sus actividades de cooperación técnica concordasen con las decisiones pertinentes de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, el trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA y la Quinta Cumbre de las Américas. La Organización estaba colaborando estrechamente con el Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres y con representantes de los Estados Miembros que formaban parte del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC) y participaba activamente en el seguimiento y ejecución de los mandatos establecidos en la Declaración de Compromiso.

237. El Consejo tomó nota de los informes sobre este tema.

Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros (documento CD49/INF/4)

Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) (documento CD49/INF/4-A)

238. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio del 2009 se había informado al Comité Ejecutivo que la aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) estaba avanzando según se había previsto y que los pasos que quedaban por finalizarse en el curso del 2009 incluían la presentación a los Cuerpos Directivos de los cambios propuestos en el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras, la elaboración de manuales de contabilidad, la capacitación con respecto a las IPSAS, la determinación de la manera en que se reconocerían las contribuciones en especie de los Estados Miembros en los estados

financieros, la identificación de inventarios mantenidos para la venta, la determinación de las entidades que se consolidarían en los estados financieros de la OPS, posiblemente solicitar valoraciones actuales de los bienes muebles e inmuebles de la OPS y coordinar con el Auditor Externo la interpretación que haría la Organización de las IPSAS. También se había informado al Comité que haría falta trabajar en los sistemas de computación de la Organización para cumplir los requisitos básicos de las IPSAS.

239. Además, se había informado al Comité que la OPS estaba colaborando estrechamente con el Programa Mundial de Alimentos, que ya había aplicado las IPSAS, a fin de aprender de su experiencia. Siguiendo el ejemplo del Programa Mundial de Alimentos, la OPS había decidido, como estrategia a corto plazo, utilizar soluciones temporales en su sistema de computación en lugar de actualizar el sistema antes de aplicar las IPSAS, aunque a largo plazo, la Organización necesitaría un nuevo sistema financiero, capaz de apoyar la contabilidad de valores devengados y la capitalización de los activos fijos. Se había informado al Comité que un grupo de trabajo estaba diseñando ese sistema y recientemente había finalizado los principios orientadores financieros.

240. La señora Sharon Frahler (Gerente, Gestión de Recursos Financieros, OSP) informó que la aplicación de las IPSAS estaba resultando muy difícil, pero se seguía previendo su finalización para enero del 2010.

241. El Consejo tomó nota de la información suministrada.

Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CD49/INF/4-B)

242. La doctora María Julia Muñoz (Representante del Comité Ejecutivo) informó que en junio del 2009 se había informado al Comité Ejecutivo del estado de avance de varios proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital. La información sobre esos proyectos figuraba en el documento CD49/INF/4-A. El señor Michael Boorstein (Director de Administración, OSP) había señalado a la atención tres de esos proyectos en particular. Uno se refería a las mejoras en la Representación en el Brasil. El señor Boorstein había observado que, debido a que esas mejoras las había financiado el propio Gobierno del Brasil, la cantidad proyectada para gastos todavía estaba disponible en el Fondo. También había señalado que el proyecto para la remodelación de los ascensores en el edificio de la sede en Washington, D.C., se había aplazado hasta el 2010, en parte para que los ascensores existentes estuviesen disponibles para transportar los materiales de otro proyecto, el reemplazo de todas las ventanas del edificio. Por último, había señalado a la atención un gasto de \$42.000 en Chile, donde había habido un robo en la representación que había ocasionado la pérdida de gran parte de su equipo de computadoras.

243. Tras el informe de la doctora Muñoz, la Directora expresó la gratitud de la Organización al Gobierno del Uruguay, que recientemente había proporcionado un local permanente para la representación de la OPS en el país y para el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en Montevideo.

244. El Consejo tomó nota de la información suministrada.

Clausura de la sesión

245. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurado el 49.º Consejo Directivo.

Resoluciones y decisiones

246. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el 49.º Consejo Directivo:

Resoluciones

CD49.R1: Modificaciones del Reglamento Financiero*

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en su 144.ª sesión y las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero que figuran en el anexo del documento CD49/25;

Considerando que las modificaciones del Reglamento Financiero reflejan prácticas modernas y mejores de gestión financiera y están en consonancia con la adopción plena de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), aprobada por la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP27.R18),

* Adjunto se encuentra la versión definitiva del Reglamento Financiero tal como este fue adoptado por el 49.º Consejo Directivo.

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo del documento CD49/25, las cuales entrarán en vigor el 1 de enero del 2010.

(Segunda reunión, 28 de septiembre del 2009)

Anexo

CD49.R1, Anexo

**REGLAMENTO FINANCIERO
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

Artículo 1 – Campo de aplicación y delegación de atribuciones

- 1.1 El presente Reglamento se aplicará a la gestión financiera de la Organización Panamericana de la Salud.
- 1.2 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá la responsabilidad de garantizar la administración financiera efectiva de la Organización de conformidad con el presente Reglamento.
- 1.3 Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1.2, el Director podrá delegar por escrito en otros funcionarios de la Organización las atribuciones y la responsabilidad conexas que considere necesarias para la aplicación efectiva del presente Reglamento.
- 1.4 El Director establecerá las Reglas Financieras, con inclusión de las directrices y los límites que procedan para la aplicación del presente Reglamento, con el fin de garantizar una administración financiera efectiva y económica y la protección de los haberes de la Organización.

Artículo II – Ejercicio presupuestario y de presentación de la información financiera

- 2.1 Se entenderá por ejercicio presupuestario un bienio que consta de dos años civiles consecutivos iniciado en un año par.

- 2.2 El ejercicio de presentación de la información financiera será de un año civil.

Artículo III – Programa y presupuesto

- 3.1 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana preparará los proyectos de programa y presupuesto para el ejercicio presupuestario, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.C de la Constitución. Los proyectos de programa y presupuesto se presentarán en dólares de los Estados Unidos.
- 3.2 Los proyectos de programa y presupuesto estarán divididos en partes e irán acompañados de cuantos anexos informativos y notas aclaratorias pida o haga pedir la Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante “la Conferencia”), el Consejo Directivo o el Comité Ejecutivo, así como de los que el Director estime necesario y útil añadir.
- 3.3 El Director someterá los proyectos de programa y presupuesto a la consideración del Comité Ejecutivo para que este lo examine y formule sus recomendaciones.
- 3.4 El Comité Ejecutivo presentará los proyectos de programa y presupuesto, junto con las recomendaciones que desee formular al respecto, a la Conferencia o al Consejo Directivo, dentro del plazo establecido en las normas de procedimiento correspondientes.
- 3.5 La Conferencia o el Consejo Directivo aprobará los proyectos de programa y presupuesto para el siguiente ejercicio presupuestario en el año precedente al bienio al que los proyectos de programa y presupuesto se refieran.
- 3.6 El Director podrá presentar propuestas suplementarias cuando lo considere necesario.
- 3.7 El Director, siguiendo los mismos procedimientos que los establecidos para los proyectos de programa y presupuesto del ejercicio presupuestario, preparará propuestas suplementarias para la consideración del Comité Ejecutivo, para que este las examine y formule las recomendaciones pertinentes. El Comité Ejecutivo someterá a la consideración de la Conferencia o el Consejo Directivo las propuestas suplementarias con las recomendaciones que pudiera tener al respecto, dentro del plazo establecido en las correspondientes normas de procedimiento.

Artículo IV – Asignaciones del presupuesto ordinario

- 4.1 Las asignaciones del presupuesto ordinario aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo autorizan al Director para asumir compromisos y efectuar los pagos propios del destino que hayan recibido los créditos aprobados del presupuesto ordinario y sin rebasar la cuantía de los mismos.
- 4.2 Los créditos consignados del presupuesto ordinario estarán disponibles para contraer compromisos durante el ejercicio presupuestario para el cual hayan sido aprobados para

- la entrega de bienes y servicios en ese mismo ejercicio presupuestario o, excepcionalmente, en el primer año del ejercicio presupuestario subsiguiente para la entrega retrasada de esos bienes y servicios programados debido a circunstancias imprevistas.
- 4.3 Dentro de la suma global de los créditos asignados, podrán efectuarse transferencias en la medida en que lo permitan los términos de la resolución sobre el presupuesto adoptada por la Conferencia o el Consejo Directivo.
 - 4.4 El saldo de los créditos asignados y no comprometidos del presupuesto ordinario al finalizar el ejercicio presupuestario al que correspondan, servirá para reponer el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado, tras lo cual el posible saldo estará disponible para el uso que ulteriormente se decida darle de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
 - 4.5 Todo déficit de los ingresos con respecto a los gastos de las asignaciones del presupuesto ordinario al finalizar el ejercicio presupuestario al que correspondan se financiará en primer lugar a partir del Fondo de Trabajo, en la medida de lo posible, y luego mediante préstamos o por cualquier otro medio autorizado.
 - 4.6 Todo remanente de los ingresos con respecto a las asignaciones del presupuesto ordinario que quede al finalizar un ejercicio presupuestario se considerará como un excedente de ingresos y estará disponible para su utilización en ejercicios subsiguientes a fin de cubrir la parte no financiada del Plan Estratégico, según lo determine el Director y con el consentimiento del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.
 - 4.7 Se creará una suma acumulada para los compromisos no desembolsados que se han cargado a las asignaciones del presupuesto ordinario en el ejercicio de presentación de la información financiera en curso y que cubrirá el costo de bienes y servicios que fueron entregados en el transcurso del ejercicio de presentación de la información financiera.
 - 4.8 Todo compromiso que al final del ejercicio presupuestario en curso mantenga su validez para la Organización y que cubra el costo de bienes y servicios, que deban entregarse en un ejercicio presupuestario posterior, se establecerá como un compromiso contra las asignaciones del presupuesto ordinario futuro a menos que en este Reglamento se especifique otra cosa.

Artículo V - Provisión de fondos para el presupuesto ordinario

- 5.1 Las asignaciones relativas al presupuesto ordinario, serán financiadas mediante las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados (designados de aquí en adelante como los “Miembros”) y el cálculo presupuestario de ingresos varios. Las contribuciones señaladas se determinarán de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano.

- 5.2 Se ajustará el importe de las contribuciones señaladas para el ejercicio presupuestario siguiente, habida cuenta de:
- a) Las asignaciones suplementarias del presupuesto ordinario aprobadas en el ejercicio presupuestario en curso que no se hayan asignado a los Miembros;
 - b) Las contribuciones señaladas de los nuevos Miembros conforme a lo dispuesto en el párrafo 6.10.

Artículo VI – Ingresos y contribuciones señaladas

- 6.1 La Conferencia o el Consejo Directivo aprobará el programa y presupuesto total, y las contribuciones señaladas, determinadas de conformidad con el párrafo 5.1 para el ejercicio presupuestario. Las contribuciones señaladas a los miembros se dividirán en dos pagos anuales de igual cantidad. En el primer año del ejercicio presupuestario, la Conferencia o el Consejo Directivo podrá decidir modificar los importes de las contribuciones correspondientes al segundo año del ejercicio presupuestario.
- 6.2 Una vez que la Conferencia o el Consejo Directivo haya aprobado el programa y presupuesto, el Director comunicará a los Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de contribuciones señaladas para el ejercicio presupuestario y les solicitará se sirvan remitir el importe del primero y del segundo pago de sus contribuciones.
- 6.3 Si la Conferencia o el Consejo Directivo decide modificar el importe de las contribuciones señaladas, o ajustar el importe de las asignaciones del presupuesto ordinario que han de ser financiadas mediante las contribuciones señaladas de los Miembros en el segundo año de un bienio, el Director comunicará a los Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de contribución modificada y les solicitará se sirvan remitir el importe revisado del segundo pago de sus contribuciones señaladas.
- 6.4 Los pagos de las contribuciones señaladas anuales deberán considerarse como vencidos y pagaderos al 1 de enero del año al que correspondan.
- 6.5 Al 1 de enero del año siguiente se considerará que las contribuciones señaladas pendientes de pago llevan un año de mora.
- 6.6 Las contribuciones señaladas se denominarán en dólares de los Estados Unidos y se pagarán en dicha moneda o en otras monedas determinadas por el Director.
- 6.7 Los pagos efectuados en monedas diferentes del dólar de los Estados Unidos se acreditarán a las cuentas de los Miembros según la tasa de cambio de las Naciones Unidas vigente en la fecha de recibo o a la tasa de cambio del mercado si se juzga prudente convertir el exceso de moneda.

- 6.8 Los pagos efectuados por un Miembro se aplicarán a las contribuciones señaladas más antiguas que adeude.
- 6.9 El Director presentará en la sesión ordinaria de la Conferencia o del Consejo Directivo un informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.
- 6.10 Los nuevos Miembros quedarán obligados a satisfacer una contribución señalada por el ejercicio presupuestario en que adquieran la condición de Miembros. Si la calidad de Miembro comienza en cualquier fecha durante el primer año de un ejercicio presupuestario, a los nuevos Miembros se les asignará la totalidad de la contribución correspondiente al período de dos años. Si la calidad de miembro comienza en cualquier fecha durante el segundo año de un ejercicio presupuestario, a los nuevos Miembros se les asignará una contribución correspondiente únicamente al segundo año.

Artículo VII – Fondo de Trabajo y adelantos internos

- 7.1 Se establecerá un Fondo de Trabajo, junto con su nivel autorizado y financiamiento de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 7.2 La Organización Panamericana de la Salud conservará la titularidad de los recursos financieros que constituyen el Fondo de Trabajo.
- 7.3 El Fondo de Trabajo estará disponible para satisfacer toda necesidad ocasional de recursos financieros del presupuesto ordinario. Se harán los reembolsos correspondientes al Fondo de conformidad con los párrafos 4.4 y 7.1.
- 7.4 El Fondo de Trabajo estará disponible para sufragar gastos imprevistos y extraordinarios, para reponer fondos existentes hasta sus límites autorizados, o para otros fines autorizados. Se harán los reembolsos correspondientes al Fondo de conformidad con los párrafos 4.4 y 7.1.
- 7.5 El Director, con el consentimiento previo y por escrito de la mayoría de los miembros del Comité Ejecutivo, tendrá la autoridad para contraer préstamos.

Artículo VIII – Ingresos de otras procedencias

- 8.1 Los ingresos de otra procedencia que no hayan sido identificados de otra manera en el presente Reglamento deberán presentarse en los informes como ingresos varios.
- 8.2 El Director podrá aceptar contribuciones voluntarias, donaciones y legados, ya sea en efectivo o en especie, siempre que estas contribuciones puedan ser utilizadas por la Organización y que las condiciones a que estén sujetas sean compatibles con los objetivos y las políticas de la Organización.

- 8.3 Las donaciones y los legados recibidos sin un fin específico serán inscritos como ingresos varios a menos que el Director estipule otra cosa, de conformidad con el Artículo IX.
- 8.4 El Director está autorizado para gravar con un cargo (designado de aquí en adelante como “costos de apoyo a programas”) las contribuciones voluntarias de conformidad con las resoluciones aplicables de la Conferencia o del Consejo Directivo. Estos costos de apoyo a programas se utilizarán para reembolsar la totalidad o parte de los costos indirectos de la Organización ocasionados por la administración de las actividades correspondientes.
- 8.5 Los ingresos generados por los servicios y las ventas se utilizarán para reembolsar en forma parcial o total los costos directos e indirectos en que incurra la Organización por la administración de sus actividades.
- 8.6 Los ingresos que generan los cargos por servicios relativos a los fondos de compras se utilizarán para capitalizar el fondo respectivo o para reembolsar en forma parcial o total los costos en que incurra la Organización por la administración de sus actividades.

Artículo IX - Fondos

- 9.1 Se establecerán fondos en los que se contabilizarán efectivamente los ingresos de toda procedencia y se presentarán informes acerca de ellos.
- 9.2 Se establecerán cuentas mayores subsidiarias individuales para contabilizar de manera efectiva las contribuciones voluntarias y presentar informes acerca de ellas.
- 9.3 El Director establecerá los Fondos y las Cuentas Especiales que sean necesarios para atender las necesidades de la Organización.
- 9.4 Se especificará el objeto de todo Fondo o Cuenta establecida a tenor del párrafo 9.3 y su administración se regirá por el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.
- 9.5 Al establecer todo Fondo o Cuenta Especial de conformidad con el párrafo 9.3, el Director podrá estipular que el uso del saldo en efectivo del Fondo o Cuenta Especial se limitará a los fines de la mancomunación de los recursos o préstamos internos, en consonancia con los términos y las condiciones de las fuentes de financiamiento.

Artículo X- Custodia de los recursos financieros

- 10.1 El Director designará las instituciones financieras en que serán depositados los recursos financieros de la Organización.
- 10.2 El Director podrá designar a los administradores o custodios externos de las inversiones.

Artículo XI - Inversiones

- 11.1 Se establecerán políticas y normas de inversiones de conformidad con la mejor práctica del sector financiero, habida cuenta de la necesidad de preservar el capital, de garantizar la liquidez adecuada y de aumentar al máximo la rentabilidad.
- 11.2 Los recursos financieros que excedan las necesidades inmediatas de dinero en efectivo podrán mancomunarse e invertirse.
- 11.3 Los ingresos en concepto de inversiones, independientemente de la fuente de los fondos, se acreditarán en la partida de ingresos varios del presupuesto ordinario, a menos que se estipule otra cosa en este Reglamento en resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo, o según lo decida el Director.

Artículo XII – Control interno

- 12.1 El Director deberá establecer y mantener una estructura interna de control eficaz con normas y procedimientos de trabajo, basados en las mejores prácticas del sector financiero, con el objeto de:
 - a) asegurar una administración financiera eficiente y eficaz,
 - b) proteger los haberes,
 - c) alcanzar los objetivos estratégicos y las metas en consonancia con la misión de la Organización, y
 - d) mantener una función de supervisión interna que le rinda cuentas al Director.

Artículo XIII – Cuentas y estados financieros

- 13.1 El Director creará y mantendrá un plan de cuentas de conformidad con las normas de contabilidad aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 13.2 Para cada ejercicio de presentación de información financiera se prepararán estados financieros ateniéndose a las normas mencionadas en el párrafo 13.1.
- 13.3 Los estados financieros se presentarán en dólares de los Estados Unidos. Los documentos contables, sin embargo, podrán llevarse en las monedas que el Director considere convenientes.
- 13.4 Los estados financieros se presentarán al auditor externo en la fecha fijada de mutuo acuerdo con el Director.
- 13.5 El Director podrá hacer los pagos graciabes que considere necesarios en interés de la Organización. Los pagos graciabes se consignarán en los estados financieros.

- 13.6 Después de practicadas todas las averiguaciones del caso, el Director podrá autorizar la cancelación de las pérdidas de elementos del activo que no sean contribuciones señaladas. En los estados financieros se consignarán las pérdidas canceladas.
- 13.7 La Conferencia o el Consejo Directivo podrán estipular que se cree una reserva para cuentas dudosas que representen en forma total o parcial las contribuciones señaladas pendientes de pago adeudadas por un Estado Miembro sujeto a las restricciones del Artículo 6.B de la Constitución.

Artículo XIV- Auditoría externa

- 14.1 La Conferencia o el Consejo Directivo nombrará a un auditor externo de reputación internacional establecida para revisar las cuentas de la Organización. El nombramiento del auditor solo podrá revocarse por decisión de la Conferencia o del Consejo Directivo.
- 14.2 En toda auditoría que realice, el auditor externo actuará con arreglo a las normas comunes de auditoría generalmente aceptadas y a las atribuciones adicionales que se exponen en el apéndice del presente Reglamento, y con sujeción a cualesquiera instrucciones especiales de la Conferencia o del Consejo Directivo.
- 14.3 El auditor externo, además de emitir su dictamen sobre los estados financieros, podrá formular las observaciones que estime necesarias con respecto a la eficiencia de los procedimientos financieros, el sistema de contabilidad, los controles financieros y, en general, la administración y gestión de la Organización.
- 14.4 El auditor externo actuará con absoluta independencia y será el único responsable de la auditoría.
- 14.5 La Conferencia o el Consejo Directivo podrá pedir al auditor externo que examine determinadas cuestiones específicas y presente informes por separado sobre los resultados.
- 14.6 El Director dará al auditor externo las facilidades que necesite para el desempeño de sus funciones.
- 14.7 Con objeto de proceder a un examen local o especial o de efectuar economías en los gastos de auditoría, el auditor externo podrá contratar los servicios de cualquier interventor general (o funcionario de categoría equivalente) de un país, de auditores comerciales públicos de reconocido prestigio o de cualquier otra persona o empresa que, a su juicio, reúna las condiciones de competencia técnica necesarias.
- 14.8 El auditor externo presentará un informe, que incluirá su dictamen, acerca de la auditoría de los estados financieros preparados por el Director en cumplimiento del artículo XIII del presente Reglamento. En el informe figurará la información que el

auditor externo considere necesario consignar en relación con las cuestiones mencionadas en el párrafo 14.3 y en las atribuciones adicionales.

- 14.9 El o los informes del auditor externo, junto con los estados financieros comprobados, se presentarán al Director a más tardar el 15 de abril siguiente al cierre del ejercicio de presentación de la información financiera al que correspondan. El Director presentará el informe al Comité Ejecutivo que examinará los estados financieros y los informes de auditoría, y los transmitirá a la Conferencia o el Consejo Directivo con las observaciones que estime oportunas.

Artículo XV – Resoluciones que implican gastos

- 15.1 La Conferencia, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo no tomará ninguna decisión cuyo cumplimiento exija un gasto sin haber examinado un informe del Director sobre las posibles consecuencias administrativas y financieras de la propuesta.
- 15.2 Cuando el Director considere que no puede atenderse con las asignaciones disponibles el gasto que implique una propuesta, no se incurrirá en dicho gasto mientras la Conferencia o el Consejo Directivo no haya consignado los créditos necesarios, a menos que tal gasto pueda efectuarse de conformidad con lo estipulado en la resolución del Consejo Directivo relativa al Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia.

Artículo XVI – Disposiciones generales

- 16.1 El presente Reglamento sólo podrá ser modificado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.
- 16.2 En caso de duda sobre la interpretación y aplicación de lo dispuesto en cualquiera de los artículos del presente Reglamento, el Director queda autorizado para tomar la decisión que proceda.
- 16.3 Las Reglas Financieras que el Director establezca o modifique de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1.4 serán confirmadas por el Comité Ejecutivo y comunicadas a la Conferencia o al Consejo Directivo para su información.

