



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
64.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

CSP28/FR (Esp.)
21 de septiembre del 2012
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	7
Asuntos relativos al Reglamento	
Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	7
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.....	8
Establecimiento de la Comisión General.....	8
Adopción del orden del día.....	8
Asuntos relativos a la Constitución	
Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	8
Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	9
a) Informe quinquenal 2008-2012 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	9
b) Salud en las Américas.....	10
Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.....	11
Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de).....	13
Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de Funciones al Comité Ejecutivo	13
Solicitud del Reino de los Países Bajos de que se admita a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud.....	14
Asuntos relativos a la política de los programas	
Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas.....	14
Política del Presupuesto de la OPS	16
Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2010- 2011/Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008- 2012	19
Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	21
Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez.....	25

CONTENIDO *(cont.)*

Página

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

Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud	27
Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones.....	28
Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres	30
Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud.....	32
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).....	34
Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.....	34
Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad.....	36
Consulta regional sobre el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación	38

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	41
Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011.....	42
Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	43
Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	43
Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010.....	43
Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	44

Selección de los Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana	44
Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	45

Premios

Premio OPS en Administración (2012)	45
Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Interamericana 2012.....	45

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Premios (cont.)	
Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética 2012.....	46
Otros premios.....	46
Asuntos de información general	
Actualización sobre la reforma de la OMS: Consulta regional sobre el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Anteproyecto del Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015.....	47
Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS.....	52
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	54
A. Determinantes sociales de la salud.....	54
B. Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género.....	55
C. Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de período.....	55
D. Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período.....	56
E. Situación actual del dengue.....	57
F. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.....	58
G. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015....	60
H. Estado de los centros panamericanos.....	61
Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros: Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP.....	62
Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS.....	62
Otros asuntos.....	63
Clausura de la sesión	63
Resoluciones y decisiones	63
Resoluciones	
CSP28.R1 Admisión de Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud	64
CSP28.R2 Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones.....	65

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluciones (cont.)	
CSP28.R3 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).....	68
CSP28.R4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de).....	70
CSP28.R5 Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	70
CSP28.R6 Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo	71
CSP28.R7 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.....	72
CSP28.R8 Directora Emérita de la Oficina Sanitaria Panamericana	73
CSP28.R9 Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud	74
CSP28.R10 Política del presupuesto de la OPS	77
CSP28.R11 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	79
CSP28.R12 Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	80
CSP28.R13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	80
CSP28.R14 Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas	84
CSP28.R15 Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad.....	88
CSP28.R16 Uso del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010.....	89
CSP28.R17 Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	90
CSP28.R18 Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud.....	91
CSP28.R19 Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres	93
CSP28.R20 Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez	96

CONTENIDO (*cont.*)

Página

Decisiones

CSP28(D1)	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	99
CSP28(D2)	Establecimiento de la Mesa Directiva.....	99
CSP28(D3)	Establecimiento de la Comisión General.....	99
CSP28(D4)	Adopción del orden del día.....	100
CSP28(D5)	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana.....	100

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^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 17 al 21 de septiembre del 2012.
2. El doctor Luis Castillo (Chile, Presidente saliente) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. La doctora Mirta Roses (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]) también dio la bienvenida a los presentes. Además pronunciaron palabras de apertura el Excmo. Sr. Howard Koh (Subsecretario de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América, país anfitrión de la Conferencia), el señor José Miguel Insulza (Secretario General de la Organización de los Estados Americanos) y la doctora Margaret Chan (Directora General, Organización Mundial de la Salud). El texto de los respectivos discursos se puede encontrar en el sitio web de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.¹

Asuntos relativos al Reglamento

Nombramiento de la Comisión de Credenciales

3. De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Antigua y Barbuda, Colombia y Puerto Rico para integrar la Comisión de Credenciales (decisión CSP28[D1]).

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno, la Conferencia eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva (decisión CSP28[D2]):

<i>Presidencia:</i>	Granada	(Exma. Sra. Ann Peters)
<i>Vicepresidencia:</i>	Argentina	(Dr. Eduardo Bustos Villar)
<i>Vicepresidencia:</i>	Guatemala	(Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez)
<i>Relatoría:</i>	México	(Exmo. Sr. Salomón Chertorivsky Woldenberg)

¹ Los discursos de la sesión de apertura de la Conferencia pueden encontrarse en la siguiente página web:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es.

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

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

6. Se informó a la Conferencia que no sería necesario establecer un grupo de trabajo dado que ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (véase el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas*, párrafos 140 a 144 del presente documento).

Establecimiento de la Comisión General

7. De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a las Bahamas, Cuba y los Estados Unidos de América para integrar la Comisión General (decisión CSP28[D3]).

Adopción del orden del día (documento CSP28/1, Rev. 3)

8. La Conferencia adoptó sin cambios el orden del día provisional contenido en el documento CSP28/1, Rev. 2 (decisión CSP28[D4]). Hacia el final de la semana se publicó una versión modificada del orden del día como revisión 3 a fin de incorporar algunos cambios menores acordados por los Estados Miembros. La Conferencia además adoptó un programa de reuniones (documento CSP28/WP/1, Rev.2).

Asuntos relativos a la Constitución

Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo (documento CSP28/2)

9. La doctora Miriam Morales (República Bolivariana de Venezuela, 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 2011 y septiembre del 2012, señaló especialmente a la atención aquellos temas que habían sido examinados por el Comité pero que no se habían sometido a la consideración de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y explicó que informaría sobre los demás temas a medida que fueran abordados por la Conferencia. Los temas que no se habían sometido a la consideración de la Conferencia eran los informes anuales de la Oficina de Ética, de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, y del Comité de Auditoría; una actualización sobre la situación de los proyectos aprobados por el 48.^o Consejo Directivo financiados a partir de la Cuenta Especial, incluido el proyecto para la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP; modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP; y la solicitud de ocho organizaciones no gubernamentales de admisión o renovación de su condición de organizaciones que

mantiene relaciones oficiales con la OPS. Se puede encontrar información detallada al respecto en el *Informe del Presidente del Comité Ejecutivo* (documento CSP28/2).