**ATRIBUCIONES ADICIONALES RESPECTO DE LA AUDITORÍA EXTERNA
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

1. El auditor externo procederá a la auditoría de todas las cuentas de la Organización, incluidos los Fondos Fiduciarios, los Fondos Especiales y las Cuentas Especiales, que crean conveniente examinar para justificar su opinión:
 - a) de que los estados de cuenta concuerdan con los libros y las anotaciones de la Organización;
 - b) de que las transacciones financieras consignadas en los estados de cuenta se ajustan a las disposiciones reglamentarias, al presupuesto y a las demás instrucciones aplicables de la Organización;
 - c) de que se ha verificado la existencia de los recursos financieros por medio de certificados librados directamente por los depositarios o por recuento directo;
 - d) de que los controles internos, incluida la auditoría interna, son adecuados, en vista del grado de confianza que en ellos se deposita;
 - e) de que se han aplicado procedimientos para la contabilización de todos los elementos del activo y del pasivo, y de los saldos de superávit o déficit, de conformidad con las mejores prácticas del sector financiero.
2. El auditor externo tendrá entera libertad para decidir si procede aceptar en todo o en parte las certificaciones y las declaraciones de los funcionarios de la Organización, y podrán efectuar las inspecciones y verificaciones detalladas según sean necesarias.
3. El auditor externo tendrá acceso siempre que convenga a todos los libros, anotaciones y demás documentos que, a su juicio, sea necesario consultar para llevar a efecto la auditoría. La información clasificada como secreta que a juicio del Director sea necesaria para los fines de la auditoría y la información clasificada como confidencial se pondrán a disposición del auditor externo, a solicitud. El auditor externo respetará el carácter secreto y confidencial de cualquier información así clasificada que haya sido puesta a su disposición y no hará uso de la misma a no ser en relación directa con las operaciones de auditoría. El auditor externo podrá señalar a la atención de la Conferencia o del Consejo Directivo toda denegación de información clasificada como secreta que a su juicio sea necesaria para los fines de la auditoría.
4. El auditor externo carecerá de atribuciones para rechazar asientos de las cuentas, pero señalará a la atención del Director cualesquiera operaciones cuya regularidad o procedencia suscite dudas, a fin de que se adopten las medidas pertinentes. Las objeciones que se planteen durante el examen de las cuentas respecto de esas u otras transacciones serán señaladas comunicadas inmediatamente al Director.

5. El auditor externo emitirá un dictamen sobre los estados de cuentas de la Organización. El dictamen comprenderá los siguientes elementos básicos:
 - a) una identificación de los estados de cuentas comprobados;
 - b) una referencia a la responsabilidad de la administración de la entidad y a la responsabilidad del auditor externo;
 - c) una referencia a las normas de auditoría aplicadas;
 - d) una descripción del trabajo realizado;
 - e) un dictamen sobre los estados de cuentas que indique:
 - i) si los estados de cuentas reflejan fielmente la situación financiera al final del ejercicio de presentación de información financiera considerado y los resultados de las operaciones efectuadas durante ese ejercicio;
 - ii) si los estados de cuentas se han preparado de conformidad con las políticas de contabilidad enunciadas;
 - iii) si las políticas de contabilidad se han aplicado sobre una base que corresponde a la del ejercicio de presentación de información financiera precedente, a menos que se lo haya consignado en los estados financieros.
 - f) un dictamen sobre la conformidad de las operaciones con el Reglamento Financiero y con las instrucciones de los órganos deliberantes;
 - g) la fecha del dictamen y la firma del auditor externo;
 - h) el nombre y el cargo del auditor externo;
 - i) el lugar en que se firmó el informe;
 - j) una referencia al informe del auditor externo sobre los estados financieros, de haber uno.

6. En el informe del auditor externo a la Conferencia o al Consejo Directivo sobre las operaciones financieras del ejercicio de presentación de información financiera se indicarán:
 - a) el tipo de examen practicado y su alcance;
 - b) las cuestiones que afecten a la integridad o exactitud de las cuentas, en particular, cuando proceda:
 - i) los datos necesarios para la correcta interpretación de las cuentas;
 - ii) cualesquiera sumas que debieran haberse cobrado y que no aparezcan abonadas en cuenta;
 - iii) cualesquiera sumas respecto de las cuales exista o pueda existir una responsabilidad legal o un pasivo contingente y que no se hayan contabilizado o consignado en los estados de cuentas;
 - iv) los gastos que no estén debidamente justificados documentalmente;
 - v) la idoneidad de los libros de contabilidad que se llevan y, si las hubiera, las

desviaciones sustantivas respecto de la aplicación sistemática de los principios de contabilidad generalmente aceptados que se hayan observado en la presentación de los estados de cuentas.

- c) otras cuestiones que deban ponerse en conocimiento de la Conferencia o del Consejo Directivo, por ejemplo:
 - i) los casos de fraude comprobado o presunto;
 - ii) los despilfarros o gastos indebidos de dinero u otros elementos del activo de la Organización (aun cuando la contabilización de las transacciones esté en regla);
 - iii) los gastos que puedan obligar a la Organización a efectuar nuevos desembolsos apreciables;
 - iv) cualquier defecto que se observe en el sistema general o en las disposiciones precisas de control de los ingresos y los gastos, o de los suministros y el equipo;
 - v) los gastos que no respondan a la intención de la Conferencia ni del Consejo Directivo, habida cuenta de las transferencias de créditos presupuestarios debidamente autorizadas dentro del presupuesto por programas;
 - vi) los gastos que excedan de los créditos asignados del presupuesto ordinario, habida cuenta de las modificaciones consiguientes a transferencias de créditos presupuestarios debidamente autorizadas dentro del presupuesto por programas;
 - vii) los gastos que no se ajusten a las disposiciones que los autoricen.
 - d) la exactitud del inventario y los activos fijos según resulte de un conteo físico y de su cotejo con esos asientos.
 - e) las operaciones contabilizadas en un ejercicio anterior de presentación de información financiera acerca de las que se hayan obtenido nuevos datos, o las operaciones que deban efectuarse en un ejercicio de presentación de la información financiera ulterior y acerca de las cuales convenga que la Conferencia o el Consejo Directivo tenga conocimiento cuanto antes.
7. El auditor externo podrá formular a la Conferencia, al Consejo Directivo o al Director las observaciones que estime pertinentes sobre los resultados de la auditoría y sobre el informe financiero.
 8. Siempre que se le pongan restricciones en el alcance de la auditoría o que no pueda obtener comprobantes suficientes, el auditor externo lo hará constar en su dictamen y expondrá claramente en el informe los motivos de sus observaciones y los efectos sobre la situación financiera y sobre las transacciones financieras consignadas.
 9. El informe del auditor externo no contendrá en ningún caso críticas si no se ha dado de antemano al Director una oportunidad adecuada para explicar la cuestión que las motive.

10. El auditor externo no tiene la obligación de abordar ni notificar ninguna de las cuestiones mencionadas si, a juicio suyo, carecen de importancia.

CD49.R2: Creación del Comité de Auditoría de la OPS

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Propuesta de creación de un Comité de Auditoría* (documento CD49/26);

Consciente de las iniciativas en curso en la Organización para establecer un marco de gobernanza que refleje las mejores prácticas internacionales;

Teniendo en cuenta la propuesta de crear un órgano asesor experto independiente para apoyar al Director y a los Estados Miembros de la Organización en relación con el funcionamiento de los mecanismos de control financiero e información, el proceso de gestión del riesgo y otros mecanismos de control relacionados con las auditorías de la Organización,

RESUELVE:

1. Crear el Comité de Auditoría para la Organización Panamericana de la Salud.
2. Aprobar los Términos de Referencia para el Comité de Auditoría de la OPS (ver anexo).

Anexo

(Segunda reunión, 28 de septiembre del 2009)

CD49.R2, Anexo

**TÉRMINOS DE REFERENCIA
DEL COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA OPS**

Principio orientador

1. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecerá un Comité de Auditoría a fin de que desempeñe la función de organismo de consulta independiente y de que oriente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a los Estados Miembros de la Organización, a través del Comité Ejecutivo, acerca del

funcionamiento de los mecanismos de control financieros y de presentación de informes de la Organización y de los procesos de gestión de riesgos y otros tipos de control relacionados con la auditoría. El Comité de Auditoría cumplirá esta función por medio de revisiones independientes de la labor que se realiza en el sistema de controles internos y externos de la OPS, que comprende la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, el Auditor Externo y la administración y gerencia de la Organización. El trabajo del Comité de Auditoría se hará de conformidad con las normas y las mejores prácticas internacionalmente aceptadas y en cumplimiento de las políticas, normas y reglamentos de la OPS. El Comité de Auditoría no reemplaza las funciones del Comité Ejecutivo de la OPS ni del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPBA).

Función del Comité

2. El Comité de Auditoría de la OPS deberá:
 - a) examinar y vigilar la idoneidad, eficiencia y efectividad de los procesos de evaluación y gestión del riesgo utilizados en la Organización, del sistema de controles internos y externos (que abarca la función de supervisión interna de la Organización y la función del Auditor Externo) y la ejecución oportuna y eficaz por la gerencia de las recomendaciones de las auditorías;
 - b) brindar orientación acerca de asuntos relacionados con el sistema de controles internos y externos, sus estrategias, sus planes de trabajo y su desempeño;
 - c) notificar acerca de cualquier asunto relacionado con las políticas y los procedimientos de la Organización que requieran medidas correctivas y sobre mejoras recomendadas en materia de controles, incluyendo evaluaciones, auditorías y gestión del riesgo;
 - d) hacer observaciones sobre los planes de trabajo y el presupuesto propuesto para las funciones de auditoría interna y externa;
 - e) emitir recomendaciones sobre las implicaciones operativas de los asuntos y tendencias que se observan en los estados financieros de la Organización y sobre aspectos importantes de la política de presentación de informes financieros;
 - f) asesorar sobre la idoneidad y la eficacia de las políticas contables y procedimientos de divulgación y evaluar modificaciones y riesgos de dichas políticas; y

- g) proporcionar orientación al Director en el proceso de selección del Auditor General de la OPS y al Comité Ejecutivo en cuanto a la selección del Auditor Externo.

Composición del Comité

3. El Comité de Auditoría estará integrado por tres miembros que cuenten con el más alto grado de integridad y que serán totalmente independientes de la Organización. El Comité de Auditoría será nombrado por el Comité Ejecutivo de la OPS. Los miembros desempeñarán sus funciones a título personal. Cada miembro ejercerá la presidencia del Comité por períodos de un año en forma rotatoria.

Criterios para la selección de los miembros

4. Todos los miembros del Comité deben tener experiencia reciente, pertinente y de alto nivel en supervisión financiera, auditoría y/o otro tipo de fiscalización financiera similar. Esa experiencia debe abarcar, en la medida de lo posible:

- a) experiencia en la preparación, verificación, análisis o evaluación de estados financieros que presenten una amplitud y un grado de complejidad contable comparable a la amplitud y complejidad de las cuestiones que enfrenta la Organización, incluido el conocimiento de principios contables pertinentes generalmente aceptados;
- b) conocimientos y, si fuera posible, experiencia pertinente acerca de los procesos de inspección, vigilancia y evaluación;
- c) conocimientos acerca del control interno, la gestión del riesgo, la investigación y los procedimientos para la presentación de informes financieros; y
- d) conocimientos generales acerca de la organización, estructura y funcionamiento de los organismos internacionales pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas.

Condiciones del nombramiento

5. Los miembros del Comité de Auditoría serán nombrados para desempeñar sus funciones por no más de dos períodos de tres años cada uno. El ciclo de elección se fijará al establecerse el comité. Los miembros pueden ser reelegidos por un segundo y último período de tres años, con excepción de los tres miembros iniciales del Comité, que serán designados por sorteo para desempeñar sus funciones por un período inicial de dos, tres o cuatro años. Los miembros que hayan servido anteriormente en el Comité de Auditoría

podrán ser nombrados nuevamente siempre que no hayan servido por más de dos periodos completos.

Propuesta de candidatos

6. El Director recomendará una lista de candidatos idóneos. La lista será notificada al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración antes de la sesión del Comité Ejecutivo y deberá incluir un curriculum vitae detallado de cada uno de los candidatos.

7. La lista de candidatos será sometida a una evaluación, que podrá incluir la solicitud de información adicional y modificaciones posteriores. Los candidatos que ocupen los primeros lugares según los Criterios para la Selección de los Miembros serán propuestos por el Subcomité al Comité Ejecutivo para que tome una decisión.

Responsabilidad de los miembros

8. Mientras permanezcan en ejercicio de sus funciones, los miembros del Comité de Auditoría no solicitarán ni recibirán instrucciones de ninguna autoridad gubernamental nacional. Actuarán en calidad de asesores, sin funciones ejecutivas, y serán totalmente independientes de todo gobierno u organismo, estructura o entidad de la Organización. Los miembros se guiarán exclusivamente por sus conocimientos técnicos y su juicio profesional, teniendo en cuenta las decisiones colectivas de los Cuerpos Directivos de la OPS.

9. Los miembros del Comité de Auditoría estarán obligados a firmar una declaración de confidencialidad al comienzo de su mandato, además del formulario de declaración de intereses de la Organización. En los casos en que surja un conflicto de intereses real o posible, el miembro declarará tal interés y se excusará del debate del comité sobre el asunto pertinente.

Reuniones y reglamento interno

10. El Comité de Auditoría de la OPS se reunirá normalmente en periodos de sesiones ordinarios dos veces al año. Podrán programarse otras reuniones *ad hoc*, si fuese necesario. El presidente del comité determinará la secuencia cronológica de las reuniones y la necesidad de celebrar reuniones adicionales en el transcurso del año. También elaborará el orden del día de las reuniones, teniendo en cuenta las solicitudes del Director o del Comité Ejecutivo de la OPS. Las reuniones serán convocadas por la secretaria del Comité a nombre del presidente. Por lo general, se les avisará a los miembros del Comité de Auditoría la fecha de las reuniones por lo menos con cuatro semanas de anticipación.

11. El Director, el Auditor Externo, el Auditor General, el Director de Administración y el Gerente de Recursos Financieros de la OPS asistirán a las sesiones del Comité de Auditoría por invitación del Presidente del Comité.
12. El Comité de Auditoría puede decidir ocasionalmente realizar reuniones a puertas cerradas, conforme lo determine el Comité.
13. El Comité de Auditoría procurará funcionar sobre la base del consenso.
14. Los miembros desempeñan su cargo a título personal y no pueden ser representados por un suplente.
15. Las funciones administrativas y de apoyo secretarial para el Comité de Auditoría, incluidas la preparación y el mantenimiento de las actas de las sesiones, serán desempeñadas por personal independiente contratado según sea necesario para esa finalidad, el cual reportará directamente al Presidente sobre los asuntos relacionados con el trabajo del Comité de Auditoría.

Divulgación

16. La secretaría del Comité de Auditoría, los observadores y toda persona invitada por el Comité para asistir a sus sesiones no harán público ningún documento o información sin autorización previa del Comité.
17. Todo miembro del Comité de Auditoría que informe sobre la labor del comité procurará que los materiales confidenciales estén protegidos y mantendrá adecuadamente informados a los otros miembros.

Acceso

18. El Comité de Auditoría tendrá acceso a todos los registros y documentos de la Organización, lo que incluye, aunque sin limitarse a ellos, los informes de auditoría y documentos de trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y los informes presentados por el Auditor Externo.
19. El Comité de Auditoría podrá convocar a cualquier funcionario o empleado de la Organización, incluido el personal directivo superior, y solicitar reuniones con cualquier parte, según considere necesario para obtener información pertinente para su trabajo.
20. El Auditor Externo y el Auditor General de la OPS también tendrán acceso irrestricto y confidencial al Presidente del Comité.

21. El Comité de Auditoría podrá recibir asesoramiento jurídico u otra ayuda profesional independiente si lo considera necesario.

Presentación de informes

22. El Presidente del Comité de Auditoría interactuará regularmente con el Director y le informará acerca de los resultados de las deliberaciones del Comité, así como de todo asunto pertinente a sus actividades.

23. El Comité de Auditoría preparará un informe anual de su labor para presentarlo al Comité Ejecutivo de la OPS. El Comité de Auditoría también podrá preparar informes *ad hoc* de acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo. El Director tendrá la oportunidad de formular observaciones acerca de todos los informes antes de su presentación al Comité Ejecutivo.

Recursos

24. Se proporcionarán al Comité de Auditoría los recursos que necesite para el cumplimiento de sus responsabilidades. Los fondos serán incluidos en el presupuesto bienal de la Organización para prever apoyo administrativo, costos de viajes y alojamiento con relación a las responsabilidades de los miembros del Comité. Los viajes se procesarán de conformidad con las normas y procedimientos de la OPS. Los miembros ejercerán sus funciones sin percibir remuneración de la OPS.

Revisión de los Términos de Referencia

25. El Comité Ejecutivo examinará periódicamente el desempeño del Comité de Auditoría con la finalidad de evaluar su eficacia y formular las recomendaciones pertinentes, en consulta con el Director, con respecto a sus miembros y sus Términos de Referencia. Los Términos de Referencia del Comité de Auditoría podrán ser modificados por el Consejo Directivo según sea necesario.

CD49.R3: Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el proyecto del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado presentado por la Directora (*Documento oficial 328*) y el documento CD49/6;

Observando que se modificó el Plan Estratégico a fin de que estuviera en consonancia con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS 2008-2013, que fuera también modificado y aprobado por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada recientemente;

Observando que otros cambios atienden la necesidad de actualizar el documento para aclarar los resultados previstos y simplificar su medición,

RESUELVE:

Aprobar el *Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado (Documento oficial 328)*, incluidos los indicadores y las metas revisados.

(Tercera reunión, 29 de septiembre del 2009)

CD49.R4: Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago y Uruguay

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

Considerando que fueron elegidos Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago y Uruguay,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago y Uruguay los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R5: Establecimiento de un nuevo marco institucional para el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la propuesta presentada por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Directora”) para el establecimiento de un nuevo marco institucional para la gobernanza, la gestión y el financiamiento del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) según se describe en el documento *Reforma Institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)* (documento CD49/17);

Reconociendo que la cooperación técnica prestada por BIREME a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS en los últimos 42 años en el ámbito de la información y la comunicación sobre las ciencias de la salud ha evolucionado con la Biblioteca Virtual en Salud y las redes afines para convertirse en un “bien público” regional de conocimientos científicos críticos y fundamentales, orientado al desarrollo de la investigación, la educación y la atención en materia de salud;

Considerando que BIREME ha desempeñado un papel importante en la cooperación internacional Sur-Sur con otras regiones en desarrollo del mundo mediante el intercambio de experiencias y conocimientos en cuanto a métodos, información, tecnología, productos, servicios y formación de redes en la esfera de las ciencias de la salud;

Reconociendo que el marco institucional actual de BIREME no se ha modificado sustancialmente en los 42 años de su existencia y ya no responde adecuadamente a las necesidades de gestión, funcionamiento y financiamiento del Centro;

Reconociendo la importancia histórica de la contribución del Gobierno del Brasil al establecimiento y el mantenimiento continuo de BIREME en ese país, en particular las contribuciones especiales aportadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo;

Teniendo presente la importancia de facultar a BIREME para que desempeñe mejor sus funciones estratégicas por medio de un marco institucional contemporáneo que brinde apoyo a su gobernanza, gestión y financiamiento;

Considerando la necesidad de fortalecer la sostenibilidad financiera de BIREME mediante el establecimiento de una estructura de financiamiento adecuada que equilibre las fuentes de financiamiento ordinarias y extrapresupuestarias,

RESUELVE:

1. Aprobar el Estatuto propuesto de BIREME, que se adjunta como parte integrante de esta resolución (anexo), que entrará en vigor desde el 1 de enero del 2010.
2. Reafirmar la importancia de la cooperación entre el Gobierno del Brasil y la OPS para el mantenimiento de BIREME e instar al Gobierno del Brasil a que siga apoyando a BIREME y mejore esta cooperación.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que entable negociaciones con el Gobierno del Brasil a fin de concluir un nuevo Acuerdo de Sede para BIREME que defina las responsabilidades del Gobierno con respecto al mantenimiento de BIREME, así como a sus prerrogativas e inmunidades en ese país;
 - b) que emprenda negociaciones con el Gobierno del Brasil, por el conducto de los ministerios correspondientes y la Universidad Federal de São Paulo, a fin de concluir un nuevo Acuerdo de Instalaciones para el funcionamiento continuado de BIREME dentro del recinto de la Universidad, que abarque las cuestiones atinentes al espacio físico, al personal, a la colección de revistas de BIREME, así como a otro tipo de apoyo para el Centro;
 - c) que dé instrucciones a la Secretaría de BIREME a fin de que adopte las medidas necesarias para proceder con las reuniones iniciales de los recién establecidos órganos de BIREME, el Comité Asesor y el Comité Científico, en el primer semestre del 2010.

Anexo: Estatuto de Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

Proyecto de Estatuto de BIREME

Artículo I Personalidad jurídica

El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, también conocido por su nombre original de Biblioteca Regional de Medicina ("BIREME"), es un Centro Especializado de la Organización Panamericana de la Salud ("OPS"), cuya secretaría es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud ("OMS"), establecido de conformidad con las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS y con sede en la ciudad de São Paulo, donde opera desde su creación en base a un convenio firmado entre la OPS y el Gobierno de la República Federativa del Brasil.

Artículo II Objetivo

BIREME tiene por objetivo contribuir al desarrollo de la salud de las poblaciones de la Región de las Américas mediante la promoción de la cooperación entre los países, así como a la democratización del acceso a la información científicotécnica, a la legislación y el intercambio de conocimientos y datos científicos en pro del mejoramiento continuo de los sistemas de salud, educación e investigación.

Artículo III Funciones

Para alcanzar su objetivo, BIREME cumplirá las siguientes funciones de cooperación técnica, comprendidas en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud:

1. Apoyar y fortalecer los sistemas de información en ciencias de la salud de los Estados Miembros de la OPS.
2. Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de medidas y políticas públicas en materia de salud y de las capacidades e infraestructuras nacionales y regionales para la adquisición, organización, acceso, publicación y uso de información, conocimiento y datos científicos en los procesos y decisiones en materia de salud.
3. Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de redes de instituciones y personas que sean productores, intermediarios y usuarios de información científica, legal, técnica y fáctica en materia de salud, por medio de la gestión y operación cooperativa de productos, servicios y actividades de información en el espacio

común de la Biblioteca Virtual en Salud, en colaboración con las redes complementarias nacionales, regionales e internacionales.

4. Contribuir al desarrollo global de la información y comunicación científica de salud por medio de alianzas, programas, redes y proyectos entre instituciones internacionales, regionales y nacionales, haciendo hincapié en el aumento de la visibilidad, la accesibilidad, la calidad, el uso y la repercusión de la producción científicotécnica de los países y regiones en desarrollo.
5. Contribuir al desarrollo de la terminología científicotécnica del campo de la salud en español, francés, inglés y portugués.
6. Contribuir al desarrollo de los sistemas de educación a distancia en la Región de las Américas, por medio de la creación de infraestructuras y capacidades para el acceso y la diseminación de información como parte integral del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.
7. Apoyar y promover la colaboración entre gobiernos, profesionales, trabajadores de la salud, usuarios, instituciones científicas y organismos internacionales afines y la sociedad, con miras a establecer y fortalecer sistemas nacionales de información de salud que promuevan la enseñanza y la investigación continua por medio de la innovación y la utilización de las tecnologías de información y comunicación.

Artículo IV Membresía

Son miembros de BIREME las entidades definidas a continuación de acuerdo con las categorías siguientes: Estados Miembros, Estados Participantes y Organizaciones Participantes.

1. Estados Miembros de BIREME: Todos los Estados Miembros de la OPS.*
2. Estados Participantes de BIREME: Cualquier Estado Miembro de la OMS podrá ser admitido como "Estado Participante de BIREME", para lo cual será necesario:
 - a. que el Estado Miembro de la OMS comunique al Director** de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) su intención de participar en la cooperación científicotécnica y de contribuir financieramente con BIREME

* Incluye a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS.

** En este documento se hace referencia al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana como el Director de la Organización Panamericana de la Salud.

- mediante aportes anuales establecidos por el Comité Asesor de BIREME, y conforme a lo descrito en el artículo IX del presente Estatuto, y que manifieste su reconocimiento del presente Estatuto y su compromiso de actuar sobre la base de sus respectivos reglamentos; y
- b. que el Comité Asesor apruebe la solicitud de incorporación como Estado Participante de BIREME por una mayoría de dos tercios de sus miembros.
3. Organizaciones Participantes de BIREME: Toda organización internacional pública con conocimiento específico sobre información y comunicación científicotécnica podrá ser admitida como “Organización Participante de BIREME”, para lo cual será necesario:
- a. que la organización internacional comunique al Director de la OPS su intención de participar en la cooperación científicotécnica y de contribuir financieramente con BIREME mediante aportes anuales establecidos por el Comité Asesor de BIREME y conforme a lo descrito en el artículo IX del presente Estatuto, y que manifieste su reconocimiento del presente Estatuto y su compromiso de actuar con base en sus respectivos reglamentos; y
 - b. que el Comité Asesor apruebe la solicitud de incorporación como Organización Participante de BIREME por una mayoría de dos tercios de sus miembros.
4. Un Estado Participante o una Organización Participante podrá renunciar y dejar de ser miembro de BIREME mediante comunicación al Director de la OPS y al Comité Asesor. La renuncia se hará efectiva 6 (seis) meses después de recibida la notificación por parte del Director de la OPS.

Artículo V Estructura

BIREME estará compuesto por los siguientes órganos:

- (1) Comité Asesor
- (2) Comité Científico
- (3) Secretaría

Artículo VI El Comité Asesor

El Comité Asesor es un órgano permanente de BIREME y cumple funciones consultivas ante el Director de la OPS.

1. El Comité Asesor de BIREME estará constituido por Miembros designados conforme a la siguiente composición:
 - a. 2 (dos) Miembros Permanentes: 1 (un) miembro nombrado por el representante del Gobierno del Brasil y 1 (uno) nombrado por el Director de la OPS;
 - b. 5 (cinco) Miembros No Permanentes, seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo de la OPS de entre los Miembros de BIREME, descritos en el artículo IV, teniendo en cuenta la representación geográfica.
2. Los Miembros No Permanentes del Comité Asesor de BIREME deberán alternarse cada 3 (tres) años. Sin embargo, el Consejo Directivo de la OPS podrá estipular un período de alternancia más corto, si a su parecer es necesario para mantener el equilibrio entre los miembros del Comité Asesor.
3. El Consejo Directivo de la OPS podrá ajustar el número de Miembros No Permanentes del Comité Asesor a medida que se apruebe el ingreso de nuevos Miembros de BIREME.
4. Corresponderá al Comité Asesor de BIREME:
 - a. formular recomendaciones al Director de la OPS sobre las funciones programáticas de BIREME, con base en el Plan Estratégico de la OPS y el Plan de Trabajo de Cooperación Técnica de la OPS, así como las recomendaciones de los Miembros del Comité Científico de BIREME;
 - b. examinar el proyecto de Plan de Trabajo Bienal de BIREME y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con el objeto de fortalecer y desarrollar las capacidades e infraestructuras nacionales y regionales de información científicotécnica;
 - c. examinar el proyecto de Presupuesto Bienal de BIREME y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con el objeto de fortalecer la estructura de financiamiento;
 - d. proponer los aportes financieros anuales de los Estados Participantes y las Organizaciones Participantes;
 - e. evaluar la cooperación internacional de BIREME con otras regiones y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con miras a su perfeccionamiento;

- f. recomendar al Director de la OPS, mediante una exposición de motivos, que se ajuste el número de Miembros No Permanentes del Comité Asesor, con el objeto de mantener el equilibrio en la representación geográfica;
- g. nombrar a los miembros del Comité Científico de BIREME;
- h. recomendar al Consejo Directivo de la OPS las modificaciones que estime necesarias al presente Estatuto;
- i. recomendar al Director de la OPS el establecimiento de comités y grupos de trabajo técnicos para apoyar a BIREME en el desempeño de sus funciones programáticas, la ejecución del plan de trabajo y el tratamiento de las prioridades del sector de la salud;
- j. adoptar un Reglamento Interno de funcionamiento que será aprobado por todos sus Miembros en reunión ordinaria;
- k. realizar una reunión ordinaria anual. Los Miembros del Comité Asesor podrán solicitar al Director de la OPS la celebración de reuniones extraordinarias.

Artículo VII El Comité Científico

El Comité Científico es un órgano permanente de BIREME y cumple funciones consultivas ante el Director de la OPS y el Comité Asesor.

1. El Comité Científico estará conformado por no menos de cinco especialistas internacionales, designados con base en su reconocida competencia en materia de investigación científica, gestión de la información y conocimientos de salud, comunicación científicotécnica de salud, así como sus conocimientos en las áreas de investigación, ética, desarrollo, operación y financiamiento. Los miembros del Comité Científico deberán ser nombrados como especialistas y se alternarán cada 3 (tres) años.
2. Los miembros del Comité Científico serán nombrados por el Comité Asesor de BIREME teniendo en consideración la diversidad temática y la pericia necesarias para el desempeño de las funciones del Comité Científico. Cada uno de los Estados Miembros de BIREME podrá nombrar hasta dos especialistas, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá nombrar especialistas adicionales, que serán incluidos en la lista de especialistas internacionales a partir de la cual se harán los nombramientos, teniendo en cuenta también la diversidad temática y la pericia necesarias para que el Comité Científico cumpla sus funciones.

3. Corresponderá al Comité Científico:
 - a. formular recomendaciones al Comité Asesor sobre las funciones programáticas de BIREME de acuerdo con los últimos adelantos técnicos internacionales en materia de información y comunicación científicas, incluido lo siguiente: políticas y criterios de calidad para la selección de los materiales y su contenido; gestión de información, conocimiento y datos científicos; gestión editorial; infraestructura de almacenamiento y recuperación de información; bibliometría; informetría, y cienciometría;
 - b. asesorar al Director de la OPS y el Comité Asesor sobre los métodos y tecnologías que utiliza BIREME en la gestión de productos y servicios de información, y recomendar las soluciones y actualizaciones necesarias;
 - c. asesorar al Director de la OPS y el Comité Asesor en la adopción de innovaciones en el campo de la información y la comunicación científicas;
 - d. asesorar al Director de la OPS y el Comité Asesor en la preparación y ejecución del Plan de Trabajo Bienal de BIREME, de acuerdo con el Plan Estratégico de la OPS y el Plan de Trabajo de Cooperación Técnica de la OPS;
 - e. asesorar al Director de la OPS y al Comité Asesor en el establecimiento de alianzas internacionales para el desarrollo de la información y comunicación científicas en salud;
 - f. adoptar un Reglamento Interno de funcionamiento, que será aprobado por todos sus Miembros en reunión ordinaria;
 - g. realizar una reunión ordinaria anual; el Comité Científico podrá, por intermedio de una representación de 3 (tres) de sus Miembros, solicitar al Comité Asesor de BIREME la realización de reuniones extraordinarias.

Artículo VIII Secretaría

Sujeto a la autoridad general y las decisiones del Director de la OPS, la Secretaría es un órgano permanente de BIREME y el ente responsable de la gestión y ejecución técnica y administrativa del Programa de Trabajo y Presupuesto Bienal de BIREME de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.

1. La Secretaría estará conformada por el Director de BIREME y el personal técnico y administrativo necesario, según lo determine el Director de la OPS y sujeto a la disponibilidad de recursos económicos.
2. El Director de BIREME será nombrado por el Director de la OPS, mediante concurso internacional y de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.
3. Los funcionarios que ocuparán los cargos en BIREME serán nombrados de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.
4. El Director de BIREME será responsable ante el Director de la OPS de la gestión ejecutiva de BIREME de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS, y a él corresponde:
 - a. preparar, sobre la base del Plan Estratégico de la OPS, el proyecto de Plan de Trabajo Bienal y el proyecto de Presupuesto Bienal de BIREME y presentarlos a la consideración del Comité Asesor para su examen y recomendación al Director de la OPS;
 - b. hacer cumplir el Plan de Trabajo Bienal y el Presupuesto Bienal de BIREME aprobados por el Director de la OPS como parte integral del Plan de Trabajo Bienal de la OPS;
 - c. promover y establecer la colaboración con entidades y organizaciones relacionadas con las funciones programáticas de BIREME;
 - d. promover y establecer alianzas internacionales para el desarrollo de la información y comunicación científicas de salud, en consonancia con las prioridades de la OPS;
 - e. representar a BIREME en actividades e iniciativas relacionadas con sus funciones programáticas, en su calidad de centro especializado de la OPS;
 - f. llevar a cabo la gestión administrativa y financiera de BIREME;
 - g. presentar un informe anual sobre las actividades de BIREME y someterlo a la consideración del Comité Asesor para su examen y recomendación al Director de la OPS;
 - h. preparar cualquier otro informe solicitado por el Director de la OPS, el Comité Asesor o el Comité Científico de BIREME;

- i. ejercer la función de secretario *ex officio* de las reuniones del Comité Asesor y el Comité Científico;
- j. aceptar aportes o contribuciones de personas naturales o jurídicas por medio de acuerdos o contratos, siempre y cuando estén relacionados con las funciones de BIREME y sujetos a las condiciones establecidas por el Director de la OPS, previa autorización de este por escrito.

Artículo IX Finanzas

1. Los recursos para el financiamiento del Plan de Trabajo Bienal de BIREME provendrán de las siguientes fuentes: contribución anual de la OPS determinada por el Director de la OPS; contribución anual del Gobierno del Brasil, en consonancia con el convenio celebrado con la OPS; contribuciones anuales de los Estados Participantes y las Organizaciones Participantes de BIREME; y recursos económicos generados por medio de proyectos, prestación de servicios y contribuciones voluntarias.
2. Todas las contribuciones anuales serán pagaderas a partir del 1 de enero de cada año y deberán hacerse efectivas a más tardar el 30 de junio del mismo año.
3. Los fondos y activos de BIREME serán tratados como fondos fiduciarios de la OPS y se administrarán de acuerdo con sus normas financieras.
4. Se creará un Fondo de Trabajo a nombre de BIREME de conformidad con las normas y los procedimientos de la OPS.

Artículo X Privilegios e inmunidades

Los privilegios e inmunidades de BIREME en el Brasil como centro especializado de la OPS, así como las responsabilidades financieras del Gobierno del Brasil en relación con el mantenimiento de BIREME de conformidad con el artículo IX del presente Estatuto, deben estipularse en un convenio específico entre la OPS y el gobierno brasileño.

Artículo XI Instalaciones

Los arreglos relacionados con las instalaciones físicas y otros servicios proporcionados a BIREME, cuya sede desde su creación se encuentra en la ciudad de São Paulo, en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), deben estipularse en un acuerdo entre la OPS, el Gobierno del Brasil y la UNIFESP.

Artículo XII Modificaciones

Las modificaciones al presente Estatuto que recomiende el Comité Asesor de BIREME entrarán en vigencia tras su aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS.

Artículo XIII Entrada en vigor

Las disposiciones de este Estatuto entrarán en vigor a partir de la fecha de su aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R6: Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo aprobado la resolución CD49.R5 para el establecimiento de un nuevo Estatuto del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME);

Observando que la estructura de gobernanza descrita en el nuevo Estatuto de BIREME requiere el establecimiento de un Comité Asesor;

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

Recordando que el Artículo VI además establece que los cinco miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME deben alternarse cada tres años y que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS podrá estipular un

período de alternancia más corto en caso de ser necesario para mantener el equilibrio entre los miembros del Comité Asesor,

RESUELVE:

1. Elegir a tres Estados Miembros para integrar el Comité Asesor de BIREME durante un período de tres años y a dos Estados Miembros para un período de dos años, a partir del 1 de enero del 2010.
2. Posteriormente, elegir a los miembros no permanentes del Comité Asesor de manera escalonada por lo que no se elegirá ningún miembro en el 2010, se elegirán dos miembros en el 2011 y tres miembros en el 2012.
3. Declarar a Argentina, Chile y República Dominicana electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME para un período de tres años.
4. Declarar a Jamaica y México electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME para un período de dos años.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R7: Nueva escala de cuotas para el período presupuestario 2010-2011

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Presidente del Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión (documento CD49/2) y la *Nueva escala de cuotas* (documento CD49/7);

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano estipula que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de contribuciones señaladas adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) para sus miembros;

Observando que el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión, tras considerar la aplicación de las escalas de cuotas de transición de la OEA para los años 2007 y 2008, decidió mediante la resolución CE140.R5 (junio del 2007) postergar la aplicación de una escala de cuotas definitiva de la Organización de los Estados Americanos a los bienios posteriores al 2008-2009;

Considerando que en el trigésimo cuarto período extraordinario de sesiones la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en noviembre del 2007 aprobó la resolución AG/RES.1 (XXXIV-E/07) en la que se estableció la escala de cuotas definitiva para sus miembros aplicable a los años 2009, 2010 y 2011;

Teniendo en cuenta que varios Estados Miembros han expresado preocupación acerca de la repercusión financiera que tendrá para ellos la aplicación de la escala definitiva de la OEA en este momento,

RESUELVE:

Aprobar la aplicación de dos escalas de cuotas de la OEA al bienio 2010-2011 de la OPS de la siguiente manera: la escala de transición de la OEA (2008) al año 2010 y la escala definitiva de la OEA (2009-2011) al año 2011, para determinar las contribuciones señaladas para la OPS, según se indica en el siguiente cuadro, lo que se aplicará al programa y presupuesto correspondiente al ejercicio presupuestario 2010-2011.

Estado Miembro	Porcentaje asignado 2010	Porcentaje asignado 2011
Antigua y Barbuda	0,024	0,022
Argentina	4,282	3,211
Bahamas	0,084	0,077
Barbados	0,080	0,060
Belice	0,026	0,022
Bolivia	0,060	0,046
Brasil	7,626	7,953
Canadá	13,761	13,761
Chile	1,112	1,073
Colombia	0,807	0,839
Costa Rica	0,150	0,187
Cuba	0,496	0,241
Dominica	0,017	0,022
República Dominicana	0,165	0,206
Ecuador	0,165	0,206
El Salvador	0,084	0,105
Francia *	0,289	0,289
Grenada	0,022	0,022
Guatemala	0,150	0,187
Guyana	0,022	0,022
Haití	0,060	0,045

Honduras	0,060	0,045
Jamaica	0,163	0,123
México	6,513	8,141
Países Bajos *	0,090	0,090
Nicaragua	0,060	0,045
Panamá	0,130	0,163
Paraguay	0,165	0,124
Perú	0,443	0,553
Puerto Rico **	0,111	0,111
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022
Santa Lucía	0,024	0,022
San Vincent y las Granadinas	0,022	0,022
Suriname	0,060	0,045
Trinidad y Tabago	0,180	0,152
Reino Unido *	0,060	0,060
Estados Unidos	59,445	59,445
Uruguay	0,223	0,181
Venezuela	2,747	2,060
	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>

* Miembro Participante

** Miembro Asociado

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R8: Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento oficial 333*), su addendum y el documento CD49/5, Rev. 1;

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD49/2);

Observando los importantes aumentos obligatorios de los costos relacionados con los puestos de plazo fijo para el 2010-2011, a pesar de los esfuerzos continuos y prudentes de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) por reducir la cantidad de puestos de plazo fijo;

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

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina como figura en el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento oficial 333*).
2. Asignar para el ejercicio financiero 2010-2011 la cantidad de US\$ 339.852.341, que representa un aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros de la OPS, Estados Participantes y Miembros Asociados de 3,5% con respecto al bienio 2008-2009, de la siguiente manera:

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	23.302.000
2	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	6.324.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	11.426.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	11.694.000
5	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	3.893.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud	7.611.000
7	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	8.068.000

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
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	13.399.000
9	Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	12.009.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	8.111.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	32.026.000
12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	7.565.000
13	Asegurara la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	9.305.000
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	5.207.000
15	Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de acción sanitaria mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas	65.885.000
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	61.275.000
	Presupuesto efectivo de trabajo para 2010-2011 (Partes 1 a 16)	287.100.000
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	52.752.341
	Total: todas las secciones	339.852.341

3. Las asignaciones se financiarán por medio de:

a) Contribuciones con respecto a:

Estados Miembros, Estados Participantes, y
Miembros Asociados de conformidad con la escala
adoptada239.152.341

b) Ingresos varios20.000.000

c) Proporción de AMRO aprobada por la
62ª Asamblea Mundial de la Salud80.700.000

TOTAL339.852.341

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

5. En conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las sumas que no excedan las asignaciones observadas en el párrafo 2 estarán disponibles para el pago de las obligaciones incurridas durante el período desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011, inclusive; a pesar de la disposición de este párrafo, las obligaciones durante el ejercicio financiero 2010-2011 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, las secciones 1 a la 16 del cuadro de asignaciones en el párrafo 2.

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

7. Hasta 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto con respecto al componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por la segunda sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y

Administración, como se los presentó al Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión en el documento CE142/8. El gasto efectuado del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las secciones correspondientes de asignación 1 a 16 en el momento de presentar la información financiera.

8. Calcular el monto del gasto en el programa y presupuesto para el 2010-2011 a ser financiado por fondos de otra procedencia en US\$ 355.851.000, como se muestra en el *Documento oficial 333*.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R9: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD49.R8 el Consejo Directivo aprobó el Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011 (*Documento Oficial 333*), su Addendum, y el Documento CD49/5, Rev. 1;

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano estipula que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud para el presupuesto por programas se basará en la escala de contribuciones señaladas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD49.R7 el Consejo Directivo aprobó la nueva escala de contribuciones para los miembros de la OPS en el bienio 2010-2011,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2010-2011 en conformidad con la escala que figura a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 3,5% con respecto al ejercicio financiero 2008-2009.

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES
Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA OPS PARA 2010-2011

(1) Miembros	(2) Escala ajustada a Miembros de la OPS		(3) Cuota bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Estados Miembros a la remuneración del personal de la OSP		(6) Cuota neta	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros:										
Antigua y Barbuda	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
Argentina	4,282	3,211	5.120.251	3.839.591	1.129.427	846.939			3.990.824	2.992.652
Bahamas	0,084	0,077	100.444	92.074	22.156	20.310			78.288	71.764
Barbados	0,080	0,060	95.661	71.746	21.101	15.826			74.560	55.920
Belice	0,026	0,022	31.090	26.307	6.858	5.803			24.232	20.504
Bolivia	0,060	0,046	71.746	55.005	15.826	12.133			55.920	42.872
Brasil	7,626	7,953	9.118.879	9.509.893	2.011.447	2.097.697			7.107.432	7.412.196
Canadá	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chile	1,112	1,073	1.329.687	1.283.052	293.303	283.016			1.036.384	1.000.036
Colombia	0,807	0,839	964.980	1.003.244	212.856	221.296			752.124	781.948
Costa Rica	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Cuba	0,496	0,241	593.098	288.179	130.826	63.567			462.272	224.612
Dominica	0,017	0,022	20.328	26.307	4.484	5.803			15.844	20.504
República Dominicana	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
Ecuador	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
El Salvador	0,084	0,105	100.444	125.555	22.156	27.695			78.288	97.860
Grenada	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Guyana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haití	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Honduras	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Jamaica	0,163	0,123	194.909	147.079	42.993	32.443			151.916	114.636
México	6,513	8,141	7.787.996	9.734.696	1.717.880	2.147.284			6.070.116	7.587.412
Nicaragua	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Panamá	0,130	0,163	155.449	194.909	34.289	42.993			121.160	151.916

(1) Miembros	(2) Escala ajustada a Miembros de la OPS		(3) Cuota bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Estados Miembros a la remuneración del personal de la OSP		(6) Cuota neta	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros:										
Paraguay	0,165	0,124	197.301	148.274	43.521	32.706			153.780	115.568
Perú	0,443	0,553	529.722	661.256	116.846	145.860			412.876	515.396
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Santa Lucía	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
San Vicente y las Grenadines	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Trinidad y Tabago	0,180	0,152	215.237	181.756	47.477	40.092			167.760	141.664
Estados Unidos de América	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguay	0,223	0,181	266.655	216.433	58.819	47.741			207.836	168.692
Venezuela	2,747	2,060	3.284.757	2.463.269	724.553	543.349	0	0	2.560.204	1.919.920
<u>Subtotal</u>	<u>99,450</u>	<u>99,450</u>	<u>118.918.501</u>	<u>118.918.500</u>	<u>26.231.101</u>	<u>26.231.100</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>97.812.400</u>	<u>97.812.400</u>
Estados Participantes:										
Francia	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Países Bajos	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Reino Unido	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
<u>Subtotal</u>	<u>0,439</u>	<u>0,439</u>	<u>524.940</u>	<u>524.940</u>	<u>115.792</u>	<u>115.792</u>			<u>409.148</u>	<u>409.148</u>
Miembro Asociado:										
Puerto Rico	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	<u>103.452</u>
<u>Subtotal</u>	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>132.730</u>	<u>132.730</u>	<u>29.278</u>	<u>29.278</u>			<u>103.452</u>	<u>103.452</u>
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>119.576.171</u>	<u>119.576.170</u>	<u>26.376.171</u>	<u>26.376.170</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>98.325.000</u>	<u>98.325.000</u>

(5) Esta columna incluye el cálculo de las cantidades a ser recibidas por los Estados Miembros respectivos, en 2010-2011 relativas a los impuestos exigidos por ellos en los salarios que los funcionarios reciben de la OSP, ajustado a la diferencia entre el cálculo previsto y el monto real en años previos.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R10: Política de investigación para la salud