10. La Conferencia agradeció la labor de los Miembros del Comité y tomó nota del informe.

Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana

a) Informe quinquenal 2008-2012 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial 343)

11. La Directora presentó su informe quinquenal,² cuyo tema central fue “110 años de progreso panamericano en salud”. En el informe se pusieron de relieve los logros alcanzados a fin de mejorar la salud en los cinco años anteriores y se describió el proceso de transformación y desarrollo institucional emprendido para garantizar que la OPS pudiese consolidar su liderazgo en el ámbito de la salud pública regional en el siglo XXI. La Directora señaló que el concepto de la salud como un derecho básico humano estaba ahora consagrado en las agendas políticas de casi todos los países de la Región. Varios Estados habían puesto en marcha nuevos marcos jurídicos para los servicios públicos de atención de salud, reglamentos sanitarios y la ampliación de la cobertura de la atención de salud. Como resultado, millones de personas habían obtenido acceso por primera vez a la cobertura sanitaria. La Semana de Vacunación en las Américas había beneficiado directamente a más de 400 millones de hombres, mujeres y niños durante sus 10 años de historia y representaba un enorme esfuerzo a favor de la igualdad en el acceso a la atención de salud. La decisión de la Asamblea Mundial de la Salud de poner en marcha la Semana Mundial de la Inmunización ampliaría el acceso a la vacunación a las personas de todo el mundo.

12. Sin embargo, a pesar de los éxitos logrados, aun subsistían muchos retos. La Región estaba retrasada con respecto al Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mortalidad materna y había graves disparidades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la atención calificada del parto y la anticoncepción. Estas disparidades se relacionaban con los determinantes sociales y culturales, incluida la discriminación. Era necesario brindar una atención continua a la salud de la madre, el recién nacido y el niño, haciendo hincapié en las mujeres desfavorecidas. También era necesario corregir las causas subyacentes de las desigualdades en los resultados en materia de salud y de asegurar que se prestase una atención continua a los determinantes sociales y ambientales de la salud como el acceso al agua potable y el saneamiento, la vivienda y la exposición a la contaminación del aire, a la radiación, a los plaguicidas y a otros contaminantes químicos.

² El texto completo de los comentarios de la Directora puede encontrarse en el documento CSP28/DIV/7 en el sitio web de la Conferencia.

13. La doctora Roses concluyó su presentación expresando su gratitud a los Estados Miembros y al personal que la había apoyado durante sus años como Directora, y afirmando que creía que la Organización Panamericana de la Salud —esta joven de 110 años renovada y fortalecida— seguiría iluminando el camino para llegar a la meta común de lograr la salud para todos.

14. Los Estados Miembros recibieron con sumo agrado los muchos logros destacados en el informe y elogiaron a la Directora por su liderazgo, felicitándola en especial por sus esfuerzos para fomentar la solidaridad y la equidad en los países de la Región, para que se brinde una mayor atención a los determinantes sociales de la salud, para colocar a las enfermedades no transmisibles en un lugar destacado en el programa mundial de acción, y para fortalecer los sistemas de salud y promover el acceso universal a una atención de buena calidad. La Semana de Vacunación en las Américas se destacó como un logro emblemático del mandato de la Directora. Los Estados Miembros respaldaron la visión para el futuro descrita en el capítulo IV del informe y subrayaron la necesidad de preservar los beneficios obtenidos en los 10 años anteriores y de seguir esforzándose para superar las desigualdades y garantizar la salud y el bienestar para todas las personas de la Región.

15. La doctora Margaret Chan (Directora General, OMS) elogió la destacada y extensa trayectoria de la doctora Roses al servicio de la Región de las Américas y de toda la OMS, y manifestó la esperanza de que seguiría contribuyendo a la salud mundial.

16. La doctora Roses agradeció a los Estados Miembros sus manifestaciones de aprecio y apoyo. Observando que cumplía 40 años de labor en el campo de la salud pública, afirmó que había aprendido mucho de sus colegas en esta esfera acerca de la ética y el verdadero significado del servicio público.

b) *Salud en las Américas* (documento CSP28/27 y publicación científica y técnica 636)

17. La Directora presentó la edición de *Salud en las Américas* correspondiente al año 2012 y señaló que la versión impresa que se había distribuido en la Conferencia era un resumen y que la versión completa se publicaría de manera electrónica. En esta obra se proporcionaba un panorama de la situación sanitaria de la Región en su totalidad y de cada país en particular con respecto a la salud y el desarrollo humano, algunas enfermedades específicas y sus factores de riesgo, la salud ambiental y el desarrollo de los sistemas de salud. También se examinaba el avance de la Región hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y en las áreas establecidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Al mismo tiempo, se ponían de relieve las desigualdades que aún persistían en materia de salud. La Directora hizo hincapié en que reducir y eliminar esas inequidades requeriría abordar sus causas estructurales y los determinantes sociales.

18. La Directora señaló algunas de las estadísticas sobre población, esperanza de vida, morbilidad y mortalidad, enfermedades y riesgos para la salud, recursos de salud y otras áreas cubiertas en el informe, observando, por ejemplo, que la Región seguía experimentando gran crecimiento demográfico y envejecimiento de la población, al igual que una mayor urbanización y un aumento preocupante del sobrepeso y la obesidad, especialmente en los niños. A pesar de que se había logrado cierto avance en cuanto a la pobreza, América Latina y el Caribe seguían siendo la región más desigual del mundo en relación con la distribución del ingreso y subsistían las disparidades en los resultados en materia de salud y los indicadores sociales. Subrayó que la OPS debía seguir trabajando codo con codo con los gobiernos y los pueblos de la Región de las Américas para lograr un futuro más equitativo y sostenible para la generación actual y las futuras.

19. En el debate que siguió a la presentación de la Directora, los Estados Miembros recibieron con agrado la edición más reciente de *Salud en las Américas* y subrayaron su utilidad como fuente integral de información sobre las condiciones sanitarias en la Región. Se solicitó a Oficina que estableciera un mecanismo mediante el cual los Estados Miembros pudieran formular recomendaciones sobre la elaboración de ediciones futuras, incluida la selección del tema y el proceso para compilar el informe.

20. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP), observando que todos los capítulos sobre los países de *Salud en las Américas 2012* se habían elaborado en colaboración con los Estados Miembros, dijo que la Oficina planeaba establecer un proceso interactivo para la actualización tanto del volumen regional como del volumen dedicado a los países de este informe. Anunció que la versión completa de los dos volúmenes podría consultarse en un portal especial en la web³ a partir de octubre.

21. La Conferencia agradeció a la Directora su presentación y sus años de servicio a la Organización, y tomó nota de los informes.

Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (documento CSP28/3)

22. El doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP; Secretario Técnico) leyó en voz alta las normas que regían el proceso de elección y comunicó que de las cinco candidaturas originales, las de la doctora María Julia Muñoz Melo (Uruguay) y del doctor Oscar Raúl Ugarte Ubilluz (Perú) habían sido retiradas por sus respectivos Gobiernos.

³ La dirección electrónica del portal de *Salud en las Américas* es: <http://new.paho.org/saludenlasamericas/>.