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe *Política de investigación para la salud* (documento CD49/10);

Recordando las resoluciones WHA58.34 sobre la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud y WHA60.15 sobre la función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias; la aportación regional de la OPS al Foro Ministerial Mundial sobre Investigación para la Salud, incluido el informe sobre el progreso realizado en relación con la resolución WHA58.34 entregado al 48.º Consejo Directivo; y el informe presentado por el Comité Asesor de Investigaciones en Salud a la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana;

Conscientes de que, a medida que nuestro mundo rápidamente cambiante afronte importantes retos ambientales, demográficos, sociales y económicos, la investigación será cada vez más esencial para dilucidar la naturaleza y alcance de los problemas de salud; identificar intervenciones y estrategias eficaces, seguras y apropiadas; abordar la equidad en materia de salud y los factores determinantes de la salud; y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Comprendiendo que la mejora de los resultados de salud requiere investigaciones multidisciplinarias e intersectoriales;

Reconociendo que la investigación para la salud es una función esencial de salud pública que debe incrementarse y fortalecerse aun más en los Estados Miembros;

Afirmando la importancia de las funciones y responsabilidades de la OPS en la investigación para la salud, como la principal organización regional de salud pública;

Reconociendo la necesidad de fortalecer la capacidad del sector público en materia de investigación de salud;

Reconociendo la necesidad de comunicar mejor e integrar los resultados y las actividades de investigación de la OPS en toda la Organización y con sus Estados Miembros y aliados;

Conscientes de que la OPS y sus Estados Miembros tienen que mantener mecanismos funcionales de gobernanza en la investigación para la salud y conscientes de que los sistemas nacionales funcionales de investigación sanitaria pueden obtener un

mayor provecho de la investigación al promover la eficiencia, al velar por una gestión eficaz y al coordinar la investigación para las actividades sanitarias;

Tomando en cuenta la resolución WHA61.21 sobre la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y la resolución CD48.R15 del 48.º Consejo Directivo sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual: una Perspectiva Regional;

Tomando nota de las referencias a la investigación para la salud del Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, al igual que las conclusiones y recomendaciones pertinentes de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud;

Teniendo en cuenta los resultados del Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones en pro de la Salud (que se reunió en Bamako del 17 al 19 de noviembre del 2008), la aportación regional presentada al Consejo Directivo, las conclusiones de la 1.ª Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para Salud, y la Estrategia de la OMS sobre Investigaciones en pro de la Salud,

RESUELVE:

1. Ratificar la Política de investigación para la salud de la OPS (documento CD49/10).
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que reconozcan la importancia de la investigación para la salud y la equidad en materia de salud y adopten y pongan en práctica políticas sobre investigación para la salud que armonicen con los planes nacionales de salud, abarquen todos los sectores públicos y privados pertinentes, alineen el apoyo externo en torno a prioridades mutuas y fortalezcan las instituciones nacionales clave;
 - b) a que consideren la posibilidad de inspirarse en la política de la OPS sobre investigación para la salud conforme a sus circunstancias y contextos nacionales y como parte de sus políticas generales sobre la salud y la investigación sanitaria;
 - c) a que colaboren con la OPS para fortalecer y vigilar los sistemas nacionales de investigación de salud mediante una mejor calidad, rectoría y gestión de la investigación para la salud, la concentración en las necesidades nacionales, el establecimiento de mecanismos eficaces de investigación institucional, el empleo sistemático de la evidencia científica para elaborar las políticas sanitarias, el desarrollo de las aptitudes necesarias por medio de una mayor capacitación de los

- investigadores sanitarios, alentando la participación en la investigación y la armonización y coordinación del apoyo nacional y externo;
- d) a que establezcan, según sea necesario y apropiado, mecanismos de gobernanza de la investigación para la salud con el fin de lograr una coordinación eficaz y enfoques estratégicos entre los sectores pertinentes, garanticen la aplicación rigurosa de normas y estándares de investigación adecuados, incluida la protección de sujetos humanos que participen en la investigación, y promuevan un diálogo abierto entre los trazadores de políticas y los investigadores en relación con las necesidades, capacidades y limitaciones nacionales concernientes a la salud;
 - e) a que sigan colaborando con la OPS y sus centros especializados para apoyar el punto de vista que sostiene que las evidencias científicas esenciales para la salud y el desarrollo deben seguir siendo accesibles y estar disponibles, incluyendo, cuando corresponda, en el dominio público;
 - f) a que promuevan la colaboración intersectorial y la investigación de calidad a fin de generar evidencias científicas necesarias para que las políticas adoptadas en todos los sectores contribuyan a la mejora de la salud y la equidad en materia de salud;
 - g) a que inicien o fortalezcan la colaboración entre países y subregional como una manera de lograr eficiencias de escala en la investigación al compartir experiencias, prácticas óptimas y recursos, mancomunar los mecanismos de capacitación y adquisiciones y usar métodos comunes y estandarizados de evaluación de la investigación;
 - h) a que continúen buscando financiamiento para la investigación para la salud y su vigilancia como se enuncia en la resolución WHA58.34 y de acuerdo con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda;
 - i) a que establezcan comités de revisión ética y pongan en marcha principios éticos para los ensayos clínicos con seres humanos, con referencia a la Declaración de Helsinki y otros textos pertinentes sobre los principios éticos de la investigación médica en seres humanos.
3. Invitar a los Estados Miembros, la comunidad de investigación para la salud, el sistema interamericano, el sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, los impulsores de la investigación, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y otros interesados directos pertinentes:

- a) a que presten apoyo a la Secretaría de la OPS para que ponga en práctica la Política de Investigación para la Salud y vigile y evalúe su eficacia;
- b) a que colaboren con la OPS, en el marco de la Política, para determinar las prioridades en la investigación para la salud, formular directrices en relación con la investigación para la salud, crear registros y mecanismos de vigilancia e intercambiar información y datos útiles;
- c) a que ayuden a la OPS y a sus aliados en la investigación a movilizar y vigilar los recursos destinados a las prioridades regionales y subregionales determinadas para la investigación para la salud;
- d) a que colaboren con la OPS para alinear y coordinar mejor la arquitectura y gobernanza mundial y regional de las investigaciones para la salud mediante la racionalización de las alianzas existentes, a fin de mejorar la coherencia y las repercusiones y aumentar la eficiencia y la equidad;
- e) a que presten especial atención a las solicitudes de cooperación en materia de investigación presentadas por Estados Miembros con necesidades apremiantes, en particular en áreas tales como la transferencia de tecnologías, fuerza de trabajo para la investigación, desarrollo de la infraestructura, los determinantes de la salud, en particular cuando contribuyen a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la equidad en materia de salud y una mejor salud para todos;
- f) a que apoyen, cuando proceda, la cooperación técnica encaminada a elevar los estándares de la investigación para la salud en los Estados Miembros.

4. Solicitar a la Directora:

- a) que asuma el liderazgo en la determinación de las prioridades regionales para la investigación para la salud mediante el impulso de esquemas de colaboración para la detección de necesidades y problemas de investigación en conjunto con los Estados Miembros;
- b) que ejecute e incorpore la Política de investigación para la salud en todos los niveles de la Organización, así como con los socios, y la alinee con las resoluciones pertinentes como la resolución CD48.R15, *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional*;
- c) que asegure que se apliquen dentro de la OPS las normas y estándares más elevados de la buena investigación, incluidos los concernientes a aspectos técnicos, éticos y metodológicos; que difunda y promueva el acceso a los

- resultados de investigación y abogue por su traducción en políticas y prácticas, y que examine y armonice la organización y la gobernanza de las actividades de investigación y las alianzas de la OPS;
- d) que siga facilitando la capacitación del personal de la OPS en las aptitudes necesarias para usar apropiada y eficazmente la investigación en cada actividad pertinente de la OPS;
 - e) que proporcione recursos básicos suficientes en los proyectos de presupuesto por programas para la ejecución de la Política sobre Investigación para la Salud;
 - f) que preste apoyo a los Estados Miembros, a petición y según lo permitan los recursos, para fortalecer los sistemas nacionales de investigación sanitaria y establecer una colaboración intersectorial eficaz;
 - g) que colabore constructivamente con otras organizaciones internacionales, redes e interesados directos, incluidos los centros de excelencia y los centros colaboradores de la OMS, para promover la eficiencia y lograr mayores repercusiones con esta política;
 - h) que apoye la promoción y la ejecución eficaces de la Estrategia de la OMS sobre Investigación para la Salud, proporcionando información de manera regular a los Estados Miembros, la participación activa de todos los representados en la OPS pertinentes y la elaboración de estrategias y planes de acción para la Política de Investigación para la Salud con la participación de los Estados Miembros en consulta con otros interesados directos, incluida la sociedad civil;
 - i) que promueva la transparencia, con la colaboración de los Estados Miembros, y cuando sea apropiado, la divulgación de información útil para el desarrollo y para los resultados de la investigación.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49.R11: Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD49/19 *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables*;

Recordando la resolución WHA56.26 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la eliminación de la ceguera evitable;

Observando que la discapacidad visual es un problema importante en la Región que tiene relación con la pobreza y la marginación social;

Consciente de que la mayoría de las causas de la ceguera son evitables y de que los tratamientos actuales se encuentran entre las más exitosas y rentables de todas las intervenciones de salud;

Reconociendo que la prevención de la ceguera y de la discapacidad visual alivia la pobreza y mejora las oportunidades para la educación y el empleo;

Apreciando los esfuerzos realizados por los Estados Miembros en los últimos años para prevenir la ceguera evitable, pero consciente de la necesidad de tomar otras medidas,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que establezcan comités nacionales de coordinación para ayudar a elaborar y ejecutar los planes nacionales de prevención de la ceguera;
 - b) a que incluyan la prevención de la ceguera evitable y de la deficiencia visual en los planes y las metas nacionales de desarrollo;
 - c) a que impulsen la integración de la prevención de la ceguera y de la deficiencia visual en los planes y programas existentes para la atención primaria de salud a nivel nacional, velando por que tengan en cuenta las particularidades de género y de grupo étnico;
 - d) a que apoyen la movilización de recursos para eliminar la ceguera evitable;
 - e) a que fomenten las alianzas entre el sector público, organizaciones no gubernamentales, sector privado, sociedad civil y comunidades en los programas y actividades que promueven la prevención de la ceguera,

- f) a que insten a la cooperación entre países en las áreas de prevención y atención de la ceguera y de la deficiencia visual.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye la ejecución del Plan de acción para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual;
 - b) que mantenga y fortalezca la colaboración de la Secretaría con los Estados Miembros en materia de prevención de la ceguera,
 - c) que promueva la cooperación técnica entre países y la forja de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades destinadas a la protección de la salud ocular.

(Séptima reunión, 1 de octubre del 2009)

CD49.R12: Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género* (documento CD49/13);

Recordando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994); la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing, 1995); las recomendaciones e informes de la Conferencia de Beijing+10 (2005); las conclusiones acordadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1997/2); la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000); el documento final de la Cumbre Mundial 2005 (resolución A/RES/60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas); y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA58.30 a fin de acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará);

Observando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la incorporación de la perspectiva de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25), en la que se insta a los Estados Miembros a que formulen estrategias nacionales a fin de integrar las cuestiones de género en los sistemas de salud y se solicita a la Directora General que incorpore el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS;

Reconociendo la adopción y la ejecución de las políticas en materia de igualdad de género en los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano;

Recordando la resolución CD46.R16 del 46.º Consejo Directivo, por la cual se adoptó la Política en materia de igualdad de género de la OPS;

Consciente de que persisten en la Región desigualdades de género en materia de salud y reconociendo los datos que avalan que la integración del género en las leyes, las políticas, los programas y los proyectos de salud mejora la equidad, la eficacia y la eficiencia en salud pública;

Reconociendo que el Plan de acción pretende abordar las inequidades persistentes por razones de género en la salud al ejecutar la Política en materia de igualdad de género en toda la OPS y en las leyes, políticas, programas, sistemas de vigilancia e investigación de los Estados Miembros,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que adopten y promuevan la implantación del Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género como un marco para lograr la igualdad de género en la salud;
 - b) a que elaboren planes, políticas y leyes nacionales de salud que impulsen la integración de la igualdad de género en los sistemas de salud y elaboren políticas, programas y leyes sanitarias específicas con una perspectiva de igualdad de género y garanticen que se ejecuten mediante el establecimiento o el fortalecimiento de una oficina de género dentro del ministerio de salud;
 - c) a que generen informes sistemáticos sobre la desigualdad en materia de género en la salud para la planificación, la promoción de la causa y la vigilancia mediante la producción, el análisis y el uso de información desglosada por sexo y otras variables pertinentes;

- d) a que faciliten la creación de grupos de consulta nacionales intersectoriales que incluyan a las organizaciones de la sociedad civil, a fin de brindar apoyo al sector de la salud al ejecutar el Plan de acción;
 - e) a que promuevan y fortalezcan las alianzas con otros organismos del sistema de la Naciones Unidas y otras organizaciones a fin de brindar apoyo a la ejecución del Plan de acción.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que garantice la ejecución del Plan de acción y brinde apoyo a los Estados Miembros a fin de que puedan avanzar en la puesta en práctica de los planes nacionales para integrar la igualdad de género en los sistemas de salud;
 - b) que proporcione los conocimientos sobre los adelantos y las mejores prácticas para lograr la igualdad de género en la salud, así como sobre las dificultades para alcanzarla;
 - c) que facilite la vigilancia del avance de la ejecución del Plan de acción en la labor y la colaboración técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana;
 - d) que cuente con el apoyo de un grupo consultivo técnico y otros mecanismos internos y externos que incluyan la participación de la sociedad civil para la ejecución y la vigilancia del Plan de acción;
 - e) a que promueva y fortalezca las alianzas con otros organismos del sistema de la Naciones Unidas y otras organizaciones a fin de brindar apoyo a la ejecución del Plan de acción.

(Séptima reunión, 1 de octubre del 2009)

CD49.R13: Salud familiar y comunitaria

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *Salud familiar y comunitaria* (documento CD49/20);

Reconociendo que la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 requiere el aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad, que se aborden los factores determinantes de la salud, que disminuyan la desigualdades en materia de salud entre los países y las inequidades dentro de ellos, que se reduzcan los riesgos y la carga de enfermedad, y se fortalezcan la gestión y el desarrollo del personal sanitario;

Teniendo en cuenta el Informe sobre la salud en el mundo 2008, sobre atención primaria de salud y la necesidad de elaborar y fortalecer las políticas públicas para ampliar la cobertura en la prestación de servicios de salud de calidad con una orientación de salud familiar y comunitaria;

Consciente de los mandatos internacionales y regionales acerca de la salud familiar y comunitaria, y reconociendo que para poder alcanzar las metas de salud establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los niveles nacional, regional y mundial es necesario cumplirlas a nivel local con la participación y colaboración de los servicios sociales y de salud, con las familias y las comunidades,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que adopten un enfoque integral e intercultural de salud familiar y comunitaria como un marco eficaz para promover e integrar políticas sociales, estrategias de desarrollo local, programas de salud pública, y servicios de atención de salud con miras a fortalecer la capacidad de las familias y las comunidades para afrontar las dificultades y asegurar la salud y bienestar de sus miembros;
 - b) a que hagan hincapié en las medidas específicas para abordar los factores determinantes de la salud y que promuevan mejores condiciones sociales y económicas, en especial para los jóvenes;
 - c) a que redoblen sus esfuerzos para garantizar el acceso universal a servicios y programas de salud, tanto individuales como colectivos, como un componente fundamental de una agenda de protección social, mediante el desarrollo de sistemas integrados de salud basados en la atención primaria de salud, centrándose en las áreas programáticas clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
 - d) a que fortalezcan el desarrollo, la gobernanza, la gestión y el desempeño de redes integradas de servicios de salud centradas en la población para responder a las

- necesidades de salud específicas de las personas en diferentes etapas de su vida y en el contexto de sus familias y comunidades;
- e) a que inviertan en la capacitación de los recursos humanos necesarios para mantener la extensión y la ampliación de servicios multidisciplinarios y en equipo de atención primaria de salud, y de los programas y las intervenciones de salud pública con un enfoque integral e intercultural de salud familiar y comunitaria.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye el desarrollo de modelos de atención y de capacitación de recursos humanos, así como la organización, gestión y prestación de servicios de salud centrados en la familia y la comunidad para prestar atención de salud integral, continua, integrada y de calidad con enfoques de género e interculturalidad;
 - b) que propicie la integración del enfoque de salud familiar y comunitaria en los programas de la OPS;
 - c) que abogue por la participación de organismos internacionales, instituciones científicas y técnicas, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros, en iniciativas de apoyo nacionales y locales sobre salud familiar y comunitaria, haciendo hincapié en países prioritarios y áreas y poblaciones de las Américas que carecen de protección social;
 - d) que facilite el intercambio de experiencias y prácticas óptimas en materia de salud familiar y comunitaria entre países y fortalezca los mecanismos para la investigación operativa y la evaluación y el seguimiento estandarizados de actividades de salud familiar y comunitaria, a fin de poder hacer comparaciones internacionales y longitudinales de su eficacia y eficiencia.

(Octava reunión, 1 de octubre del 2009)

CD49.R14: Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de Acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* (documento CD49/12), que se basa en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012;

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente (WHA56.21, 2003) que insta a los gobiernos a que intensifiquen y extiendan los esfuerzos para luchar por la amplia cobertura de servicios y promover el acceso a información en materia de salud para los adolescentes; el Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud 2009-2015, y la resolución CD48.R5 del Consejo Directivo de la OPS sobre la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes 2010-2018, en los cuales los gobiernos reconocieron formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprobaron la elaboración de un plan de acción;

Recordando el derecho de adolescentes y jóvenes al goce del grado máximo de salud, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos;

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

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

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

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

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

Considerando la importancia de un plan de acción para poner en marcha la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, que guiará la preparación de futuros planes nacionales de salud de adolescentes y jóvenes, según

corresponda, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación para la salud con este grupo de edad en los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Respalda el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes para responder de manera eficaz y eficiente a las necesidades actuales y emergentes en relación con la salud de los adolescentes y los jóvenes, con consideración específica a las desigualdades prevalecientes en el estado de salud, y para fortalecer la respuesta del sistema sanitario a fin de elaborar y ejecutar políticas, leyes, planes, programas y servicios para los adolescentes y los jóvenes.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que prioricen la mejora de la salud de los adolescentes y los jóvenes, y la reducción de los factores de riesgo mediante el establecimiento o el fortalecimiento de programas nacionales y el aseguramiento de los recursos apropiados, y a que mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con los asociados de otros sectores, a fin de procurar que se pongan en práctica medidas e iniciativas sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes, reduciendo al mínimo la duplicación de esfuerzos y potenciando al máximo la repercusión de los recursos limitados;
 - b) a que elaboren y ejecuten los planes nacionales y promuevan la ejecución de las políticas públicas guiadas por el Plan de acción, centrándose en las necesidades de poblaciones de bajos ingresos y vulnerables;
 - c) a que coordinen con otros países de la Región la puesta en práctica de las actividades de sus planes de acción, y la difusión y el uso de herramientas que promuevan la salud de los adolescentes y los jóvenes;
 - d) a que ejecuten el Plan de acción, según corresponda, dentro de un enfoque integrado del sistema de salud basado en la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial, vigilando y evaluando la eficacia del programa y la asignación de recursos;
 - e) a que promuevan la recopilación, el intercambio y el uso de datos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, desglosados por edad, sexo y grupo étnico, y el uso de un análisis de género, de nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y de modelos de proyección para fortalecer la planificación, entrega y vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e

- intervenciones nacionales relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes;
- f) a que promuevan y establezcan entornos favorables que fomenten la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes;
 - g) a que aumenten la cobertura de los servicios de salud de calidad y el acceso a ellos —incluidos la promoción, la prevención, el tratamiento eficaz y la atención en curso— para aumentar su demanda y utilización por los adolescentes y los jóvenes;
 - h) a que apoyen el aumento de la capacidad para los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria, para elaborar políticas y programas que procuren la promoción del desarrollo de la comunidad y presten servicios de salud de calidad y eficaces que atiendan las necesidades de salud de los adolescentes y los jóvenes y sus determinantes de la salud relacionados;
 - i) a que hagan participar a los adolescentes y jóvenes, sus familias, las comunidades, las escuelas, y otras instituciones y organizaciones apropiadas, en el suministro de programas de promoción y prevención culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y el bienestar de los adolescentes y los jóvenes;
 - j) a que establezcan asociaciones con los medios para promover una imagen positiva de los adolescentes y los jóvenes que promuevan comportamientos apropiados y el compromiso con los problemas de salud;
 - k) a que promuevan la recopilación, el uso y el intercambio de datos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes a fin de fortalecer a nivel local y regional la planificación, la ejecución y la vigilancia de los planes, programas e intervenciones de salud pública nacionales relativos a la salud de los adolescentes y jóvenes.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que establezca un grupo consultivo técnico de duración limitada para brindar orientación sobre los temas pertinentes para la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes;

- b) que promueva la coordinación y la puesta en práctica del Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS, en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional;
- c) que colabore con los Estados Miembros en la puesta en práctica del Plan de acción según su propio contexto y prioridades nacionales, y que promueva la difusión y el uso de los productos derivados de ello en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional;
- d) que fomente la creación de iniciativas de investigación de colaboración que pueda proporcionar la base de pruebas necesaria para establecer y prestar programas eficaces y apropiados para el desarrollo y la edad, e intervenciones para los adolescentes y los jóvenes;
- e) que establezca nuevas alianzas o fortalezca las existentes dentro de la comunidad internacional a fin de determinar los recursos humanos, la tecnología y las necesidades económicas para garantizar la puesta en marcha del Plan de acción;
- f) que fomente la cooperación técnica entre países, subregiones, organizaciones internacionales y regionales, entidades del gobierno, organizaciones privadas, universidades, medios de comunicación, sociedad civil, organizaciones de jóvenes, organizaciones religiosas, y comunidades, en actividades que promuevan la salud de los adolescentes y los jóvenes;
- g) que promueva la coordinación del Plan de acción mediante iniciativas similares por otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento, para mejorar y abogar por la salud de los adolescentes y los jóvenes en los países;
- h) que rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y las limitaciones evaluados durante la ejecución del Plan de acción, y que considere la adaptación de este Plan para responder a los contextos variables y los nuevos retos en la Región.

(Octava reunión, 1 de octubre del 2009)

CD49.R15: Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* (documento CD49/8);

Tomando en cuenta los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (1991); los mandatos internacionales propuestos en el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento* (2002); la Resolución CSP26.R20 (2002) de la Conferencia Sanitaria Panamericana; la Estrategia de Implementación para la Región aprobada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia aprobada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (2007); la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017; y la resolución de la Organización de los Estados Americanos AG/RES.2455 (XXXIX-O/09) “Derechos humanos y personas adultas mayores”, aprobada por la Asamblea General de la OEA en su XXXIX periodo ordinario de sesiones (San Pedro Sula, Honduras, 4 de junio del 2009);

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta estrategia y otros objetivos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS (*Documento oficial 328*), tales como aquellos relacionados con la discapacidad (prevención y rehabilitación), salud mental, salud de los pueblos indígenas, nutrición en la salud y el desarrollo y los factores sociales y económicos determinantes de la salud (enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos);

Resaltando que, el cambio exponencial hacia una nueva situación demográfica y epidemiológica hace que los países deban no solo adecuarse rápidamente sino también prever nuevos contextos, y que sólo con una adecuada inversión social y en salud podrá lograrse una longevidad sana y activa con beneficios en todos los ámbitos para los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto;

Considerando la importancia de contar con una estrategia y un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder de forma eficaz y eficiente a las necesidades y demandas que el envejecimiento poblacional está ya introduciendo de forma rápida sobre los sistemas de salud y de seguridad social, la sociedad y la familia,

RESUELVE:

1. Respalda el presente *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales y que les permita crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto del envejecimiento de sus respectivos países.
2. Exhorta a los Estados Miembros:
 - a) a que consideren los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad) como fundamentos de las políticas públicas asociadas al envejecimiento y la salud, y la necesidad de incluir a las personas mayores en su diseño y aplicación de estas políticas;
 - b) a que adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las personas mayores a programas y servicios de salud adaptados a sus necesidades, incluyendo especialmente programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud y que favorezcan el desarrollo de estrategias que integren conductas personales y ambientales saludables para alcanzar un envejecimiento activo durante todo el ciclo de vida, con la participación de toda la sociedad, la familia y los propios individuos;
 - c) a que promuevan un diálogo interno entre instituciones del sector público, así como entre éste y el sector privado y la sociedad civil, a fin de construir consensos nacionales alrededor del tema de la salud de las personas mayores y el envejecimiento saludable y activo, y su vinculación a los procesos de desarrollo nacional;
 - d) a que teniendo presente la resolución CSP26.R20 “La salud y el envejecimiento” aprobada por la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., Estados Unidos, 23 de septiembre del 2002), aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores a través de la adopción de marcos legales y mecanismos de implementación, principalmente en el contexto de los servicios de cuidado de largo plazo;
 - e) a que colaboren con el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos en el desarrollo de esfuerzos que incluyan, entre otros, una sesión especial de representantes nacionales y expertos provenientes del sector académico y de la sociedad civil, así como de organismos internacionales, con el

- objetivo de intercambiar información y buenas prácticas y a la vez examinar la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores;
- f) a que soporten la construcción de capacidades destinadas a la capacitación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de salud de las personas mayores;
 - g) a que fortalezcan la capacidad de generar información e investigación para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias y en las necesidades de este grupo poblacional y que permitan el monitoreo y evaluación de los resultados de las mismas;
 - h) a que pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente estrategia en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que respalde a los Estados Miembros en la implementación de la estrategia y *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*, acorde a sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
 - b) que promueva la implementación y coordinación de esta estrategia y Plan de Acción, garantizando su transversalidad a través de las áreas programáticas, los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización y a través de la colaboración para y entre países, en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para implementar sus planes sobre salud y envejecimiento;
 - c) que estimule el desarrollo de investigaciones colaborativas que permitan un mejor conocimiento del impacto del envejecimiento en los sistemas de salud y la modelación de escenarios futuros que permitan aumentar la capacidad de previsión nacional en este tema, diseñar estrategias afines e implementar intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;
 - d) que respalde el desarrollo y construcción de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud necesarios a los países en la atención de las necesidades de salud de las personas mayores;

- e) que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos al igual que promueva alianzas con otras agencias internacionales y regionales, instituciones científico-técnicas, sociedad civil organizada, sector privado y otros, en el establecimiento de una Coalición de las Américas para el Envejecimiento Saludable que contribuya a la implementación de esta estrategia y Plan de Acción;
- f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en el desarrollo de la presente estrategia y Plan de Acción, así como su adecuación a nuevos contextos y necesidades, de ser preciso.

(Octava reunión, 1 octubre 2009)

CD49.R16: Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Transferencia de la Administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá a su Consejo Directivo

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá* (documento CD49/18);

Considerando que en el artículo VII del Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) los Estados Miembros del INCAP delegaron en su Consejo Directivo la facultad de solicitar cada cinco años a la OPS que ejerza la administración del Instituto;

Reconociendo que el artículo LI del Convenio Básico del INCAP (Anexo A) establece que este sea evaluado por lo menos cada cinco años como base para proponer posibles ajustes que se adapten a la realidad del desarrollo de los Estados Miembros;

Destacando que el Convenio Básico del INCAP entró en vigencia el 22 de enero del 2003, por lo que ha transcurrido el plazo previsto en los artículos VII y LI *supra* mencionados;

Tomando nota que se llevó a cabo un proceso participativo de evaluación del funcionamiento del Instituto que cumple con el mandato del artículo LI del Convenio Básico del INCAP y con las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS referentes a la evaluación y análisis periódico de los centros panamericanos;

Reconociendo que el proceso de evaluación mencionado tuvo como resultado un nuevo Marco Estratégico Institucional para el Instituto, que declara que el INCAP es una institución madura que desempeña una función fundamental en apoyo del sector salud del Eje Social del Sistema de Integración Centroamericana (SICA);

Considerando que la ejecución del Marco Estratégico Institucional requiere que el INCAP adquiera plena autonomía funcional acorde a su grado de madurez institucional y su condición de miembro de pleno derecho e institución decana del Sistema de la Integración Centroamericana;

Tomando nota que la LIX Reunión del Consejo Directivo del INCAP en su Resolución II decidió asumir la administración del INCAP con plena autonomía funcional, incluyendo el nombramiento de su Director, a partir de septiembre del 2009, y aprobó los ajustes necesarios al Convenio Básico del Instituto para permitir su reorganización interna bajo la autoridad de su Consejo Directivo;

Reconociendo que el Consejo Directivo del INCAP tiene competencia para aprobar los ajustes al Convenio Básico del INCAP que se derivan del ejercicio de la facultad que le fuera delegada por los miembros del INCAP en el artículo VII del Convenio Básico,

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Consejo Directivo del INCAP de asumir la administración del INCAP con plena autonomía funcional.
2. Tomar nota de que la Organización Panamericana de la Salud continuará siendo parte del INCAP como miembro en propiedad, pero que dejará de ejercer la administración del Instituto en los términos de los artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI del Convenio Básico del INCAP.
3. Aprobar el Ajuste al Convenio Básico para la Reorganización Interna del INCAP según fue adoptado por la Resolución II del LIX Consejo Directivo del INCAP (Anexo B), que pasa a ser parte integrante de la presente resolución y que elimina los artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI y ajusta los artículos XV, XIX, XX y XXXIX del Convenio Básico del INCAP.

4. Solicitar a la Directora de la OSP:
 - a) que tome las medidas administrativas y legales necesarias para asegurar la transferencia de la administración del INCAP al Consejo Directivo del Instituto de manera ordenada y transparente, y de conformidad con el Ajuste al Convenio Básico del INCAP aprobado por el Consejo Directivo del INCAP y por este Consejo;
 - b) que se asegure que la Organización continúe participando en el INCAP en calidad de miembro en propiedad.

Anexos

CD49.R16, Anexo A

CONVENIO BÁSICO DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ

Guatemala, 27 de agosto de 1998

Los Representantes de las Repúblicas de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, en adelante "Estados Miembros", y de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, en adelante "OPS/OMS":

CONSIDERANDO:

Que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, en adelante "INCAP" o "Instituto", fue fundado con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación W. K. Kellogg, en virtud de un Convenio suscrito por los Estados de Centroamérica y la Oficina Sanitaria Panamericana el 20 de febrero de 1946.

Que el Convenio de fundación del INCAP fue prorrogado y modificado el 14 de diciembre de 1949, y que el 17 de diciembre de 1953 las Partes adoptaron un Convenio Básico con el propósito de organizar al Instituto sobre bases permanentes.

Que el INCAP, a partir de la entrada en vigor del Convenio Básico el 1 de enero de 1955, quedó establecido como entidad técnica permanente cuyo objetivo es el de contribuir al desarrollo de la ciencia de la nutrición, fomentar su aplicación práctica y fortalecer la capacidad técnica de los Estados centroamericanos para solucionar los problemas de alimentación y nutrición.

Que la evolución de Centroamérica hacia un nuevo orden institucional con visión estratégica integrada, exige la revisión y actualización del marco jurídico e institucional del INCAP para adecuar sus acciones a la realidad y necesidades actuales y futuras de sus Estados Miembros y el alcance en forma efectiva y eficaz de su misión.

Que la XIV Reunión de Presidentes efectuada en Guatemala en octubre de 1993, acogió la iniciativa regional para la seguridad alimentaria nutricional en los países de Centroamérica, impulsada por los Ministros de Salud, instruyendo su seguimiento con el apoyo técnico y científico del INCAP y de la OPS/OMS, con el apoyo de la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana.

Que el INCAP es una institución vinculada directamente al Sistema de la Integración Centroamericana, encargada de apoyar el cumplimiento de los objetivos sociales del mismo.

Que con la finalidad de responder a las prioridades de alimentación y nutrición de los Estados centroamericanos y dentro de los procesos de reforma del Sector Salud se hace necesario revisar y ajustar el Convenio Básico del INCAP.

ACUERDAN:

Con la autoridad y el pleno poder que les han sido conferidos a los Representantes de los Estados Miembros y de la OPS/OMS, aprobar este Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá que reemplazará y dejará sin efecto el Convenio Básico del INCAP actualmente vigente adoptado el 17 de diciembre de 1953.

VISIÓN

ARTICULO I

El INCAP en el marco de la integración centroamericana es una institución líder, auto-sostenible y permanente en el campo de alimentación y nutrición en Centroamérica y más allá de sus fronteras.

MISIÓN

ARTICULO II

El INCAP, institución especializada en alimentación y nutrición, tiene como misión apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, brindando cooperación técnica para alcanzar y mantener la seguridad alimentaria y nutricional de sus poblaciones, mediante sus funciones básicas de Investigación, Información y Comunicación, Asistencia Técnica, Formación y Desarrollo de Recursos Humanos y Movilización de Recursos Financieros y No Financieros en apoyo a su misión.

FUNCIONES Y POLITICAS INSTITUCIONALES

ARTICULO III

El INCAP tendrá como marco de referencia para el cumplimiento de sus funciones las siguientes políticas institucionales:

1. **Prestación de Asistencia Técnica Directa:** Fortalecer la capacidad operativa de las instituciones nacionales, mediante nuevos enfoques metodológicos y de evaluación a fin de promover la aplicación y transferencia de tecnología, educación alimentaria a nivel comunitario, y a su vez desarrollar modelos para evaluar los productos y efectos de dicha cooperación.
2. **Formación y Desarrollo de Recursos Humanos:** Identificar necesidades, desarrollar programas y apoyar procesos de formación y capacitación de recursos humanos en alimentación y nutrición, en los Estados Miembros.
3. **Investigación:** Realizar investigaciones a todo nivel, con énfasis en investigaciones operacionales en búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios, promoviendo las relaciones mediante redes de cooperación científico-técnica, para establecer o fortalecer la capacidad de investigación de los Estados Miembros mediante la realización de actividades de capacitación en universidades y centros de investigación.
4. **Información y Comunicación:** Sistematizar, organizar, difundir y transmitir información científico-técnica en salud, alimentación y nutrición a los diferentes niveles y sectores de los Estados Miembros y la comunidad internacional, con el objeto de apoyar la toma de decisiones y fortalecer los centros de documentación, así como los procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones en alimentación y nutrición a nivel nacional y subregional.

5. Movilización de recursos financieros y no financieros: Promover las acciones necesarias destinadas a la recaudación y manejo de recursos financieros, tecnológicos, humanos e institucionales, para asegurar una fuente de ingresos diversificada y permanente, promover la venta y mercadeo de servicios, y transferencia de tecnologías en alimentación y nutrición.

ESTRATEGIAS

ARTICULO IV

El INCAP orientará sus funciones al desarrollo de la iniciativa Centroamericana de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como estrategia para combatir los efectos de la pobreza y promover el desarrollo humano, adoptada por el Consejo de Ministros de Salud del área y aprobada por los Presidentes de Centroamérica en la XIV Reunión de Presidentes.

ARTICULO V

La estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional se basa en criterios de equidad, sostenibilidad, productividad, suficiencia y estabilidad, a fin de garantizar el acceso, producción, consumo y adecuada utilización biológica de los alimentos, articulando la producción agropecuaria con la agroindustria y con mecanismos de comercialización rentables, prioritariamente para pequeños y medianos productores e incorporando al sector empresarial en el desarrollo de esta iniciativa.

MEMBRESÍA

ARTICULO VI

Son Miembros en propiedad del INCAP las Repúblicas de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá y la Organización Panamericana de la Salud. Los Miembros en propiedad tienen derecho a voz y voto durante las deliberaciones de las reuniones del Consejo Consultivo y del Consejo Directivo.

ARTICULO VII

La OPS/OMS ocupa dos niveles de vinculación con el INCAP. Es, por una parte, Miembro en propiedad del INCAP, autoridad máxima del Instituto; y por otra es responsable de la administración de la institución, por solicitud del Consejo Directivo, la que se renovará cada cinco años, y deberá ser aceptada cada vez por el Consejo Directivo de la OPS/OMS. Para el cumplimiento de la última responsabilidad, es facultad del

Director de la OPS/OMS la representación legal y la dirección del INCAP, la que puede delegar total o parcialmente.

ARTICULO VIII

Otros Estados podrán adquirir la calidad de Miembro en propiedad del Instituto una vez que el Consejo Directivo del INCAP haya aprobado su admisión en forma unánime, la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana se haya pronunciado en forma favorable al respecto, y que el Estado haya aceptado y se haya adherido al presente Convenio Básico.

ARTICULO IX

Son Miembros Asociados, las fundaciones, órganos e instituciones cuya misión sea convergente con la visión y misión del INCAP, y cuya solicitud y membresía haya sido aprobada por el Consejo Directivo por unanimidad. Los Miembros Asociados podrán participar por cuenta propia y con la debida anuencia del Consejo Directivo del INCAP, sin derecho a voto, en las deliberaciones de las reuniones ordinarias del Consejo Consultivo y del Consejo Directivo del INCAP.

ARTICULO X

Personas naturales o jurídicas pueden participar en calidad de Observadores en reuniones del Consejo Consultivo y del Consejo Directivo, con derecho a voz, previa a la aprobación unánime por los Miembros del Consejo para cada reunión.

ARTICULO XI

Todo Miembro del INCAP, a fin de asegurarse los derechos y beneficios inherentes a su condición de tal, cumplirá de buena fe las obligaciones contraídas de conformidad con el presente Convenio Básico. Asimismo, prestará toda clase de ayuda en cualquier acción que el INCAP ejerza de acuerdo al presente Convenio. Cualquier Miembro Asociado del Instituto podrá retirarse, dando aviso por escrito a la Dirección, la cual comunicará al Consejo Directivo las notificaciones de retiro que reciba. Transcurridos seis meses a partir de la fecha en que se reciba la notificación de retiro, el presente Convenio Básico cesará en sus efectos respecto del Miembro Asociado que desee retirarse y éste quedará desligado del INCAP, debiendo cumplir con los compromisos financieros y otras obligaciones emanadas de este Convenio Básico hasta la fecha de su retiro.

ÓRGANOS

ARTICULO XII

Son órganos del INCAP el Consejo Directivo, la Dirección, el Consejo Consultivo y el Comité Asesor Externo.

EL CONSEJO DIRECTIVO

ARTICULO XIII

El órgano supremo del INCAP es su Consejo Directivo, integrado por los Ministros de Salud de los Estados Miembros en propiedad y por el Director de la OPS/OMS. En caso de impedimento, los Ministros de Salud podrán hacerse representar en el Consejo Directivo del INCAP por el Viceministro respectivo. En caso que dichos funcionarios no puedan asistir a la reunión, los Ministros de Salud y el Director de la OPS/OMS podrán hacerse representar por algún otro funcionario de alto nivel debidamente autorizado para tomar decisiones.

ARTICULO XIV

El Consejo Directivo velará por el funcionamiento del INCAP dentro del marco de su visión, misión, políticas institucionales y según las disposiciones del presente Convenio.

ARTICULO XV

Las atribuciones principales del Consejo Directivo del INCAP son:

1. Definir y orientar la acción y las políticas generales del INCAP.
2. Aprobar los planes, programas y proyectos del Instituto.
3. Aprobar la política financiera y el presupuesto bianual del INCAP, y fijar las cuotas de sus Estados Miembros.
4. Aprobar los informes del quehacer institucional.
5. Aprobar los estatutos, normas y reglamentos del INCAP, por un mínimo de dos tercios de los votos.

6. Abogar, ante autoridades nacionales y regionales, para el cumplimiento del quehacer del INCAP en apoyo a la solución de los problemas de alimentación y nutrición de los Estados Miembros.

ARTICULO XVI

El Consejo Directivo del INCAP se reúne ordinariamente una vez al año, conforme lo establece su reglamento. En circunstancias especiales cada vez que dos o más de sus Miembros en propiedad lo consideren necesario y lo soliciten por escrito, el Consejo convocará a un período extraordinario de sesiones.

ARTICULO XVII

La sede de la reunión ordinaria anual del Consejo Directivo del INCAP será rotativa, conforme al orden siguiente: Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, salvo que el Consejo acuerde realizarla en otro lugar.

ARTICULO XVIII

Cada Miembro del Consejo Directivo del INCAP tendrá derecho a un voto. Las decisiones se tomarán con la mitad más uno de los votos. Si a la fecha de la inauguración de las reuniones ordinarias del Consejo Directivo, un Estado Miembro se encuentra en mora por un monto que exceda las cuotas correspondientes a dos (2) años completos, se le suspenderá el derecho de voto. Sin embargo, el Consejo Directivo podrá restituirle el derecho a voto, si el Estado Miembro ha acordado un plan especial de pago o si se considera que la falta de pago se debe a condiciones fuera de su control.

LA DIRECCIÓN

ARTÍCULO XIX

La Dirección del INCAP estará a cargo de un Director nombrado por el Director de la OPS/OMS. El Director del INCAP asumirá la responsabilidad del manejo del Instituto de acuerdo a la delegación de autoridad que sea conferida por el Director de la OPS/OMS.

ARTICULO XX

El Director del INCAP será el responsable del desarrollo de las actividades del Instituto, según las normas, reglamentos, orientaciones programáticas y administrativas de la OPS/OMS, y según lo establecido por el presente Convenio Básico. Son funciones del Director del INCAP:

1. Administrar el Instituto de acuerdo a su misión, funciones, políticas, planes, programas y proyectos determinados y aprobados por el Consejo Directivo del INCAP.
2. Nombrar al personal técnico, científico y administrativo, de acuerdo a las disposiciones vigentes y supervisar su óptimo funcionamiento y desarrollo para cumplir con el plan de trabajo del INCAP.
3. Convocar las reuniones del Consejo Directivo y del Consejo Consultivo y actuar como Secretario Ex-Officio en las mismas.
4. Preparar la propuesta de programa y presupuesto bianual del INCAP para la consideración y revisión de los Miembros del Consejo Directivo, por lo menos con un mes de anticipación a la reunión ordinaria del Consejo Directivo.
5. Presentar en la reunión ordinaria del Consejo Directivo el informe anual de actividades y los estados financieros del año anterior y los planes, programas, proyectos y presupuesto de corto, mediano y largo plazo. El Director rendirá informes adicionales siempre que lo solicite alguno de los Miembros en propiedad o cuando lo considere necesario.
6. Someter a la consideración del Consejo Directivo los estatutos, normas y reglamentos que sean necesarios para la organización y administración del Instituto.
7. Cumplir y hacer cumplir, dentro del ámbito de su competencia, el presente Convenio Básico y los estatutos, normas y reglamentos.
8. Cumplir las funciones que le sean delegadas por el Consejo Directivo y por el Director de la OPS/OMS, y en general, emprender y realizar cuantas acciones considere necesarias, de conformidad con el presente Convenio Básico.
9. Abogar ante autoridades nacionales, regionales e internacionales para la búsqueda de soluciones en apoyo al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional.
10. Establecer, mantener y fortalecer vínculos de cooperación y de entendimiento mutuo con la institucionalidad centroamericana y los organismos de cooperación internacional.

EL CONSEJO CONSULTIVO

ARTICULO XXI

El Consejo Consultivo del INCAP es la instancia técnica asesora al Consejo Directivo del INCAP.

ARTICULO XXII

El Consejo Consultivo del INCAP estará integrado por los directores generales designados por el Ministro de Salud de cada uno de los Estados Miembros, o por un funcionario de alto nivel del Ministerio de Salud con la delegación de autoridad correspondiente; el Director del Instituto, quien actuará como Secretario Técnico, y un representante de la OPS/OMS designado por el Director de la OPS/OMS.

ARTICULO XXIII

Las funciones del Consejo Consultivo del INCAP son:

1. Apoyar la orientación y cumplimiento de las resoluciones del Consejo Directivo del INCAP y de las funciones del INCAP.
2. Monitorear y evaluar periódicamente la cooperación técnica que el INCAP brinda a los Estados Miembros a través de la gestión descentralizada.
3. Elevar propuestas técnicas al Consejo Directivo del INCAP.
4. Preparar el programa de temas que deberá ser presentado en la reunión anual ordinaria al Consejo Directivo del INCAP.

ARTICULO XXIV

El Consejo Consultivo se reunirá en forma ordinaria dos veces al año. Se podrán celebrar reuniones extraordinarias cuando lo soliciten por lo menos dos Estados Miembros, el Director del INCAP o el Representante de la OPS/OMS designado por su Director. Podrán participar en las reuniones del Consejo Consultivo los especialistas y asesores que se estimen convenientes, así como observadores que representen otras instituciones invitadas por el Consejo Consultivo.

ARTICULO XXV

El Consejo Consultivo elegirá a un Director General del país sede de la reunión como Presidente y un Vicepresidente del próximo país sede, quienes desempeñarán los cargos durante las reuniones ordinarias y extraordinarias que se lleven a cabo en un año calendario.