23. Se realizaron dos rondas de votación secreta. El Exmo. Sr. Van Hugh Cornelius del Traquino (San Martín) y la doctora Concepción Quiñones de Longo (Puerto Rico) actuaron como escrutadores. Dado que 38 Estados Miembros estaban presentes y en condiciones de votar, se necesitaban 20 votos para obtener la mayoría. En la primera ronda, se emitieron 38 votos y no hubo ningún voto en blanco o inválido. La doctora Caroline J. Chang Campos (Ecuador) recibió 4 votos; la doctora Carissa F. Etienne (Dominica), 18; y la doctora Socorro Gross-Galiano (Costa Rica), 16.

24. En la segunda ronda de votación se emitieron 38 votos y no hubo ningún voto en blanco o inválido. La doctora Caroline J. Chang Campos (Ecuador) recibió 1 voto; la doctora Carissa F. Etienne (Dominica), 20; y la doctora Socorro Gross-Galiano (Costa Rica), 17.

25. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R7 por la cual se declaró a la doctora Etienne elegida como Directora y se presentó su nombre al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para su nombramiento como Directora Regional para las Américas.

26. La doctora Etienne agradeció a los delegados por la confianza que habían depositado en ella al elegirla para dirigir a la Organización Panamericana de la Salud, institución que había desempeñado un papel fundamental en el desarrollo sanitario de la Región y que seguía estando en una posición única para catalizar el progreso en materia de salud pública en la Región de las Américas y en el mundo.⁴

27. Muchos delegados felicitaron a la doctora Etienne por haber sido elegida y expresaron el apoyo de sus países a su mandato. La Delegada de Costa Rica agradeció a todos los Estados Miembros que habían apoyado a la candidata de su país, la doctora Socorro Gross, y manifestó a la doctora Etienne que podía contar con el apoyo de su Gobierno.

28. El Delegado de Dominica recibió con beneplácito el proceso transparente y democrático que había llevado a la elección de la doctora Etienne. Señaló que la experiencia de la doctora Etienne como Subdirectora General de la OMS hacía que estuviera una posición ideal para garantizar la contribución de la OPS al proceso de reforma de la OMS. También acogió con satisfacción su compromiso de ampliar los beneficios de la salud a los pobres y menos privilegiados.

29. Muchos delegados también rindieron homenaje a la labor de la doctora Roses. A sugerencia del Delegado de las Bahamas, la Conferencia aprobó la resolución CSP28.R8 por la cual se designó a la doctora Roses como Directora Emérita de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir de la fecha de su jubilación.

⁴ El texto completo del discurso de aceptación de la doctora Etienne figura en el documento CSP28/DIV/13 que se puede consultar en el sitio web de la Conferencia.

Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de) (documento CSP28/4)

30. La Conferencia eligió a Canadá, Jamaica y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo en reemplazo de la República Bolivariana de Venezuela, Colombia y San Vicente y las Granadinas, cuyos mandatos habían llegado a su fin.

31. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R4 en virtud de la cual se declaró elegidos a Canadá, Jamaica y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años, y se agradeció a la República Bolivariana de Venezuela, Colombia y San Vicente y las Granadinas los servicios prestados.

Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de Funciones al Comité Ejecutivo (documento CSP28/5)

32. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había manifestado su apoyo a una propuesta de simplificación del trabajo de los Cuerpos Directivos y que, a tal fin, había recomendado que la Conferencia Sanitaria Panamericana delegara en el Comité la responsabilidad con respecto a varios asuntos: los informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital, el sueldo del Director y las actualizaciones sobre el Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP. También se había recomendado que la Conferencia solicitara al Comité que remitiese los informes de progreso sobre asuntos técnicos o administrativos a la Conferencia o al Consejo Directivo solo cuando lo considerase necesario.

33. En el debate posterior, los Estados Miembros manifestaron su apoyo a la propuesta de delegar al Comité Ejecutivo la responsabilidad sobre temas relativamente rutinarios y de que luego el Comité simplemente informase sobre esos temas en lugar de remitirlos para la consideración de la Conferencia o el Consejo Directivo. Se consideró que la propuesta simplificaría el trabajo de la Conferencia y el Consejo, y les permitiría analizar con mayor profundidad los asuntos sustantivos relativos a la salud. Se alentó a la Oficina a que continuara buscando otras maneras de hacer más eficiente el trabajo de los Cuerpos Directivos y, además, a que siguiera de cerca la reforma de la gobernanza que estaba teniendo lugar en la OMS a fin de encontrar maneras de interactuar más eficazmente con la OMS.

34. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R6 en la que se respaldó la propuesta de simplificación del trabajo de los Cuerpos Directivos y se delegó formalmente en el Comité Ejecutivo la responsabilidad de determinar el sueldo del Director.

Solicitud del Reino de los Países Bajos de que se admita a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud (documento CSP28/28)

35. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) informó a la Conferencia que en agosto del 2012 la Oficina había recibido una carta del Gobierno del Reino de los Países Bajos solicitando que se admitiese a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la OPS dado que, tras la una reforma constitucional que había tenido lugar en el Reino de los Países Bajos en octubre del 2010, eran todos países autónomos dentro del Reino. Por consiguiente, se solicitó a la Conferencia que considerase un proyecto de resolución (que figuraba como anexo al documento CSP28/28) en el que se proponía incorporar a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la OPS y establecer sus respectivas contribuciones señaladas.

36. Se realizó una votación a mano alzada y se aprobó el proyecto como la resolución CSP28.R1. Los Delegados de Aruba, Curaçao y San Martín, tras colocar las banderas de sus respectivos países junto a las de los demás Miembros de la OPS, expresaron su gratitud a la Conferencia por haber concedido a sus países el honor de pasar a ser Miembros Asociados de la Organización y afirmaron su compromiso con la mejora de la salud de sus propios pueblos y el logro de los objetivos colectivos en materia de salud de la Región.

37. El Delegado de Puerto Rico, dando la bienvenida a los tres nuevos Miembros Asociados, recordó que Puerto Rico había sido admitido como Miembro Asociado 20 años antes y manifestó a su vez gratitud por el apoyo y la orientación que su país había recibido de la Organización desde entonces.

38. El Delegado de la Argentina manifestó que la decisión de admitir a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados no podía extrapolarse a otros territorios no autónomos en la Región.

Asuntos relativos a la política de los programas

Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (documento CSP28/6)

39. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó acerca de la consideración dada por el Comité a una versión anterior del informe sobre la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (véase el documento CE150/FR, párrafos 39 a 45) y explicó que el Comité había recibido una actualización sobre el proceso de evaluación que estaba siendo conducido en ese momento por un grupo de trabajo integrado por los países y dirigido por la Argentina. El Comité había subrayado la importancia de que todos los Estados Miembros participasen

en la encuesta de evaluación y había señalado que el proceso de evaluación de mitad de período brindaría una oportunidad de establecer metas o puntos de referencia con respecto a las ocho áreas de acción de la Agenda, lo que facilitaría la medición del avance y la evaluación final.