ARTICULO XXVI

La sede de las reuniones ordinarias rotará entre los Estados Miembros, en el mismo orden establecido para las reuniones del Consejo Directivo del INCAP. El Director del INCAP hará la convocatoria por lo menos con treinta días de anticipación, y fijará las fechas de las mismas previa consulta con el Gobierno anfitrión. Para el caso de las reuniones extraordinarias el Director del Instituto resolverá en consulta con el Presidente del Consejo, el lugar y fecha para su celebración.

ARTICULO XXVII

El país en donde se desarrollará la reunión pondrá a disposición del Consejo Consultivo un lugar apropiado para llevar a cabo las sesiones de trabajo del Consejo.

ARTICULO XXVIII

El quórum para las reuniones lo constituirá la mayoría simple de los Miembros.

ARTICULO XXIX

El programa de cada reunión será propuesto por el Secretario Técnico en consulta con el Presidente del Consejo Consultivo y deberá ser enviado a los Miembros del Consejo por lo menos con treinta días de anticipación a la reunión, junto con la convocatoria. El programa será aprobado por los Miembros del Consejo Consultivo al inicio de la reunión y deberá vincularse con el temario establecido en el reglamento del Consejo Directivo del INCAP.

ARTICULO XXX

El informe final de las reuniones será elaborado por el Secretario Técnico y enviado a cada uno de los Miembros dentro del mes siguiente de realizada la reunión.

EL COMITÉ ASESOR EXTERNO

ARTICULO XXXI

El INCAP contará con un Comité Asesor Externo, integrado por un representante designado por cada uno de los Ministros de Salud de los Estados Miembros, un representante de la OPS/OMS, y cuatro expertos internacionales que nombrará el Director del INCAP, en consulta con el Consejo Directivo del INCAP previo a su nombramiento.

ARTICULO XXXII

El Comité Asesor Externo desempeñará ante los Órganos de Dirección del INCAP las siguientes funciones:

1. Formular recomendaciones relativas a la planificación, administración, ejecución y evaluación de los programas desarrollados por el INCAP.
2. Sugerir la realización de nuevos programas y proyectos acordes con el contexto de este Convenio Básico.
3. Apoyar al INCAP en la identificación de oportunidades y en la movilización de recursos.
4. Pronunciarse sobre cualquier otro asunto que se someta a su consideración.

ARTICULO XXXIII

La permanencia, periodicidad y reglamentación del Comité Asesor Externo son las siguientes:

1. El Comité Asesor Externo tendrá carácter permanente y sus integrantes serán personas con capacidad técnica y administrativa en salud, alimentación, nutrición y disciplinas afines.
2. El Comité Asesor Externo se reunirá ordinariamente cada cuatro años y en forma extraordinaria cuando lo considere necesario los órganos de dirección del INCAP.
3. El Consejo Directivo del INCAP aprobará un reglamento para regular el funcionamiento del Comité Asesor Externo.

VINCULACIÓN OPS/OMS-INCAP

ARTICULO XXXIV

El Director de la OPS/OMS nombrará al oficial administrativo del INCAP como colaborador inmediato del Director del Instituto, el que estará subordinado a la autoridad de éste, para que se encargue de las funciones de apoyo administrativo y de la supervisión de la aplicación de políticas, normas y procedimientos administrativos de la OPS/OMS, así como aquellos específicos del INCAP.

ARTICULO XXXV

El INCAP se vincula programáticamente a la OPS/OMS, por lo que sus actividades deberán formar parte del plan de trabajo de la Organización, en su condición de institución centroamericana, en los campos de formación de recursos humanos, asistencia técnica directa, investigación, información y comunicación y la movilización y desarrollo de recursos financieros. Las actividades del INCAP con relación a programas nacionales son coordinadas a través de las Representaciones de la OPS/OMS.

ARTICULO XXXVI

Corresponde a la OPS/OMS supervisar las actividades programáticas del INCAP. Es responsabilidad de la Oficina de Administración de la OPS/OMS y de sus respectivas unidades supervisar las acciones administrativas del Instituto.

SEDE DEL INCAP

ARTICULO XXXVII

La sede del INCAP estará en la República de Guatemala, Estado con el cual se establecerá un acuerdo de sede. La sede del INCAP podrá ser trasladada a cualquier otro de los países Miembros en propiedad cuando su Consejo Directivo lo considere conveniente. El Gobierno del país sede del INCAP se obliga a conceder al Instituto para que éste lo utilice de la manera que lo considere más conveniente para el cumplimiento de sus funciones, sin costo alguno y por todo el tiempo de su existencia, los edificios donde está establecido, así como los terrenos en que ellos están construidos, pudiendo el INCAP hacer las ampliaciones y mejoras que sean necesarias.

FINANCIAMIENTO DEL INCAP

ARTICULO XXXVIII

Los Estados Miembros contribuirían con el presupuesto ordinario del INCAP por medio de cuotas fijadas en Dólares de los Estados Unidos de América, las que serán determinadas por el Consejo Directivo y sometidas a la aprobación de los respectivos Gobiernos.

ARTICULO XXXIX

La OPS/OMS mantendrá y/o ampliará su aporte al presupuesto ordinario del INCAP, según los recursos técnicos, administrativos y financieros que apruebe el Consejo Directivo de esa Organización.

ARTICULO XL

Los Miembros Asociados del INCAP contribuirán a su financiamiento por medio de cuotas las que serán determinadas par el Consejo Directivo.

ARTICULO XLI

En todos los casos, las cuotas que se determinen serán pagadas por anualidades adelantadas en Dólares de los Estados Unidos de América, a la Dirección del INCAP, dentro de los primeros tres meses del año correspondiente.

ARTICULO XLII

El INCAP podrá recibir recursos financieros provenientes de la Fundación para la Alimentación y Nutrición de Centroamérica y Panamá (FANCAP), del Fondo en Fideicomiso, la venta y mercadeo de servicios, y otras fuentes, previo análisis de su origen.

PERSONALIDAD JURÍDICA Y CAPACIDAD LEGAL

ARTICULO XLIII

El INCAP gozará de personalidad jurídica propia con capacidad legal para ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos; adquirir, poseer, administrar o disponer de cualquier clase de derechos y bienes muebles, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes de cada Estado Miembro; comparecer ante autoridades judiciales, administrativas o de cualquier otro orden y en general, llevar a cabo las acciones y

gestiones que sean conducentes al cumplimiento de sus fines o necesarias para la ejecución de sus actividades.

ARTICULO XLIV

La representación legal del INCAP corresponderá al Director del Instituto o a quien ejerza sus funciones, pudiéndose delegar esta facultad exclusivamente para efectos de representaciones judiciales.

PRERROGATIVAS E INMUNIDADES

ARTICULO XLV

El INCAP y sus bienes, de cualquier naturaleza que sean y dondequiera que se encuentren, gozarán en el territorio de todos los Estados Miembros de inmunidad contra todo procedimiento judicial o administrativo y no podrán ser objeto de registros, embargos, apremios, medidas precautorias o de ejecución, salvo que el Consejo Directivo del INCAP renuncie expresamente a dicha inmunidad. Con todo, se entenderá que esta renuncia no abarca ninguna acción o medida de ejecución o cumplimiento forzado.

ARTICULO XLVI

Los bienes del INCAP, de cualquier naturaleza, estarán exonerados en todos los Estados Miembros en propiedad de toda clase de impuestos, derechos y gravámenes directos e indirectos, ya sean nacionales, departamentales o municipales, con excepción de las contribuciones que constituyen una remuneración por servicios públicos.

ARTICULO XLVII

Las instalaciones, oficinas administrativas, dependencias, archivos, correspondencia y todo documento de propiedad del Instituto, o que esté en su poder a cualquier título, serán inviolables.

ARTICULO XLVIII

El Instituto gozará en el territorio de todos los Estados Miembros en propiedad de la franquicia postal establecida en las convenciones postales interamericanas en vigencia. Ninguna forma de censura o control se aplicará a la correspondencia de cualquier naturaleza u otras comunicaciones oficiales del Instituto.

ARTICULO XLIX

Sin ser afectado por ordenanzas fiscales, reglamentos o moratorias de naturaleza alguna, el INCAP podrá tener fondos y divisas corrientes de cualquier clase y llevar sus cuentas en cualquier divisa; tendrá libertad para convertir sus fondos y divisas corrientes y transferirlos de un Estado Miembro a otro, o dentro de cualesquiera de los Estados Miembros.

DE LOS PRIVILEGIOS E INMUNIDADES DE LOS REPRESENTANTES Y FUNCIONARIOS DEL INCAP

ARTICULO L

A los representantes y funcionarios del Instituto se les concederán en todos los Estados Miembros las siguientes prerrogativas e inmunidades:

1. Gozarán de inmunidad contra todo proceso legal respecto a actividades que ejecuten en el desempeño de sus funciones.
2. Estarán exentos de impuestos sobre sueldos y emolumentos pagados por el Instituto.
3. Estarán exentos de toda restricción migratoria y del registro de extranjeros, tanto ellos como sus cónyuges e hijos menores de edad.
4. Se les otorgará, por lo que respecta al movimiento internacional de fondos, franquicias iguales a las que disfrutaban los funcionarios de categoría similar de las misiones diplomáticas acreditadas ante el Gobierno respectivo.
5. Podrán importar, libre de derechos, sus muebles y efectos personales en el momento en que ocupen su cargo en el país en cuestión.
6. Se les dará en épocas de crisis nacional o internacional, a ellos y a sus familiares a cargo, facilidades de repatriación análogas a las que gozan los funcionarios de las misiones diplomáticas.
7. La inmunidad contra todo proceso legal señalado en el punto 1 y la exención de pago de impuestos sobre sueldos y emolumentos pagados por el Instituto serán comunes a todos los representantes y funcionarios del INCAP; y los puntos 3, 4, 5 y 6 se aplicaran únicamente a los no nacionales del país donde se solicite la aplicación de esos derechos.

8. Sin perjuicio de las prerrogativas e inmunidades mencionadas, todas las personas que gocen de ella estarán obligadas a respetar las leyes y reglamentos del Estado Miembro en el que residan.
9. Las prerrogativas e inmunidades indicadas se conceden a los representantes y funcionarios del Instituto exclusivamente en interés del mismo. Los Órganos de Dirección del Instituto podrán renunciarlas si en su opinión éstas impiden el ejercicio de la justicia y pueden renunciarse sin perjuicio de los intereses del Instituto.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO LI

El cumplimiento del presente Convenio Básico será evaluado por lo menos cada cinco años como base para proponer posibles modificaciones que se adapten a la realidad del desarrollo de los Estados Miembros.

ARTICULO LII

En caso que el número de Estados Miembros quede reducido a uno como resultado de las separaciones, el Instituto se liquidará y el producto de los bienes que le pertenezcan se dividirá entre los Estados que hayan sido Miembros en propiedad, en proporción a sus contribuciones totales al Instituto.

ARTICULO LIII

El presente Convenio Básico entrará en vigencia cuando sea ratificado por todas las partes signatarias, de acuerdo con sus respectivos procedimientos internos o constitucionales. Los instrumentos de ratificación serán depositados en la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana y en la Secretaría de la Organización de los Estados Americanos y éstas notificarán dicho depósito a los otros signatarios. Al entrar en vigencia el presente Convenio Básico, quedará sin efecto el Convenio Básico firmado el 17 de diciembre de 1953.

ARTICULOS TRANSITORIOS

ARTICULO LIV

El reglamento Interno actual tanto del Consejo Directivo como del Consejo Consultivo del INCAP continuarán vigentes, de igual forma las normas y reglamentos existentes

relacionados con aspectos de personal y financieros, en todo lo que no se opongan al presente Convenio Básico.

ARTICULO LV

Los compromisos financieros que los Estados Miembros hayan contraído hasta el momento de entrar en vigencia el presente convenio, continuarán vigentes hasta que todas las cuotas pendientes de pago sean canceladas en su totalidad.

El Consejo del INCAP reunido en Belice, República de Belice el 3 de Septiembre de 1997 revisó y aprobó, en primera instancia, el presente Convenio Básico, el que será enviado a la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana, para que se efectúen los trámites correspondientes con los Estados Miembros.

EN FE DE LO CUAL, los suscritos, Representantes debidamente autorizados de las partes, firman el presente Convenio Básico en once originales de igual tenor, en la ciudad de Guatemala de la Asunción, República de Guatemala, el día 27 de agosto de 1998.

Por el Gobierno de la República de
Belice:

[firma]

Hon. Salvador Fernández
Ministro de Salud y Deportes
Representado por:
Hon. Michael Bejos, Consejero
Embajada de Belice en Guatemala

Por el Gobierno de la República de
Costa Rica:

[firma]

Dr. Rogelio Pardo Evans
Ministro de Salud

Por el Gobierno de la República de
El Salvador:

[firma]

Dr. Eduardo Interiano
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social

Por el Gobierno de la República de
Guatemala:

[firma]

Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social

Por el Gobierno de la República de
Honduras:

[firma]

Dr. Marco Antonio Rosa
Secretario de Salud

Por el Gobierno de la República de
Nicaragua:

[firma]

Dr. Lombardo Martínez Cabezas
Ministro de Salud

Por el Gobierno de la República de
Panamá:

[firma]

Dra. Aída Moreno de Rivera
Ministra de Salud
Representada por:
Enelka G. de Samudio
Secretaria General del Ministerio de Salud

Por la Organización Panamericana de
la Salud, Oficina Regional para las
Américas de la Organización
Mundial de la Salud:

[firma]

Dr. George A.O. Alleyne
Director

El Secretario General del sistema de la Integración Centroamericana, participante como observador de la XLIX Reunión del Consejo Directivo del INCAP, firma como testigo de

honor el presente Convenio Básico, en once originales de igual tenor, en la ciudad de Guatemala de la Asunción, República de Guatemala, el día 27 de agosto de 1998.

_____ [firma] _____
Ing. Ernesto Leal
Secretario General
Sistema de la Integración Centroamericana

CD49.R16 (Esp.)
Anexo B

RESOLUCIÓN II*

AJUSTE DEL CONVENIO BÁSICO PARA LA REORGANIZACIÓN INTERNA DEL INCAP EL CONSEJO**

Considerando que el Artículo LI del Convenio Básico del Instituto establece que el mismo deberá ser evaluado cada cinco años para proponer posibles modificaciones que se adapten a la realidad del desarrollo de los Estados Miembros. Asimismo, el Artículo VII establece que la OPS/OMS es responsable de la administración del Instituto por solicitud de este Consejo, la que se renovará cada cinco años, y deberá ser aceptada cada vez por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Considerando que el Convenio Básico del Instituto entró en vigencia el 22 de enero del año 2003, por lo que ha transcurrido el plazo previsto en los artículos VII y LI *supra* mencionados. En este contexto, se llevó a cabo un proceso participativo de evaluación del funcionamiento del Instituto, que tuvo como resultado la propuesta de un nuevo Marco Estratégico Institucional (MEI).

Considerando que este Consejo, en su LVIII Reunión celebrada en San Salvador el 10 de Septiembre de 2007, aprobó el MEI en su Resolución V e instruyó al Director del

* Resolución II del LIX Consejo Directivo del INCAP, 27 de enero del 2009, Tegucigalpa, Honduras.

** Este documento es una copia fiel de la resolución aprobada.

INCAP para que inicie el proceso de revisión y ajuste del Convenio Básico del Instituto, a fin de alinearlo con su nuevo Marco Estratégico.

Considerando que el MEI reconoce que el INCAP es hoy una institución madura, que desempeña un rol fundamental en la construcción de la nueva Centro América como Región que busca su desarrollo en Paz, Justicia, Libertad y Democracia y ejerce con gran responsabilidad las funciones que le competen en apoyo del Sector Salud del Sub Sistema Social del Sistema de Integración Centroamericana (SISCA).

Considerando que la implementación del Marco Estratégico requiere que el INCAP adquiera plena autonomía; acorde a su grado de madurez institucional y su condición de miembro de pleno derecho e institución decana del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

Considerando que este Consejo en Reunión Extraordinaria celebrada en Panamá el 21 de febrero de 2008 instruyó que se preparara una propuesta de ajuste al Convenio Básico para reflejar la reorganización interna del Instituto y los mecanismos que le permitan asumir una mayor autonomía programática, financiera y administrativa, en concordancia con el MEI.

Considerando que este Consejo, en Reunión Extraordinaria celebrada en San Salvador el 23 de junio de 2008, señaló que el INCAP es una institución madura, que desempeña un rol fundamental como Institución Especializada en Nutrición en el Área de Centroamérica y que puede en un futuro próximo desligarse de la administración de la OPS/OMS y manejarse con autonomía funcional guiada por su Consejo Directivo, siendo lo más conveniente para este fin que se cumpla una transición ordenada y transparente de su administración.

Que en razón de lo anterior y con base en los artículos 12 y 17 del Tratado de Integración Social y VII del Convenio Básico del INCAP,

RESUELVE:

- I. Señalar que el Consejo Directivo asumirá la administración del INCAP con plena autonomía funcional, incluyendo el nombramiento de su Director, a partir de Septiembre 2009.
- II. Reconocer que la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) continuará siendo parte del INCAP como miembro en propiedad; pero que dejará de ejercer la administración del Instituto en los términos de los Artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI del Convenio Básico.

- III. Ajustar el Convenio Básico del INCAP para permitir la reorganización del Instituto bajo la administración y autoridad de este Consejo. A ese efecto y a partir de la fecha en que este Consejo asuma la administración del Instituto conforme se establece en el apartado I de la presente Resolución, los siguientes Artículos del Convenio Básico del INCAP serán ajustados como sigue:

Artículo XV: Bajo las atribuciones principales del Consejo Directivo del INCAP, agregar un nuevo numeral 2 que lea: Elegir al Director del INCAP de conformidad con los procedimientos aprobados por este Consejo. Renumerar los demás numerales.

Artículo XIX: La Dirección del INCAP estará a cargo de un Director nombrado por el Consejo Directivo, elegido de conformidad con los procedimientos aprobados por este Consejo. El Director del INCAP asumirá la responsabilidad del manejo del Instituto de acuerdo al presente Convenio Básico y a los deberes y funciones que le asigne el Consejo Directivo del INCAP.

Artículo XX: Ajustar el primer párrafo para que lea “El Director del INCAP será el responsable del desarrollo de las actividades del Instituto, según las normas, reglamentos, orientaciones programáticas y administrativas aprobadas por su Consejo Directivo y según lo establecido por el presente Convenio Básico”. Ajustar el numeral 8 de este Artículo para que lea: “Cumplir con las funciones que le sean delegadas por el Consejo Directivo y, en general, emprender y realizar cuantas acciones considere necesarias, de conformidad con el presente Convenio Básico.”

Artículo XXXIX: Substituir con la siguiente redacción: “La OPS/OMS aportará recursos al presupuesto del INCAP para financiar las actividades del Instituto enmarcadas en la Estrategia Regional sobre Nutrición en la Salud y el Desarrollo de las Américas, los planes de trabajo de la OPS/OMS y otras acordadas entre ambas instituciones. Los aportes financieros de la OPS/OMS al INCAP se formalizarán mediante (i) la suscripción de documentos legales periódicos de carácter general y/o (ii) documentos específicos para actividades o proyectos individuales.”

- IV. Declarar inaplicable por inconsistentes los Artículos VII, XXXIV, XXXV, XXXVI del Convenio Básico.

(Octava reunión, 1 de octubre del 2009)

CD49.R17: Estrategia y plan de acción sobre salud mental

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* (documento CD49/11);

Reconociendo la carga que representan los trastornos mentales y por abuso de sustancias —en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad— en el mundo y en la Región de las Américas en particular, así como la brecha existente en cuanto al número de personas enfermas que no reciben ningún tipo de tratamiento;

Entendiendo que no hay salud física sin salud mental y que es necesario un abordaje del proceso de salud y enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención al daño, sino también desde el ángulo de la protección de los atributos positivos de la salud y del fomento del bienestar de la población; y, además, que desde esta perspectiva de salud pública los factores psicosociales y relacionados con la conducta humana desempeñan una función crucial;

Considerando el contexto y el fundamento para la acción que ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 y el Programa de Acción de la OMS para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP), donde se refleja la importancia del tema y se definen objetivos estratégicos para el abordaje de la salud mental;

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

RESUELVE:

1. Respalda lo establecido en la Estrategia y plan de acción sobre salud mental y su aplicación en el marco de las condiciones especiales de cada país para responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países, a fin de

- mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existentes;
- b) a que promuevan el acceso universal y equitativo a la atención de salud mental para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios y continúen las actividades para eliminar el modelo antiguo centrado en los hospitales psiquiátricos;
 - c) a que continúen trabajando para fortalecer los marcos legales de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para lograr la aplicación eficaz de las leyes;
 - d) a que impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental, con atención particular en los niños y los adolescentes y para hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales;
 - e) a que apoyen la participación eficaz de la comunidad y de las asociaciones de usuarios y de familiares en actividades destinadas a promover y proteger la salud mental de la población;
 - f) a que consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios, mediante la formulación y la ejecución de programas sistemáticos de capacitación;
 - g) a que reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como la investigación, y con un enfoque intercultural y de género;
 - h) a que fortalezcan las alianzas del sector público con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves, haciendo hincapié en su participación en la formulación de los planes de salud mental.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de planes nacionales de salud mental dentro del marco de sus políticas de salud, teniendo en cuenta la Estrategia y Plan de Acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención a los grupos vulnerables y con necesidades especiales, incluidos los pueblos indígenas;

- b) que colabore en las evaluaciones de los servicios de salud mental de los países para lograr que se apliquen las medidas correctivas apropiadas que estén basadas en pruebas científicas;
- c) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, así como de los recursos disponibles en la Región, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- d) que fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otros actores regionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de esta Estrategia y Plan de Acción.

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

CD49.R18: Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos* (documento CD49/14), en el cual se propone que los Estados Miembros cuenten con un marco de política que permita el fortalecimiento de la capacidad nacional para abordar con eficacia y eficiencia el problema de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos y lograr la óptima utilización de los recursos destinados para tal fin;

Reconociendo los aportes valiosos que la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RDCIT) ha efectuado para la promoción y el fortalecimiento de los programas nacionales de donación y trasplante de órganos en la Región, al igual que la importante labor de otros ámbitos subregionales con respecto a este tema;

Tomando en cuenta que algunos países han desarrollado capacidades institucionales, así como marcos normativos apropiados y sistemas de información para la donación y el trasplante de órganos en la Región;

Consciente de la magnitud y la utilidad cada vez mayores de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos para una amplia gama de afecciones, en los países de recursos altos y bajos por igual;

Comprometido con los principios de la dignidad y la solidaridad humanas, que condenan la adquisición de partes del cuerpo humano para el trasplante y la explotación de las poblaciones más pobres y vulnerables, así como el tráfico humano que se deriva de esas prácticas;

Convencido de que la donación voluntaria y no remunerada de órganos, células y tejidos de donantes fallecidos o vivos contribuye a garantizar la persistencia de un recurso comunitario vital;

Sensible a la necesidad de que se vigilen tanto las reacciones como los sucesos adversos asociados con la donación, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos en cuanto tales, y de que se asegure el intercambio internacional de esos datos para optimizar la seguridad y la eficacia de los trasplantes,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que apliquen los Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos en la formulación y ejecución de sus políticas, leyes y reglamentaciones relativas a la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, según sea el caso;
 - b) a que promuevan el acceso equitativo a los servicios de trasplante de conformidad con las capacidades nacionales que sirven de base para el apoyo público y la donación voluntaria;
 - c) a que luchen contra la búsqueda de beneficio económico o de ventajas comparables en las transacciones con partes del cuerpo humano, el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, e incluso que alienten a los profesionales de la salud a notificar a las autoridades pertinentes cuando tengan conocimiento de esas prácticas, de conformidad con las capacidades nacionales y la legislación nacional;
 - d) a que refuercen las autoridades y las capacidades públicas nacionales prestándoles apoyo para que aseguren la supervisión, organización y coordinación de las actividades de donación y trasplante, prestando atención especial a que se recurra lo máximo posible a las donaciones de órganos de personas fallecidas y se protejan la salud y el bienestar de los donantes vivos;
 - e) a que mejoren la seguridad y la eficacia de la donación y los trasplantes mediante la promoción de las prácticas óptimas internacionales;

- f) a que colaboren en la obtención de datos, en particular sobre reacciones y sucesos adversos, relativos a las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y los trasplantes;
- g) a que mantengan una participación activa en la RDCIT, así como en otros ámbitos subregionales de donación y trasplantes (Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplantes del MERCOSUR, entre otros);
- h) a que incorporen las guías y recomendaciones pertinentes en sus políticas, leyes, reglamentaciones y prácticas sobre obtención, donación y trasplante de células, tejidos y órganos, como las relacionadas al establecimiento de bancos de células de cordón umbilical, al diagnóstico de la muerte encefálica y a los sistemas de calidad y seguridad en la donación de órganos, tejidos y células.

2. Solicitar a la Directora:

- a) que difunda los Principios Rectores actualizados sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos lo más ampliamente posible a todas las partes interesadas;
- b) que preste apoyo a los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales en cuestiones de prohibición del tráfico de material de origen humano y del turismo de trasplantes;
- c) que siga obteniendo y analizando datos regionales sobre las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos;
- d) que preste asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para elaborar leyes y reglamentaciones nacionales sobre donación y trasplante de células, tejidos y órganos humanos, y establecer sistemas apropiados para ello, en particular facilitando la cooperación internacional, y que brinde apoyo a las actividades de cooperación bilateral que han emprendido los países en la materia;
- e) que facilite a los Estados Miembros el acceso a información apropiada sobre la donación, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, en particular a los datos sobre reacciones y sucesos adversos graves;
- f) que preste asistencia técnica a los países del Caribe para la promoción o el fortalecimiento de sus programas de trasplante renal, y proponga un sistema subregional de servicios de salud renal y trasplantes que permitiría la sostenibilidad y viabilidad de este tipo de programas.

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

CD49.R19: Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CD49/9) y tomando en consideración:

- la existencia de mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para abordar el problema de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza cuya eliminación o reducción drástica es factible;
- la vasta experiencia de la Región de las Américas en la aplicación de estrategias de eliminación para las enfermedades transmisibles y los progresos alentadores logrados para reducir la carga de estas enfermedades;
- la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas;
- la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud para reducir eficazmente la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza;
- la oportunidad actual de eliminar o reducir drásticamente la carga de estas enfermedades con los instrumentos disponibles;
- la importancia de trabajar para eliminar las enfermedades infecciosas que todavía siguen asolando a la población de las Américas, a pesar de que hay intervenciones de salud pública adecuadas y costo-efectivas para combatir las,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza que pueden combatirse con los instrumentos existentes, hasta ciertos niveles para que esas enfermedades dejen de considerarse problemas de salud pública en el 2015;

- b) a que determinen cuáles son las enfermedades desatendidas prioritarias y las poblaciones vulnerables que han quedado a la zaga, así como las brechas en la información epidemiológica y las zonas geográficas prioritarias para la intervención (“zonas críticas”) al nivel subnacional en los países;
- c) a que revisen los planes nacionales específicos que existen para controlar o eliminar estas enfermedades y, donde sea necesario, establezcan nuevos planes con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, el Reglamento Sanitario Internacional (2005), cuando corresponda, las estrategias interprogramáticas y las acciones intersectoriales;
- d) a que trabajen a fin de proporcionar recursos suficientes para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales y subnacionales de control, lo que incluye personal, suministros de medicamentos, equipo, material de promoción de la salud y otras necesidades;
- e) a que pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento, control vectorial y eliminación de una manera integrada, con amplia participación comunitaria, de manera que contribuya al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud incluida la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia de salud;
- f) a que estudien y, cuando proceda, promuevan una variedad de planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, incluso abordando, cuando proceda, la desvinculación del costo de las actividades de investigación y desarrollo, y del precio de los medicamentos, por ejemplo, mediante la concesión de premios con el fin de abordar enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo;
- g) a que movilicen recursos complementarios e incluyan a posibles socios dentro de los países, así como a agencias de desarrollo, bilaterales y multilaterales, a organizaciones no gubernamentales, fundaciones y a otros interesados directos;
- h) a que den apoyo a la promoción de la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnología y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar las enfermedades desatendidas, tales como el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles, medicamentos más seguros y mecanismos de diagnósticos oportunos para reducir las complicaciones tardías de estas enfermedades;
- i) a que aprueben las metas y los indicadores para la eliminación y la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza,

- priorizados por los Estados Miembros y que figuran en los anexos A y B de la presente resolución;
- j) a que colaboren a fin de fortalecer los mecanismos de vigilancia de las enfermedades desatendidas y de aumentar el acceso a las herramientas disponibles de control de enfermedades.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que siga abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución;
- b) que provea cooperación técnica a los países para la preparación de los planes nacionales de acción y para la presentación de propuestas de financiamiento para el fondo fiduciario para la eliminación de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza y a otras fuentes;
- c) que promueva la identificación, el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en datos fidedignos que sean técnica y científicamente sólidos;
- d) que promueva la aplicación de las guías actuales de la OPS y de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades consideradas;
- e) que promueva la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnología y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar las enfermedades desatendidas y sus consecuencias;
- f) que brinde su apoyo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y a la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción que se están ejecutando;
- g) que fortalezca la colaboración transfronteriza entre países que comparten las mismas enfermedades;
- h) que continúe prestando apoyo y fortaleciendo los mecanismos de adquisición de medicamentos, como el Fondo Estratégico para tratar las enfermedades desatendidas al mejor costo a fin de aumentar el acceso.

Anexos

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

CD49.R19, Anexo A

Presencia de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, por país, y número total de países donde ocurre cada enfermedad en América Latina y el Caribe, según los criterios establecidos más abajo²

País*	Enfermedades											
	Enfermedad de Chagas	Sífilis congénita	Rabia humana transmitida por perros	Lepra	Filariasis linfática	Malaria	Tétanos neonatal	Oncocercosis	Peste	Esquistosomiasis	Helminthiasis transmitida por contacto con el suelo	Tracoma
Anguila	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antigua y Barbuda	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antillas Holandesas	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentina	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbados	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belice	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolivia	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brasil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Colombia	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Chile	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Ecuador	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Granada	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadalupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guayana Francesa	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Guyana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Haití	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Islas Caimán	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Turcos y Caicos	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Vírgenes (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Vírgenes (Reino Unido)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-

² PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008. En: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

País*	Enfermedades											
	Enfermedad de Chagas	Sífilis congénita	Rabia humana transmitida por perros	Lepra	Filariasis linfática	Malaria	Tétanos neonatal	Oncocercosis	Peste	Esquistosomiasis	Helmintiasis transmitida por contacto con el suelo	Tracoma
Martinica	-	::	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
México	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Montserrat	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Nicaragua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Panamá	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Perú	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
República Dominicana	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Saint Kitts y Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
San Vicente y las Granadinas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Santa Lucía	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinidad y Tabago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguay	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Número total de países de América Latina y el Caribe donde ocurren las enfermedades	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	Todos	3

^a En estos países, la enfermedad está presente como problema de salud pública ^b Área anteriormente endémica
- Sin evidencia... Sin información

Crterios

Enfermedad de Chagas:	Evidencia de cualquier tipo de transmisión en los 10 últimos años. (1998-2007)
Esquistosomiasis:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007)
Filariasis linfática:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Helmintos transmitidos por contacto con el suelo:	Datos fidedignos de la enfermedad en los últimos 10 años (2005-2007)
Lepra:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Oncocercosis:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Rabia humana transmitida por los perros:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008)
Tracoma:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007)
Tétanos neonatal:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Sífilis congénita:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Malaria	Evidencia de transmisión local continua en los últimos 5 años
Peste	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008)

Situación epidemiológica, metas de eliminación y principales estrategias de eliminación para determinadas enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.³

En el presente anexo se detalla las enfermedades propuestas para su eliminación, la situación epidemiológica, metas y estrategias. Las estrategias deberán ser adaptadas por los países de acuerdo con sus políticas de salud, la situación epidemiológica y organización de redes de servicios de salud.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Enfermedad de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> – Hubo pruebas de la transmisión en 21 países de las Américas. – Se calcula que actualmente están infectadas de 8 a 9 millones de personas. – 40.000 nuevos casos de transmisión por vector por año. – La transmisión por vector por los vectores principales se ha interrumpido en varios países (Uruguay, Chile, Brasil y Guatemala) y zonas de (Argentina y Paraguay). – La mayoría de los países de América Latina se están acercando a la meta del tamizaje para Chagas en 100% de sus bancos de sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de <i>Trypanosoma cruzi</i> (menos de 1% de índice de infestación domiciliar triatomínica y seroprevalencia negativa en niños de hasta 5 años de edad y menos, a excepción de la mínima aportada por casos en hijos de madres seropositivas). – Interrumpir la transmisión transfusional de <i>T. cruzi</i> (cobertura de 100% de tamizaje de la sangre).⁴ – Integrar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el Sistema de la Atención Primaria de la Salud de manera de proveer tratamiento y atención médica a todos los pacientes para las fases agudas y crónicas de la enfermedad, así como reforzar la cadena de suministros de los tratamientos existentes dentro de los países para aumentar el acceso. – Prevenir el desarrollo de cardiomiopatía y problemas intestinales, relacionados a la enfermedad de Chagas ofreciendo atención médica adecuada a personas afectadas por la enfermedad en todas sus etapas de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar vectores en la vivienda mediante el control químico. – Programas de ordenamiento del medio. – Información, educación y comunicación (IEC). – Tamizaje de las muestras de sangre en los bancos de sangre para evitar transmisión por transfusión de sangre. – Tamizaje de embarazadas y tratamiento para evitar la transmisión congénita. – Mejores prácticas en la preparación de alimentos para evitar la transmisión oral. – Tratamiento etiológico a los niños. – Ofrecer atención médica a los adultos afectados con la enfermedad de Chagas.

³ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008. En:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

⁴ Basado en: World Health Organization. *Elimination of transmission of Chagas Diseases*. WHA51.14. Fifty first World Health Assembly. 1998.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Sífilis congénita	<ul style="list-style-type: none"> - Se calcula que cada año ocurren en la Región 250.000 casos de sífilis congénita. - En una encuesta del 2006, 14 países notificaron la incidencia de sífilis congénita en nacidos vivos, con un intervalo que variaba de 0,0 casos por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,56 en el Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública (menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos).⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - Notificación obligatoria de la sífilis y la sífilis congénita para las embarazadas. - Tamizaje universal de la sangre en la primera visita prenatal (<20 semanas), en el tercer trimestre, en el trabajo de parto y después de un aborto provocado o espontáneo y en caso de un mortinato. - Tratamiento oportuno y adecuado para todas las embarazadas con sífilis y lo mismo para el esposo y los recién nacidos.
Rabia humana transmitida por perros	<ul style="list-style-type: none"> - En los últimos tres años la enfermedad ha estado presente en 11 países. - Aunque el número de casos humanos sea bajo (16 en el 2008), gracias a las iniciativas de país, el número de personas que viven en las zonas de riesgo debido a la rabia en los perros sigue siendo alto. - La mayoría de los casos ocurrieron en Haití y Bolivia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la rabia humana transmitida por perros (cero casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Rabia (SIRVERA) coordinado por la OPS).⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunación de 80% de la población canina en las zonas endémicas. - Atención administrada a 100% de la población expuesta al riesgo con la profilaxis luego de la exposición, cuando se indique. - Vigilancia epidemiológica. - Educación y comunicación para aumentar la toma de conciencia sobre el riesgo de rabia. - Control de la población canina - Acciones para prevenir la reintroducción

⁵ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción para la eliminación de la sífilis congénita*, 116.ª sesión del Comité Ejecutivo. CE116/14. OPS, 1995.

⁶ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. 15.ª Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMS): "Agricultura y salud: Alianza por la Equidad y el Desarrollo Rural en las Américas". CD48.R13, 48.º Consejo Directivo. Washington, DC.: OPS; 2008.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Lepra	<ul style="list-style-type: none"> - En 24 países la enfermedad ha estado presente en los tres últimos años. - Solo en el Brasil, la prevalencia nacional no alcanzó la meta de “eliminación como problema de salud pública”, de menos de un caso por 10.000 habitantes. - En el 2007, se notificaron en las Américas 49.388 casos de lepra, y se detectaron 42.000 casos nuevos. - En el mismo año, se detectaron 3.400 casos nuevos (8% del total) con discapacidad de grado 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la lepra como problema de salud pública (menos de 1 caso por 10.000 personas) de los primeros niveles subnacionales político-administrativos.^{7,8,9} 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia intensificada de los contactos. - Tratamiento con la terapia multimedicamentosa oportuna al menos en 99% de todos los pacientes. - Definición de la introducción adecuada de la quimioprofilaxis. - Detección temprana de las discapacidades de grado 2.

⁷ Basado en: World Health Organization. *Elimination of leprosy*. Forty-fourth World Health Assembly. WHA44.9. Ginebra: OMS, 1991.

⁸ Basado en: World Health Organization. *Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem*. Ginebra: OMS, 2000.

⁹ En lugar de la meta de la eliminación, Brasil adoptará las metas recomendadas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad que se encuentran en el documento de la OMS denominado *Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy, 2011-2015* (SEA-GLP-2009.4).

- Número y tasa por 100.000 habitantes de casos nuevos detectados por año
- Número y tasa de casos nuevos con discapacidad grado 2 por 100.000 habitantes por año
- Proporción de pacientes que completan su tratamiento oportunamente como indicador de la tasa de curación.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Filariasis linfática	<ul style="list-style-type: none"> – La enfermedad está presente en Brasil, República Dominicana, Guyana y Haití. – Se calcula que hasta 11 millones de personas están expuestas al riesgo de infección. – La población expuesta al mayor riesgo se encuentra en Haití (90%). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1% de prevalencia de la microfilariasis en adultos en centros centinela y sitios de verificación al azar en la zona). – Interrumpir su transmisión (ningún niño entre las de edades de 2 y 4 años da positivo el antígeno). – Prevenir y controlar la discapacidad.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administración en masa de medicamentos (AMM) una vez al año por un periodo no menor de 5 años con cobertura no menor de 75% o consumo de sal de mesa fortificada con dietilcarbamazina (DEC) en el régimen diario de alimentación. – Vigilancia de la morbilidad por filariasis por los sistemas locales de vigilancia sanitaria. – Atención de casos. – Integración y coordinación de la AMM con otras estrategias. – Estrategias de comunicación y educación en las escuelas.
Malaria	<ul style="list-style-type: none"> – En la Región, hay 21 países donde la malaria es endémica. – Algunos países, como Paraguay y Argentina, son de endemidad baja (menos de un caso por 1.000 habitantes en riesgo) y tienen focos bien establecidos. – En el Caribe, solo Haití y la República Dominicana se consideran países endémicos, ya que notificaron cerca de 26.000 casos en el 2007 (90% en Haití). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar la malaria en las zonas donde es factible la interrupción de la transmisión local (Argentina, República Dominicana, Haití, México, Paraguay y Centroamérica).¹¹ – Eliminación (cero casos locales a lo largo de tres años consecutivos); Pre-eliminación (tasa de positividad del frotis = < 5% y <1 caso/ 1.000 personas en riesgo).¹² 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevención, vigilancia, detección temprana y control de las epidemias. – Control integrado de vectores. – Impulsar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de casos. – Farmacovigilancia intensiva de la posible resistencia al tratamiento y aplicación de los resultados a la definición de la norma de tratamiento. – Fortalecimiento de la atención primaria de salud e integración de las iniciativas de prevención y control con otros programas de salud. – Participación comunitaria.

¹⁰ Basado en: World Health Organization. *Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level*. Ginebra: OMS; 2005.

¹¹ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Malaria: Informe sobre la situación actual*, 142.^a sesión del Comité Ejecutivo. CE142/16. OPS, 2008.

¹² Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Global Malaria Control and Elimination: Report of a Technical Review*. 17-18 January, 2008. OMS, 2008. p.9.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Tétanos neonatal	<ul style="list-style-type: none"> – La enfermedad ha estado presente en tasas más bajas en 16 países en los últimos tres años. – En el 2007, se notificó un total de 63 casos (38 en Haití). – Se ha eliminado como problema de salud pública en todos los países de América Latina y el Caribe, excepto en Haití. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1 caso por 1.000 recién nacidos por año en un municipio o distrito).¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> – Vacunación de las mujeres en edad fecunda con el toxoide tetánico. – Identificación de las áreas de alto riesgo. – Vigilancia adecuada. – Métodos higiénicos para atender los partos y para el puerperio.
Oncocercosis	<ul style="list-style-type: none"> – Se calcula que 500.000 personas están en riesgo en la Región. – En Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela hay 13 focos. – En seis focos, la transmisión parece haberse interrumpido después de la administración masiva de medicamentos con una cobertura de al menos 85% de la población destinataria. – Actualmente, se está efectuando una vigilancia de tres años luego del tratamiento, antes de la certificación de la eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar la afección ocular e interrumpir la transmisión.^{14,15} 	<ul style="list-style-type: none"> – Administración masiva de farmacoterapia al menos dos veces al año para llegar al menos a 85% de la población en riesgo en cada zona endémica. – Vigilancia para detectar signos de afección ocular, microfilarias, nódulos. – Atención dermatológica por conducto del sistema de atención primaria de salud en zonas donde la infección cutánea es un problema.

¹³ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

¹⁴ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas*. (CD48/10), 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.

¹⁵ Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Certification of Elimination of Human Onchocerciasis: Criteria and procedures. Guidelines*. OMS; 2001.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Peste	<ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad está presente en focos silvestres en 5 países con casos esporádicos: Bolivia (ningún caso notificado en los últimos 10 años), Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú. - Actualmente, el número de casos en toda América Latina es bajo (alrededor de 12 casos por año). - La mayoría de los casos notificados se encuentran en el Perú. - Muy pocos son mortales. - Los casos ocurren generalmente en pueblos rurales pequeños con extrema pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar como problema de salud pública (cero casos de mortalidad y evitar brotes domiciliarios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección temprana y tratamiento oportuno de casos. - Vigilancia de los focos silvestres. - Mejoras en la vivienda y el saneamiento. - Control de roedores y de vectores. - Programas intersectoriales para mejorar el almacenamiento de las cosechas. - Eliminación adecuada de los desechos agropecuarios. - Instalaciones domésticas adicionales para criar los “cuyes” (tipo de cobayos usados como alimento).
Tracoma	<ul style="list-style-type: none"> - Hay pruebas de la presencia de la enfermedad en Brasil, Guatemala y México. - Se han confirmado focos en los estados fronterizos brasileños, pero no se dispone de datos para los países vecinos. - Se calcula que alrededor de 50 millones de personas viven en las zonas de riesgo y se han detectado cerca de 7.000 casos, principalmente en Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma: reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa (TT) a menos de 1 caso por cada 1.000 personas (población general) y reducción de la prevalencia de tracoma folicular o inflamatoria (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad.^{16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> - La estrategia SAFE se aplica con los siguientes componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la ceguera mediante la operación quirúrgica del párpado para corregir la inversión o entropía del párpado superior y la triquiasis. • Reducir la transmisión en las zonas endémicas mediante el lavado de la cara y el uso de antibióticos.

¹⁶ Basado en: World Health Organization. *Report of the Global Scientific Meeting on Future Approaches to Trachoma Control*. Ginebra: OMS; 1996. p. 4-7.

¹⁷ Basado en: World Health Organization. *Trachoma control: A guide from programme managers*. OMS, 2006

GRUPO 2: Enfermedades cuya prevalencia puede reducirse drásticamente (con intervenciones disponibles rentables)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia primaria
Esquistosomiasis	<ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad está presente en: Brasil, Santa Lucía, Suriname y Venezuela. - Se necesitan estudios para confirmar la eliminación de las zonas anteriormente endémicas en el Caribe. - Se calcula que alrededor de 25 millones de personas viven expuestas al riesgo en las Américas. - Se calcula que alrededor de 1 a 3 millones de personas están infectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la prevalencia y la carga del parásito en las zonas de transmisión elevada a una prevalencia de menos de 10%, según mediciones cuantitativas del recuento de huevos.^{18,19} 	<ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia preventiva para al menos 75% de los niños en edad escolar que viven en áreas de riesgo, definido por una prevalencia de más del 10% de niños en edad escolar. - Mejoramiento de los sistemas de eliminación de excretas y acceso al agua potable; educación.
Helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo	<ul style="list-style-type: none"> - Se calcula que las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo están presentes en los países de toda la Región. - Según cálculos regionales, en América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de sufrir esta enfermedad 26,3 millones de niños en edad escolar. - En 13 de los 14 países con información recopilada había una o varias zonas con prevalencia superior a 20% de helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la prevalencia en niños en edad escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20% según el recuento de huevos.²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración regular de quimioterapia preventiva o administración masiva de medicamentos (AMM) para al menos 75% de los niños en edad escolar que se encuentran en riesgo, como se define por los países tomando en cuenta la prevalencia. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar es $\geq 50\%$ (comunidad de alto riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar dos veces al año. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar en riesgo es $\geq 20\%$ y $< 50\%$ (comunidad de bajo riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar una vez al año. - Promover el acceso al agua potable, al saneamiento y a la educación sanitaria, mediante la colaboración intersectorial.