40. El señor Sebastián Tobar (Argentina, Presidente del Grupo de Trabajo de los Países) presentó el informe preliminar sobre la evaluación de mitad de período (que figuraba en el documento CSP28/6) y resumió los principales resultados, conclusiones y recomendaciones. En particular destacó que los países habían hecho un buen uso de la Agenda para guiar la formulación de planes, políticas y estrategias, y que se había logrado un importante avance en todas las áreas de acción de la Agenda, aunque el progreso había sido menor que el previsto con respecto a algunos indicadores como la mortalidad materna, el dengue y algunas otras enfermedades, y con respecto al nivel del gasto destinado a la salud. En la evaluación se había determinado que se había hecho un uso razonable de la Agenda para la programación y la formulación de políticas a nivel subregional, pero que su uso por parte de las organizaciones internacionales había sido limitado.

41. Una de las principales recomendaciones de la evaluación de mitad de período era que se debía dar una mayor difusión a la Agenda y realizar un mayor esfuerzo para abogar por su uso. El Grupo de Trabajo de los Países creía que la Oficina debía desempeñar un papel clave en ese sentido. Se recomendó que los resultados de la evaluación de mitad de período sirviesen como punto de comparación para la evaluación final de la Agenda y como contribución a la formulación del próximo Programa General de Trabajo de la OMS y el Plan Estratégico de la OPS. Se invitó a los países a que presentaran observaciones y recomendaciones adicionales sobre la Agenda y la evaluación de mitad de período al Ministerio de Salud de la Argentina, que se encargaría de incorporarlos en la versión final del informe de la evaluación de mitad de período, que se publicaría en diciembre del 2012.

42. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP) describió los resultados de la evaluación interna realizada por la Oficina sobre su contribución a la ejecución de la Agenda, que se habían resumido en el anexo B del documento CSP28/6 (el informe completo estaba a disposición de los Estados Miembros previa solicitud). El resultado principal era que la Oficina había incorporado todas las áreas de acción de la Agenda en la planificación estratégica y el proceso de gestión basada en resultados. Las áreas de acción también se habían incorporado en las actividades de cooperación técnica por medio de los planes de trabajo bienales y las estrategias de cooperación en los países. El informe incluía varias recomendaciones para fortalecer aun más la contribución de la Oficina a la aplicación de la Agenda.

43. La Conferencia expresó satisfacción por los resultados de la evaluación de mitad de período y agradeció a la Argentina por haber dirigido la porción del proceso de evaluación a cargo de los países. Los Estados Miembros se manifestaron complacidos por el hecho de que se había usado la Agenda en la formulación de planes de salud a nivel nacional, pero expresaron inquietud por su uso relativamente limitado a nivel subregional y en las organizaciones internacionales, y respaldaron la recomendación de que la Oficina debía esforzarse en fortalecer la difusión de la Agenda. También se consideró importante procurar que las medidas adoptadas para poner en práctica las recomendaciones concordasen con el trabajo que se estaba emprendiendo para elaborar el plan estratégico de la OPS correspondiente al período 2014-2019, y que los resultados de la evaluación contribuyesen a la elaboración del próximo programa general de trabajo de la OMS y su presupuesto bienal por programas para el 2014-2015.

44. El señor Tobar dijo que el Grupo de Trabajo de los Países también había manifestado inquietud por el uso limitado de la Agenda por parte de los grupos subregionales y las organizaciones internacionales. En el caso de estas últimas, la evaluación había indicado que a veces se habían aprovechado ciertos aspectos de la Agenda, aunque no el documento en su totalidad. Era necesario abogar más en ese sentido a fin de promover la armonización del trabajo de esas organizaciones con la Agenda, que había sido establecida por los gobiernos de la Región de las Américas como el instrumento prioritario para orientar el trabajo relativo a la salud en la Región.

45. El señor O'Regan señaló que, como la Oficina había tenido mucho éxito al incorporar las áreas de acción de la Agenda en su trabajo, estaba en buena posición para abogar por su uso por parte de otras organizaciones internacionales. Los Estados Miembros serían mantenidos al tanto acerca de las medidas adoptadas por la Oficina para poner en práctica las recomendaciones de la evaluación mediante informes anuales de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación.

46. La Conferencia tomó nota del informe.

Política del Presupuesto de la OPS (documento CSP28/7)

47. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había expresado firme apoyo a la política del presupuesto y, en particular, había recibido con satisfacción el enfoque justo y flexible de la política, la incorporación del coeficiente de Gini y el reconocimiento de la necesidad de asegurar que las asignaciones a nivel de país fueran suficientes para mantener la presencia de la OPS en cada país. El Comité había aprobado la resolución CE150.R12 en la que recomendaba que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobase la nueva política (para mayores detalles acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema, véase el documento CE150/FR, párrafos 46 a 54).

48. El señor Román Sotela (Asesor Principal, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) describió la política propuesta y señaló que en ella se mantenían los principios fundamentales de la política actual y se tenían en cuenta las recomendaciones que habían surgido de la evaluación de la política actual realizada por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS. Se habían hecho ajustes para que la nueva política fuera más justa, transparente y equitativa, y para hacerla más operativa y realista. Además de los tres niveles funcionales incluidos en la política actual —regional, subregional y país— la nueva política tendría un nivel entre países que comprendería la cooperación a nivel de país que estaba dirigida a más de un país, un ejemplo de lo cual sería la cooperación prestada por los centros panamericanos. La nueva política permitiría mayor flexibilidad en las asignaciones entre los niveles funcionales para dar cabida a las necesidades y las circunstancias cambiantes. El objetivo integral de la política sería mejorar los resultados en los países.

49. Uno de los principales cambios propuestos en la nueva política tenía que ver con el componente mínimo de la asignación a los países. En la política actual la asignación mínima había resultado insuficiente en algunos casos para mantener la presencia mínima de la OPS necesaria para planificar y prestar la cooperación técnica. La nueva asignación mínima garantizaría que hubiera financiamiento suficiente a fin de cubrir las necesidades básicas de dotación de personal, más \$500.000⁵ por bienio para las operaciones básicas. Además, la nueva política incluiría un componente orientado a la consecución de resultados, por el cual hasta 5% de la asignación total a nivel de país podría reorientarse para prestar apoyo adicional donde fuera necesario a fin de permitir que los Estados Miembros pudieran lograr las metas y los resultados establecidos en el Plan Estratégico. En el documento CSP28/7 se podían encontrar más detalles acerca de los métodos estadísticos propuestos para asignar los recursos del presupuesto de la OPS entre los países, al igual que algunos ejemplos de los resultados de aplicar el modelo estadístico propuesto.

50. La Conferencia recibió con beneplácito la nueva política propuesta y manifestó su agradecimiento al grupo de trabajo que había ayudado en su formulación, en particular por los esfuerzos para asegurar un método que fuera justo, transparente y equitativo al asignar los recursos de la OPS. El reconocimiento en la política de los distintos niveles de necesidades de los países y la incorporación del coeficiente de Gini se recibieron con agrado, al igual que la mayor asignación mínima y la garantía del financiamiento suficiente para mantener una presencia mínima de la OPS en los países. Se elogió la incorporación de una mayor flexibilidad en la política para permitir a los países abordar las necesidades y los entornos cambiantes. Se sugirió, sin embargo, que debía darse mayor consideración a la repercusión que podrían tener en los países las condiciones económicas mundiales, especialmente en aquellos en una situación de mayor

⁵ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

vulnerabilidad, y en su necesidad de apoyo. Se destacó la importancia de la cooperación técnica entre países, especialmente la cooperación Sur-Sur, y se señaló que dicha cooperación podría tener un efecto multiplicador que mejorase la repercusión de los recursos de la OPS.

51. Una delegada opinó que la política podría percibirse quizá como una manera de castigar a los países que habían realizado un esfuerzo para mejorar el estado de salud de su población y que en ella no se tenía en cuenta el hecho de que los países que habían logrado beneficios de salud con el financiamiento de donantes podrían necesitar apoyo constante para mantener esos logros después de que se terminase dicho financiamiento. Varios delegados expresaron gran inquietud por una de las disposiciones en el proyecto de resolución de este punto (que figuraba en el documento CSP28/7) que establecería que la asignación básica de un país podría reducirse hasta tanto como 50% de su asignación actual en el Programa y Presupuesto 2012-2013. Se señaló que la política en sí no contenía una disposición en ese sentido ni análisis alguno de las implicaciones de tal reducción para los países en situación de vulnerabilidad. También se señaló que algunos países habían sufrido una reducción de 40% de su asignación con la política actual, lo que había dificultado que algunos de sus programas siguiesen funcionando, mientras que otros países habían recibido grandes aumentos que habían excedido su capacidad de absorción. Se pidió a la Oficina que aclarara cómo se había determinado la límite de 50% en las reducciones, cómo se distribuirían los recortes presupuestarios y durante cuánto tiempo seguirían vigentes estas reducciones. También se solicitó que se exploraran otras posibilidades en las que las reducciones máximas fueran menores.

52. Se sugirió que, además de evaluar la política tras los dos primeros bienios de aplicación, la Oficina debía presentar una evaluación provisional de la ejecución de esta política después del primer bienio, en la que se hiciera énfasis en los retos y los buenos resultados que podrían mejorarla aun más.

53. El señor Sotela explicó que el grupo de trabajo había decidido aumentar la reducción máxima posible de las asignaciones de los países de 40%, el límite en la política actual, a 50% porque, a diferencia de la política actual, la nueva política incluía una provisión que aseguraba que ninguna asignación se redujese debajo del nivel necesario para mantener una presencia mínima de la OPS en el país. Por otro lado, cualquier reducción se introduciría gradualmente a lo largo de dos bienios. Garantizó a la Conferencia que se habían tenido plenamente en cuenta las repercusiones de una posible reducción de 50% y alentó a los Estados Miembros a que no vieran ninguna reducción de manera aislada sino como parte de un proceso continuo que había comenzado con la ejecución de la política actual en el 2005. De acuerdo con la nueva política, los países que experimentarían las mayores reducciones serían los países que se habían beneficiado más con la política actual. Por ejemplo, con la nueva política la asignación de un país descendería 41%, pero con la política actual ese mismo país había recibido un aumento

de su asignación de más de 300% y, por lo tanto, su asignación sería todavía más de 200% mayor que en el 2005, a pesar de la reducción.

54. El funcionario explicó que creía que el componente orientado a la consecución de resultados de 5%, combinado con la porción variable de 5% de la asignación de país, proporcionaría suficiente flexibilidad para permitir que los países hicieran frente a las necesidades cambiantes e imprevistas. Aceptó la sugerencia de una evaluación provisional de la política después del primer bienio, puesto que dicha evaluación indicaría cualquier dificultad que pudiera haber surgido al igual que los efectos positivos de la ejecución de la política.

55. La Directora observó que la OPS había sido pionera entre las organizaciones internacionales en la ejecución de una política presupuestaria y que, al adoptar dicha política, los Estados Miembros habían demostrado gran generosidad y solidaridad y una verdadera preocupación por que la distribución de los recursos fuese equitativa. Era importante tener presente que la OPS no era una institución financiera y que los recursos que podía aportar a nivel de país en general representaban solo una fracción diminuta del monto que los gobiernos necesitaban para financiar sus programas nacionales. Era también importante considerar que la política del presupuesto se aplicaba solo a los recursos del presupuesto ordinario, que constituían un poco menos de la mitad de los recursos totales de la Organización. Esos fondos eran complementados por otros recursos, incluido un volumen cada vez mayor de contribuciones voluntarias no destinadas a un fin específico, que podían asignarse flexiblemente donde fuese necesario. Según se había señalado, la cooperación técnica entre países —que seguiría recibiendo apoyo bajo la nueva política— era otra fuente de apoyo.

56. Tras oír las explicaciones de la Directora y del señor Sotela, la Conferencia aprobó la resolución CSP28.R10 mediante la cual se avaló la nueva Política del Presupuesto de la OPS y se solicitó a la Directora, entre otras cosas, que presentase al Consejo Directivo una evaluación provisional de la política al concluir el primer bienio de su ejecución. La Conferencia, observando que el señor Sotela se jubilaría pronto, agradeció su trabajo en la política del presupuesto y sus años de servicio a la Organización.

Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011/Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (documento CSP28/8)

57. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había examinado una versión preliminar del informe sobre la evaluación de fin de bienio y segundo informe sobre los progresos realizados, y había señalado que los resultados serían útiles no solo como insumo para el trabajo futuro, sino también como una herramienta de gestión basada en los resultados. Se había solicitado

aclaración con respecto a algunas discrepancias evidentes entre los resultados logrados y los niveles recibidos de financiamiento y acerca de las enseñanzas extraídas de esos resultados (para mayores detalles acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema, véase el documento CE150/FR, párrafos 55 a 64).

58. En el debate tras el informe de la doctora Morales, los Estados Miembros recibieron con beneplácito la estrecha correlación entre las tasas de ejecución presupuestaria y programática y el logro de los resultados previstos a nivel regional establecidos en el Plan Estratégico. También se acogieron con agrado las mejoras notificadas con respecto a la mortalidad infantil, la salud materna, las enfermedades tropicales desatendidas, la malaria, la infección por el VIH/sida y otras áreas. Sin embargo, se manifestó inquietud acerca de la falta relativa de progreso para lograr las capacidades básicas de respuesta y vigilancia necesarias según el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (véanse también los párrafos 224 a 229 más abajo). Se indicó que la Oficina debería coordinar un análisis pormenorizado para determinar cuáles de los requisitos sobre las capacidades básicas planteaban el mayor reto para los Estados Miembros, cuál debería ejecutarse de manera más urgente y cuál debería modificarse o reemplazarse quizá a la larga porque los países no podían cumplirlo. Se instó a la Oficina a que siguiera prestando apoyo a los Estados Miembros y fomentando la cooperación técnica y el intercambio de las mejores prácticas entre los países.

59. Se señaló que en la evaluación y el informe de avance habían surgido varias enseñanzas importantes, incluida la necesidad de contar con datos iniciales de buena calidad para que la planificación y determinación de los costos fuera realista. También se señaló que el volumen cada vez mayor de contribuciones voluntarias nacionales creaba ciertos retos de gestión y traía aparejadas responsabilidades financieras, programáticas, de rendición de cuentas y de transparencia de la Oficina, a la que siempre se le solicitaba que hiciese una distinción clara en la presentación de los datos financieros entre las contribuciones voluntarias nacionales y otras contribuciones voluntarias. Se solicitó aclaración con respecto a los aspectos fundamentales que debían abordarse (mencionados en el párrafo 10 del documento CSP28/8) antes de que la gestión basada en los resultados pudiera implantarse plenamente en toda la Organización.

60. El señor Diego Victoria (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto y Desarrollo Institucional, OSP), en respuesta a esta última pregunta, explicó que era necesario, por ejemplo, encontrar mejores maneras de determinar las repercusiones y evaluar los programas a nivel de país, al igual que de asegurar la disponibilidad de información más exacta y concreta. Garantizó a la Conferencia que la Oficina seguiría trabajando para fortalecer la cooperación técnica entre los países en torno al Reglamento Sanitario Internacional y en otras áreas.

61. La Conferencia tomó nota del informe.

Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documentos CSP28/9, Rev. 1 y CSP28/DIV/1)

62. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó acerca de las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre una versión anterior de la estrategia regional propuesta (véase el documento CE150/FR, párrafos 65 a 71) y observó que el Comité había reconocido los esfuerzos de la Oficina para recibir las opiniones de los Estados Miembros sobre el contenido de la estrategia y el plan de acción, pero había considerado que se necesitaba una consulta mayor a fin de lograr que la estrategia y el plan de acción regionales estuviesen alineados con el marco de vigilancia y el plan de acción mundiales propuestos, así como para incluir los resultados de las consultas mundiales y regionales en curso. En consecuencia, el Comité había solicitado a la Directora celebrar consultas adicionales y presentar una estrategia revisada para ser aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana. También había pedido a la Directora que propusiera un proceso para la elaboración de un plan de acción a ser aprobado por el Consejo Directivo en el 2013.

63. El doctor Douglas Bettcher (Director, Iniciativa “Liberarse del Tabaco” y Director Interino, Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, OMS) presentó un panorama del marco integral de vigilancia mundial elaborado por la Secretaría de la OMS de conformidad con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución A/RES/66/2) y revisado tras las deliberaciones en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2012. Señaló que se había solicitado a cada uno de los comités regionales que sostuviese un debate acerca de los indicadores y las metas del marco de vigilancia. La Secretaría de la OMS compilaría todas las contribuciones recibidas y las presentaría en una consulta formal de los Estados Miembros que se celebraría en Ginebra del 5 al 7 de noviembre del 2012 con el propósito de ultimar el marco de vigilancia, que luego pasaría al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud para continuar con el debate y proceder a su aprobación en el 2013.

64. El marco propuesto incluía los resultados, los factores de riesgo y de exposición y la respuesta de los sistemas de salud, al igual que un conjunto de metas voluntarias mundiales e indicadores conexos, junto con un número reducido de metas trazadoras a lograrse para el 2025, que se habían elegido sobre la base de cinco criterios: alta relevancia epidemiológica y de salud pública, coherencia con las principales estrategias mundiales en materia de salud, disponibilidad de intervenciones factibles y basadas en datos científicos, pruebas de la capacidad de lograrlas a nivel de país, y existencia de instrumentos de recopilación de datos inequívocos y posibilidad de fijar un punto de comparación y hacer el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo. La meta general respaldada por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud fue reducir la muerte prematura por enfermedades no transmisibles en 25% entre el 2010 y el 2025.

65. Otras cuatro metas en relación con la hipertensión, el tabaquismo, el consumo de sal y la inactividad física habían recibido amplio apoyo en las deliberaciones previas sobre el marco, al igual que las metas en relación con la obesidad, el consumo de grasas, el alcohol, el colesterol elevado, las tecnologías y los medicamentos genéricos, y la farmacoterapia y orientación para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, aunque era necesario mejorar las metas relativas a este último punto. El marco de vigilancia, una vez ultimado y aprobado, sentaría las bases para la formulación de un plan de acción mundial sobre las enfermedades no transmisibles que abarcara el período 2013-2020, en el que se actualizaría y aprovecharía el plan de acción para el período 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Una versión preliminar del plan de acción estaría disponible para el debate antes de la consulta de noviembre.

66. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) presentó la propuesta de estrategia regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CSP28/9), que se había revisado tras la consulta regional solicitada por el Comité Ejecutivo. Esa consulta había tenido lugar el 10 de agosto del 2012 y en ella se había analizado tanto la estrategia regional propuesta como el proyecto de marco de vigilancia mundial. Habían participado los representantes de 32 Estados Miembros y varias organizaciones subregionales e intergubernamentales. Las conclusiones de la consulta se resumían en el documento CSP28/DIV/1 y se las había tenido en cuenta en la revisión de la propuesta de estrategia regional. Entre las principales conclusiones, los Estados Miembros habían expresado apoyo a la meta general de 25% de reducción de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles para el 2025 y las metas relativas al tabaquismo, el consumo de sal, la inactividad física y la presión arterial, pero habían recomendado que el marco de vigilancia mundial también incluyese indicadores relativos al desarrollo, la inversión, la equidad en el acceso a medicamentos y servicios de salud, las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes, la acción multisectorial y los determinantes sociales de la salud.

67. La Conferencia acogió con satisfacción las medidas que se estaban tomando tanto en la OMS como en la OPS para abordar la epidemia cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y dar seguimiento a la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas con hechos concretos. Los delegados reafirmaron su apoyo a la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas y a la meta general de una reducción de 25% de las muertes prematuras por las enfermedades no transmisibles para el 2025. Varios delegados señalaron que las enfermedades no transmisibles constituían un problema económico y de desarrollo, además de un problema de salud, y recibieron con agrado la mayor atención que se prestaba en el marco de vigilancia mundial a los determinantes sociales, económicos y ambientales de estas enfermedades. También se apoyaron firmemente las cuatro metas en relación con la presión arterial, el tabaquismo, el consumo de sal y la inactividad física. Algunos

delegados favorecían la inclusión de metas en relación con otros factores de riesgo, en particular la obesidad, la ingesta de grasas y azúcares, y el consumo de alcohol. Otros advirtieron en contra de ampliar la lista de los factores de riesgo a vigilarse, dado que hacerlo podía prolongar el debate y que se lograra un acuerdo en torno al marco. Se manifestó inquietud especialmente sobre la idoneidad de las metas propuestas sobre el nivel de colesterol, la ingesta de grasas y la obesidad, al igual que sobre la capacidad de medirlas y de alcanzarlas. Se hizo hincapié en que las metas debían ser cuantificables, alcanzables y lo suficientemente flexibles para que pudieran adaptarse a los contextos específicos a nivel de país.

68. Se expresó decidido apoyo al enfoque de la totalidad del ciclo de vida en la prevención de las enfermedades no transmisibles. Los delegados subrayaron la necesidad de brindar educación sanitaria y promover modos de vida saludables a partir de la niñez para prevenir los problemas de salud en etapas posteriores de la vida. Se destacó la necesidad de métodos innovadores para luchar contra la obesidad en la niñez. La participación comunitaria y las alianzas multisectoriales se consideraron esenciales para abordar los diversos factores de riesgo que contribuían a las enfermedades no transmisibles, muchos de los cuales se encontraban fuera del control directo del sector de la salud. También se consideró necesario elaborar una política clara para guiar la relación de la OMS y la OPS con diversos asociados, incluido el sector privado, y asegurar que la preocupación por la salud pública fuera el objetivo primario de tales alianzas. Se consideró que la OMS tenía un papel clave que desempeñar para apoyar a las autoridades sanitarias nacionales y reforzar su capacidad de dirigir los esfuerzos nacionales para combatir las enfermedades no transmisibles. Se puso de relieve la importancia de utilizar enfoques que abarcasen la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad, y que promoviesen la salud en todas las políticas.

69. Los delegados recibieron con beneplácito las modificaciones hechas a la estrategia tras la consulta regional, especialmente el mayor énfasis en la prevención y la reducción de riesgos, y en las políticas y los programas basados en la investigación y en datos científicos. Se elogió la ampliación de la meta general de la estrategia para incluir la reducción de la morbilidad y la discapacidad causadas por las enfermedades no transmisibles, además de la muerte prematura. Se propusieron algunos cambios de redacción a fin de que la estrategia fuese más adaptable a los contextos específicos y las políticas a nivel de país. También se sugirió que la estrategia debía incorporar indicadores en relación con el consumo de azúcares, la salud en el ámbito escolar, la planificación y las políticas urbanas para promover la actividad física, y el consumo nocivo de alcohol. Sobre este último tema, se subrayó que la meta debía relacionarse con el consumo perjudicial del alcohol, no con el consumo *per capita*.

70. La Conferencia expresó firme apoyo al proyecto de resolución (que figuraba en el documento CSP28/9), aunque se propusieron varias modificaciones a fin de fortalecer las disposiciones relativas a la vigilancia y la investigación sobre las enfermedades no

transmisibles, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas para determinar su eficacia y repercusión, y el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a la atención para personas con enfermedades no transmisibles. Se manifestó inquietud acerca del número reducido de funcionarios de la OPS que trabajaban en las enfermedades no transmisibles (ocho funcionarios y un consultor a corto plazo, según el informe sobre las repercusiones financieras y administrativas del proyecto de resolución que figuraba como anexo F del documento CSP28/9). Se solicitó a la Oficina que aclarase cómo se proponía abordar esa escasez de personal para prestar el apoyo técnico necesario a los Estados Miembros.

71. La Delegada de El Salvador observó que su delegación había hecho hincapié reiteradamente en el tema de la enfermedad renal crónica causada por la exposición a las toxinas ocupacionales y ambientales, especialmente los productos químicos agrícolas, pero que todavía no se mencionaba explícitamente esta enfermedad en el marco de vigilancia mundial o en la estrategia regional propuesta. Subrayó que esta enfermedad era un problema no solo en la Región de las Américas sino también en otros lugares del mundo, como Sri Lanka y la zona de los Balcanes, donde se habían notificado casos similares vinculados también a factores ambientales. Ella y varios delegados más solicitaron que se la incluyese entre las enfermedades que se abordarían tanto en el marco de vigilancia mundial como en la estrategia regional.

72. Los representantes de varias organizaciones no gubernamentales hicieron uso de la palabra en apoyo de la estrategia regional y el marco de vigilancia mundial, y subrayaron la importancia de brindar una mayor atención a los trastornos por demencia, como la enfermedad de Alzheimer, y a los problemas de salud mental asociados frecuentemente con las enfermedades no transmisibles. También destacaron la función de la sociedad civil en un enfoque integral y multisectorial del tema, subrayaron la necesidad de corregir las inequidades y otros determinantes sociales que contribuían a las tasas desproporcionadamente elevadas de las enfermedades no transmisibles en los pobres, e instaron a que la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles fueran un punto central del programa de desarrollo en el período después del 2015, la fecha prevista para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

73. El doctor Bettcher aseguró a la Conferencia que los temas relativos a la equidad y los determinantes sociales de la salud se habían incorporado desde un primer momento en el proceso de elaboración del marco de vigilancia mundial y que seguirían teniéndose en cuenta en la elaboración de las metas y los indicadores, y en el seguimiento del avance, al igual que la necesidad de una actuación multisectorial y un enfoque que abarcara la totalidad del gobierno. Un enfoque que tuviese en cuenta la totalidad del ciclo de vida también sería una parte integral del trabajo que se emprendería para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles.

74. El doctor Espinal indicó que las diversas observaciones y sugerencias para mejorar la estrategia regional se incorporarían en una versión revisada del documento (que posteriormente se emitió como el documento CSP28/9, Rev. 1) y que el tema de la enfermedad renal crónica se abordaría explícitamente. Con respecto a los indicadores que se había propuesto incluir, explicó que se incorporarían en el plan de acción que se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2013. El plan también incluiría indicadores en relación con la enfermedad renal crónica. En cuanto al número de funcionarios disponibles para proporcionar asistencia técnica a los países, explicó que la dotación mínima de personal de ocho personas a la que se hacía referencia en el documento recibiría el apoyo del personal de toda la Organización, dada la naturaleza multisectorial de las enfermedades no transmisibles.

75. El doctor Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) explicó que la OPS estaba trabajando para que se diese mayor prominencia a las enfermedades no transmisibles en los programas de desarrollo y que se abordase el tema de la salud mental y la comorbilidad de estas enfermedades. Además se estaba trabajando enérgicamente para promover la salud y los modos de vida saludables. Una iniciativa notable de promoción de la salud, puesta en marcha durante la semana de la Conferencia, era la Semana del Bienestar en las Américas.⁶

76. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R13 mediante la cual avaló la estrategia regional y solicitó a la Directora que elaborase un plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el que se tuvieran en cuenta las prioridades de los Estados Miembros y el marco de vigilancia mundial y el plan de acción de la OMS.

Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (documento CSP28/10)

77. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo en torno a este tema (documento CE150/FR, párrafos 72 a 76) e informó que el Comité había apoyado firmemente la estrategia y el plan de acción propuestos, y que había acogido especialmente con agrado que se aplicase en la estrategia un enfoque basado en los derechos y se hiciera énfasis en los determinantes sociales de la salud al igual que en la necesidad de una acción integrada y multisectorial para abordarlos. El Comité había aprobado la resolución CE150.R4 en la que había recomendado que la Conferencia respaldase la estrategia y aprobase el plan de acción.

78. En el debate que siguió, los Estados Miembros manifestaron su apoyo a la estrategia y el plan de acción. Se hizo hincapié en la repercusión que la inversión en la

⁶ Las palabras pronunciadas por la Directora en la apertura de la exposición fotográfica en honor de la Semana del Bienestar en las Américas pueden encontrarse en el documento CSP28/DIV/11 en el sitio web de la Conferencia.

salud infantil y la cooperación horizontal podrían tener para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se apoyó un enfoque Sur-Sur basado en la experiencia de los países de América Latina y el Caribe, en el que se reconociese la importancia de incluir las alianzas existentes que estaban trabajando para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la salud y el desarrollo del niño. Se respaldó el énfasis otorgado en la estrategia a la formación de capacidad y el fortalecimiento de los sistemas de salud integrados. También se recibió favorablemente el reconocimiento que se hacía en la estrategia del riesgo para la salud infantil de los helmintos transmitidos por contacto con el suelo y se alentó a la Oficina a que incluyese la desparasitación como una intervención clave en el plan de acción.

79. Varias delegaciones describieron las medidas que sus gobiernos habían tomado con miras a reducir la mortalidad y la morbilidad infantiles, incluidas algunas iniciativas como campañas de vacunación, programas para prestar apoyo a las adolescentes embarazadas y programas de apoyo nutricional para madres y niños. Se consideró crucial reforzar el trabajo de los grupos técnicos interinstitucionales a fin de fortalecer los planes nacionales y las estrategias de salud integral del niño. Se subrayó la necesidad de reforzar la capacidad de los sistemas de salud de planificación, gestión y aplicación de dichas estrategias, especialmente a nivel de la atención primaria de salud. También se consideró necesario formular y ejecutar políticas que abordasen los determinantes sociales de la salud del niño.

80. Se hicieron varias sugerencias para mejorar la estrategia y el plan de acción, como incluir campañas de comunicación y de educación de la madre encaminadas a promover prácticas de crianza de los niños y un desarrollo infantil saludables. Otra propuesta fue promover leyes y políticas que facilitasen la lactancia materna. También se sugirió que se fomentase una visión de la salud infantil como una cuestión de desarrollo y no estrictamente como un asunto de salud.

81. Se alentó a la Oficina y a los Estados Miembros a que aplicaran el marco de rendición de cuentas y los indicadores propuestos por la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil, así como la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, al ejecutar el plan de acción. Se indicó que la Oficina debía crear procesos para conducir análisis y evaluaciones externos de la ejecución del plan.

82. La doctora Gina Tambini (Gerenta de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) observó el avance logrado en la Región para mejorar la salud del niño y cumplir con el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de 5 años para el 2015), aunque señaló que la reducción de la mortalidad neonatal seguía siendo un reto en muchos países de la Región. Afirmó que la OPS procuraría ampliar la cooperación horizontal y Sur-Sur, y fortalecer las alianzas existentes con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la salud y

el desarrollo del niño. También se esforzaría en elaborar estrategias eficaces para combatir el flagelo de la obesidad en niños y adolescentes, incluida la creación de un grupo de trabajo dedicado a este tema. Señaló que se había formado un grupo interprogramático dentro de la Oficina para trabajar en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas en la puesta en práctica de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil.

83. El Comité aprobó la resolución CSP28.R20 en la que se respaldó la estrategia y se aprobó el plan de acción.

Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (documento CSP28/11)

84. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 77 a 80) e informó que el Comité había recibido favorablemente el enfoque basado en pruebas propuesto para la evaluación de las tecnologías sanitarias y la toma de decisiones acerca de su uso. Se había subrayado la importancia de evaluar la eficacia en función de los costos de las tecnologías sanitarias y de velar por la transparencia en la toma de decisiones. El Comité había recomendado que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución instando a los Estados Miembros a promover el uso de la evaluación de las tecnologías sanitarias para fundamentar las políticas de salud pública y los procesos decisorios a fin de incorporar estas tecnologías, y solicitando a la Directora informar a los Cuerpos Directivos en el 2014 acerca de la ejecución de la resolución y considerar la posibilidad de elaborar una estrategia y un plan de acción regionales en ese momento.

85. En el debate posterior, los Estados Miembros recibieron con agrado los esfuerzos de la OPS por mejorar la capacidad de los países de evaluar las tecnologías sanitarias y apoyaron el proyecto de resolución (que figuraba en el documento CSP28/11), instando a la Oficina a que colaborase con los Estados Miembros en cuando a su ejecución. En particular, se solicitó a la Oficina que ayudase a los países a evaluar las tecnologías sanitarias con miras a maximizar el impacto de las tecnologías existentes y garantizar la modernización eficaz en función de los costos