¹⁸ Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.

¹⁹ Basado en: World Health Organization. *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. Fifty-fourth World Health Assembly. WHA54.19. Ginebra:OMS, 2001

²⁰ Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.

CD49.R20: Salud y turismo

El 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo revisado el informe de la Directora *Salud y turismo* (documento CD49/15);

Reconociendo la importancia de aumentar la toma de conciencia acerca de la relevancia de los vínculos entre la salud y el turismo para la promoción de políticas nacionales de turismo que sean favorables a la salud y del fomento de la participación de la iniciativa privada, de las comunidades y de los medios de comunicación;

Reconociendo asimismo la importancia de reflexionar sobre los factores de la salud y el medio ambiente que ponen en peligro el desarrollo del turismo sostenible en la Región, mediante el examen de las oportunidades y las barreras principales que intervienen en ese desarrollo en las Américas;

Considerando la necesidad de crear un marco de cooperación entre organismos internacionales, regionales y especializados en salud y turismo;

Resaltando la relevancia de generar información basada en pruebas científicas para determinar cuáles son las repercusiones de la actividad turística en la salud pública y el desarrollo sostenible de los países de la Región;

Teniendo en cuenta la necesidad de promover estudios epidemiológicos para calcular la carga de enfermedad relacionada con el turismo y su prevalencia en grupos específicos de la población y adoptar indicadores esenciales para la vigilancia y la definición de la calidad del turismo saludable;

Reconociendo el valor de definir un marco de medidas conjuntas con organismos que puedan impulsar estas medidas, así como el marco para la vigilancia y la evaluación de un plan de acción,

RESUELVE:

1. Respalda los conceptos sobre salud y turismo contenidos en el documento CD49/15.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que incluyan en sus planes nacionales de salud el tema salud y turismo, tomando en cuenta aspectos relevantes para el turismo, como son la alimentación correcta,

la actividad física, las condiciones higiénicas, la seguridad y la protección contra los riesgos sanitarios;

- b) a que tomen en cuenta las recomendaciones emanadas del Foro Regional de Salud y Turismo, elaboren estudios de evaluación de la carga de morbilidad atribuida al turismo y examinen las perspectivas, creencias y necesidades para fundamentar los procesos de decisión;
- c) a que promuevan y consideren los mecanismos existentes de vigilancia sanitaria y de análisis de riesgos, lo que podría incluir los sistemas hoteleros nacionales en todos los países de la Región;
- d) a que promuevan un enfoque basado en el fortalecimiento de los entornos favorables, en el impulso de comportamientos saludables y el control de las personas sobre los determinantes de su salud;
- e) a que fortalezcan, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, su capacidad de análisis de eventos de salud pública y de brotes relacionados con las instalaciones turísticas y los viajeros;
- f) a que fortalezcan los sistemas de salud para generar información basada en pruebas estratégicas que vinculen a la salud, el turismo y el desarrollo, mediante la evaluación de las inversiones actuales, la cobertura, el seguimiento y la calidad de los programas nacionales;
- g) a que promuevan, establezcan y fortalezcan los sistemas de información y las redes para el intercambio de información y buenas prácticas relacionadas con el tema;
- h) a que promuevan los métodos de salud ambiental y ocupacional en la planificación, diseño, construcción y operación de hoteles y otros establecimientos relacionados con el turismo que permitan sistematizar la información para el diseño de metodologías de certificación sanitaria de instalaciones como un valor agregado para la industria;
- i) a que promuevan el desarrollo de comunidades saludables que sean beneficiosas tanto para la población como para la industria del turismo.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que mantenga el compromiso de la Organización con el tema, actualice su estrategia de cooperación y formule un plan de acción regional (2010-2020) que abarque las distintas áreas programáticas;
 - b) que cree el Foro Regional de Salud y Turismo a fin de que se examine el concepto del turismo saludable, se promueva la cooperación técnica entre los países, se promueva el intercambio de conocimientos e información y se fomente la creación de alianzas con organizaciones privadas y comunitarias, con el objetivo de que los países adopten políticas concretas que vinculen a la salud y el turismo;
 - c) que movilice recursos y actúe de forma interprogramática en la aplicación eficaz y sostenida de la estrategia y plan de acción regionales;
 - d) que promueva el establecimiento y el cumplimiento de normas de calidad sobre salud y turismo para mejorar la competitividad turística de los países de la Región;
 - e) que fortalezca la capacidad del personal de los sectores público y privado, incluidos los funcionarios de salud ambiental y trabajadores de hoteles, en las prácticas óptimas del manejo de los problemas vinculados al turismo y el medio ambiente (como eliminación de aguas residuales y de desechos sólidos en las instalaciones turísticas, manipulación de los alimentos, etc.);
 - f) que promueva la adopción de normas y reglamentos en los países interesados en desarrollar el producto turístico de “viajes por la salud” (restablecimiento y recuperación, cirugía, productos de bienestar, otros procedimientos médicos).

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

CD49.R21: Sueldo del Director y modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento y del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo del documento CD49/27;

Habiendo considerado la revisión a los sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal, en vigor a partir del 1 de enero del 2009 (resolución CE144.R15);

Teniendo en cuenta las acciones de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales;

Reconociendo la necesidad de que haya uniformidad con respecto a las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y las de la Organización Mundial de la Salud, y de que el Reglamento y el Estatuto del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana sean congruentes,

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2009, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$194.820 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$139.633 (con familiares a cargo) o \$125.663 (sin familiares a cargo).
2. Aprobar la modificación del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal que aclara la jurisdicción del Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo sobre las apelaciones de los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

CD49.R22: Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud* (documento CD49/16), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone el establecimiento de redes integradas de servicios de salud para abordarlo;

Preocupado por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Consciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud basadas en la atención primaria de salud (APS) como estrategia fundamental para logro de las metas nacionales e internacionales de salud, entre otras las estipuladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas, y la acción intersectorial, entre otros;

Conciente de que las redes integradas de servicios de salud mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la atención inadecuada, reducen la fragmentación de la atención de salud, evitan la duplicación de la infraestructura y los servicios, disminuyen los costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades;

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que enfatizan la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que tomen conciencia del problema de la fragmentación de los servicios de salud en el sistema de salud, y si fuera el caso, en los subsistemas que lo componen;
 - b) a que propicien un diálogo con todos los actores pertinentes, en particular con los proveedores de servicios de salud y las personas que realizan el trabajo de cuidados en los hogares y la comunidad en general, acerca del problema de la fragmentación de los servicios y las estrategias para abordarla;
 - c) a que elaboraren un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país;

- d) a que promuevan la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la creación de las redes integradas de servicios de salud;
 - e) a que lleven a la práctica y evalúen periódicamente el plan nacional de acción para el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que apoye a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para la creación de redes integradas de servicios de salud;
 - b) que promueva la creación de redes integradas de servicios de salud a nivel de las fronteras comunes, lo que incluye, cuando corresponda, esquemas de cooperación y de compensación de los servicios entre distintos países (o “servicios compartidos” en el caso del Caribe);
 - c) que formule marcos conceptuales y analíticos, herramientas, metodologías, así como guías que faciliten el establecimiento, ejecución, vigilancia y evaluación de las redes integradas de servicios de salud;
 - d) que elabore, junto con las partes interesadas, un documento de orientación para la puesta en marcha de las redes integradas de servicios de salud;
 - e) que apoye la formación y la gestión de los recursos humanos de salud compatibles con el establecimiento de redes integradas de servicios de salud, incluso de las personas que no reciben remuneración y que prestan cuidados de salud en el hogar y la comunidad;
 - f) que movilice recursos en apoyo al establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región, lo que abarca la documentación de buenas prácticas y el intercambio de experiencias exitosas entre países;
 - g) que elabore un marco de auditoría y evaluación, que incluya indicadores de desempeño y mecanismos de vigilancia, a fin de evaluar los planes de acción y el avance de la puesta en marcha de las redes integradas de servicios de salud;
 - h) que promueva un diálogo con la comunidad de organismos de cooperación/donantes internacionales con el objeto de que cobren conciencia acerca del problema de la fragmentación de los servicios de salud y busque su apoyo para el establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región.

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)

Decisiones

CD49(D1): Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo nombró a Belice, Brasil y Costa Rica para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 28 de septiembre del 2009)

CD49(D2): Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 16 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo eligió al Paraguay para ocupar la Presidencia, a Dominica y Nicaragua para las Vicepresidencias, y a la República Dominicana para la Relatoría del 49.º Consejo Directivo.

(Primera reunión, 28 de septiembre del 2008)

CD49(D3): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Consejo adoptó, sin modificaciones, el orden del día presentado por la Directora (documento CD49/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 28 de septiembre del 2009)

CD49(D4): Establecimiento de la Comisión General

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

(Primera reunión, 28 de septiembre del 2009)

CD49(D5): *Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales del UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por haber concluido el mandato del Brasil*

El Consejo Directivo eligió a Ecuador como el Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona para que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, durante un período de cuatro años a partir del 1 de enero del 2010.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

CD49(D6): *Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México*

El Consejo eligió a Guatemala y Paraguay como los Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, durante un período de tres años a partir del 1 de enero del 2010.

(Quinta reunión, 30 de septiembre del 2009)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta del 49.º Consejo Directivo, Delegada del Paraguay, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua española.

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

Esperanza Martínez
Presidenta del 49.º Consejo Directivo
Delegada del Paraguay

Mirta Roses Periago
Secretaria *ex officio* del 49.º Consejo Directivo
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
- 2.2 Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator
- 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
- 2.4 Establecimiento de la Comisión General
- 2.5 Adopción del orden del día

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

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

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
- 4.2 Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)
- 4.3 Nueva escala de cuotas

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

- 4.4 Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable
- 4.5 Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
- 4.6 Política de investigación para la salud
- 4.7 Estrategia y plan de acción sobre salud mental
- 4.8 Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
- 4.9 Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género
- 4.10 Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos
- 4.11 Salud y turismo
- 4.12 Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud
- 4.13 Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
- 4.14 Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
- 4.15 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables
- 4.16 Salud familiar y comunitaria
- 4.17 El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas
- 4.18 Mesa redonda sobre hospitales seguros
- 4.19 Debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana por la Nutrición y Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero parcial del Director para 2008
- 5.3 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
- 5.4 Propuesta de creación de un Comité de Auditoría
- 5.5 Sueldo del Director y Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

6. SELECCIÓN DE ESTADOS MIEMBROS PARA FORMAR PARTE DE CONSEJOS O 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 del Brasil
- 6.2 Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México
- 6.3 Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración 2009

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión
- 8.2 Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos: Reglamento Sanitario Internacional (*incluye el informe sobre la pandemia [H1N1] 2009*)
- 8.3 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
 - 8.3.1 Resoluciones y otras acciones de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - 8.3.2 Resoluciones y otras acciones del trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA
 - 8.3.3 Informe de la Quinta Cumbre de las Américas
- 8.4 Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros:
 - 8.4.1 Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
 - 8.4.2 Fondo Maestro de Inversiones de Capital

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento Oficial 328	Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)
Documento Oficial 333	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
Documento Oficial 333, Add. I	Addendum al Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
Documento Oficial 335	Informe financiero parcial del Director para 2008

Documentos de trabajo

CD49/, Rev.1	Adopción del Orden del día
CD49/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CD49/3, Rev. 1	Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD49/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Estados Unidos de América, Trinidad y Tabago, y Uruguay
CD49/5, Rev. 1	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
CD49/6	Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)

Documentos de trabajo *(cont.)*

CD49/7	Nueva escala de cuotas
CD49/8	Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable
CD49/9	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
CD49/10	Política de investigación para la salud
CD49/11	Estrategia y plan de acción sobre salud mental
CD49/12	Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
CD49/13	Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género
CD49/14	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos
CD49/15	Salud y turismo
CD49/16	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud
CD49/17	Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD49/18	Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Documentos de trabajo *(cont.)*

CD49/19	Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables
CD49/20	Salud familiar y comunitaria
CD49/21	El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas
CD49/22 y Add. I	Mesa redonda sobre hospitales seguros
CD49/23, Rev. 1 y Add. I	Debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana por la Nutrición y Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CD49/24 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CD49/25	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
CD49/26	Propuesta de creación de un Comité de Auditoría
CD49/27	Sueldo del Director y Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CD49/28	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 del Brasil

Documentos de trabajo (*cont.*)

CD49/29	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar un representante que forme parte del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana por haber llegado a su término el mandato de Argentina y México
CD49/30	Elección de cinco miembros no permanentes para formar parte del Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CD49/31	Premio OPS en Administración 2009

Documentos de información

CD49/INF/1	Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión
CD49/INF/2, Rev.1	Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos: Reglamento Sanitario Internacional (incluye el informe sobre la pandemia [H1N1] 2009)
CD49/INF/3	Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
<i>CD49/INF/3-A</i>	Resoluciones y otras acciones de la 62. ^a Asamblea Mundial de la Salud
<i>CD49/INF/3-B</i>	Resoluciones y otras acciones del trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA

Documentos de información *(cont.)*

<i>CD49/INF/3-C</i>	Informe de la Quinta Cumbre de las Américas
CD49/INF/4	Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros:
<i>CD49/INF/4-A</i>	Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
<i>CD49/INF/4-B</i>	Fondo Maestro de Inversiones de Capital

**LIST OF PARTICIPANTS/
LISTA DE PARTICIPANTES**

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. John Jarvis
Permanent Secretary
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

Delegate – Delegado

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

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Máximo Diosque
Secretario de Promoción y Programas
Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

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

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Cristina Liliana Uria
Ministra de Salud de la Provincia
de Río Negro
Ministerio de Salud
Río Negro

Dr. Ángel Francisco Giano
Ministro de Salud y Acción Social
de la Provincia de Entre Ríos
Ministerio de Salud
Entre Ríos

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

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

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

Su Excelencia Rodolfo Gil
Embajador, Representante Permanente
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Martín G. Bustillo
Representante Alterno de Argentina ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Ana M. Pastorini
Consejera, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator Hon. Dion Foulkes
Minister of Labor and Social Development
Ministry of Labor and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Mrs. Elizabeth Keju
Under Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Rhoda Jackson
Charged' Affairs and Interim
Representative
Permanent Mission of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Bridgett McKay
Second Secretary
Embassy of the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Ronald Fitt
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Mr. Danny Gill
Director, Planning and
Research Unit
Ministry of Health
St. Michael

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

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin
Minister of Health
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Dr. Michael Pitts
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BELIZE/BELICE (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

Sra. Aylin Oropeza
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Luiz Fernando Beskow
Diretor de Programa da Secretaria
Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

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

Dr. José Luiz Telles de Almeida
Diretor do Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas da
Secretaria de Atenção a Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Luis Renato Strauss
Chefe Da Divisão de lá Prensa da
Assessoria de Comunicação Social
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

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

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

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

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

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Paula Forttes Valdivia
Directora del Servicio Nacional
del Adulto Mayor
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. José Miguel Huerta
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Dra. Helia Molina
Jefa de la División de Políticas Públicas
Saludables y Promoción
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

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

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Ignacio Cuervo
Viceministro de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

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

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

Sr. Francisco Cruz
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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dra. Mariuxi Vera
Funcionaria Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Dr. Edgar Godoy
Asesor Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. William Córdova
Funcionario Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Su Excelencia Luis Menéndez Leal
Embajador, Representante Interino de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR (cont.)

Alternate – Alterno

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

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Israel Lemus
Director General
Sistema Integral de Atención en Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Lic. Bernardita Lourdes Xitumul
Directora del Departamento de
Cooperación Internacional y
Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Sonia Chehil
Mental Health Advisor
Ministry of Health
Georgetown

Ms. Amanda Ramsammy
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

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

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Jorge Valdez García
Director General de Calidad y Educación
en Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Alternates – Alternos

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

Lic. Eduardo Jaramillo
Director General Adjunto
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Alberto Del Castillo
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rosa Zárate
Codirectora Centro Colaborador
OPS/México
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

Sra. Susana Salas
Asuntos Internacionales
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo González
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

Dr. Alejandro José Solís Martínez
Director General de Planificación
y Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

Sra. Agnes María Alvarado Guevara
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Julio Santamaría Rubio
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Alternates – Alternos

Su Excelencia Guillermo Cochez
Embajador de la República de Panamá
ante los Estados Unidos de América
Washington D.C.

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

Sra. Menitza Xiomara Mandiche Piza
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

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

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. María Cristina Guillen
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

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

Dra. María del Carmen Gómez
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Diego Ariel Gamarra
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Lic. Ana María Paredes
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

Sr. Carlos Jiménez
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

Dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Environment
Basseterre

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mr. Omari S. Williams
Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Dr. Virginia Asin-Oostburg
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp
Pharmacy Policy Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Professor Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer
Department of Health
London

Delegate – Delegado

Dr. Nicholas Banatvala
Head of Global Affairs
Deputy Director International
Department of Health
London

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mr. John Monahan
Interim Director, Office of Global
Health Affairs
Counselor to the Secretary
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos

Mr. Mark Abdo
Director for Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

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

Mr. Edwin Brown
Deputy Director
Office of International Health
and Biodefense
Bureau of Oceans, Environment
and Science
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Kim D'Aria-Vazira
Population Policy Officer
Bureau of Population, Refugees
and Migration
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Robert Downes
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Edward Faris
Program Analyst
Office of Management Policy
and Resources
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Roger Glass
Director, Fogarty International Center
National Institutes of Health
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

The Honorable Nicole Lurie, M.D.
Assistant Secretary for Preparedness
and Response
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and
Child Health and Infectious Diseases
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Acting Team Leader
Coordinating Office on Global Health
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Kathy Saldana
Senior Technical Advisor for Health
Systems and Public Health
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

Dr. Paul Seligman
Latin American Director
Office of International programs
U. S. Food and Drug Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Wakefield
Administrator
Health Resources and Services
Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. April Springfield
Senior Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Vanessa De La Ossa
Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. James Herrington
Director, Fogarty International Center
Division of International Relations
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. Jorge F. Christian
Assistant Director
Office of International Programs
Latin America Office
U.S. Food and Drug Administration
Rockville

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Beatriz Rivas
Directora de la División de
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

Alternate – Alterno

Sra. Cristina Carrión
Ministra Consejera, Representante Alternata
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Indira Corado Frontado
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

VENEZUELA (cont.)

Delegates – Delegados

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Sr. David Rojas
Segundo Secretario, Representante
Alternata de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Valentina Martínez
Abogada
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. Lorenzo González Feliciano
Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

PUERTO RICO (cont.)

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

**OBSERVER STATES/
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Dra. Paloma Temiño de Dios
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Carlos Rico
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo, Suriname

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2009/
Premio OPS en Administración 2009**

Dr. Merceline Dahl-Regis
The Bahamas

**PAHO Champion of Health Recognition/
Reconocimiento al Campeón de la Salud
de la OPS**

Sesame Workshop/Plaza Sésamo
Mr. Lauren Ostrow
Ms. Marie-Cecile Girard
Mr. Daniel Labin
Ms. Ginger Brown
Mr. Javier Williams
Dr. Charlotte Cole
Ms. Gema Jara

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health 2009/
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en
la Salud Interamericana 2009**

Dr. Eduardo A. Pretell Zárate
Perú

**Clarence H. Moore Award for Voluntary
Service/
Premio Clarence H. Moore al servicio
voluntario**

Ms. Marcela Romero
Redlactrans (Red de America Latina y el
Caribe de Personas Transgénero)
Argentina

**Fred L. Soper Award for Excellence in
Health Literature/
Premio Fred L. Soper a la Excelencia**

Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges
México

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

Dr. Ilane Hernández Morales
México

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

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

Sra. Inés Bustillos

**United Nations Development Programme/
Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo**

Mr. Bernardo Kliksberg

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

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

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

Ambassador Albert Ramdin

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

Mr. David Hatch
Ms. Priscila Henríquez

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

Mr. Hector Salazar-Sanchez
Ms. Meri Hellerante

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Sr. Oscar Feo

**The Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria/
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA,
la Tuberculosis y la Malaria**

Dr. Anthony Seddoh
Ms. Anne Bwomezi

**The World Bank/
Banco Mundial**

Dr. Amparo Gordillo Tobar
Dr. Fernando Lavadenz

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

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

Ms. Lily Schuermann

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

Sr. Rodrigo Restrepo

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

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

Dr. Rubén Abete

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

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

Ms. Marcela Gaitán

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/
Federación Panamericana de
Profesionales de Enfermería**

Lic. Neris Gonzáles

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

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

Mr. Michael Splaine

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

Ms. Knakita Keyana Clayton-Johnson
Ms. Christa Preuss
Ms. Jessica Valeria Tang Herrera

**Doctors without Borders/
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves

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

Dr. J. Burrow
Dr. Eduardo Pretell
Mr. D. P. Haxton

**International Alliance of Patients'
Organizations/
Alianza Internacional de Organizaciones
de Pacientes**

Mr. Myrl Weinberg

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

Dr. Christopher Fox

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

Ms. Susan Crowley
Mr. Richard Kjeldgaard
Ms. Cory Jacobs

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

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

Mr. Leo Farber
Ms. Jackie Keith
Ms. Maria Claudia García
Mr. Normand Laberge
Ms. Edyta Malinowski

**International League Against Epilepsy/
Liga Internacional contra la Epilepsia**

Dr. Theodore William

**International Pediatric Association
Asociación Pediátrica Internacional**

Prof. Sergio Cabral
Prof. William Keenan

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

Ms. Jackie Keith
Ms. Mardi Mountford
Ms. Andrea Durkin

**World Self-Medication Industry/
Industria Mundial de la Automedicación
Responsable**

Lic. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Ms. Sara Ferrer Olivella
UN/Spain Millennium Development Goal
Achievement Fund

Mr. Pedro Medrano
Regional Director for America and
the Caribbean World Food Program

Dr. Ricardo Uauy
President of the International Union
of Nutritional Sciences

Dr. Joy Phumaphi
Vice President, Human Development
Network, World Bank

Ms. Carmen María Gallardo Hernández
Vice President, UN Economic and Social
Council

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES (cont.)**

Mr. David Oot
Associate Vice President, Department of
Health and Nutrition
International program Leadership Division
Save the Children

Dr. Claude de Ville de Goyet
Consultant

Ms. Myriam Urzúa
Economic Commission for Latin America
and the Caribbean

Lic. Laura Gurza
General Coordinator
Civil Protection System
Mexico

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

Dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Ms. Daisy Mafubelu
Advisor to the Director-General/FCH

Dr. Manuel Dayrit
Director, HSS/HRH

Dr. Timothy Evans
Assistant Director-General/IER/IEA

Dr. Lorenzo Savioli
Director HTM/NTD

Dr. Jorge Bermudez
Executive Secretary UNITAID

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

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

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

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

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

Dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations,
Resource Mobilization and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas,
Movilización de Recursos y Asociaciones

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica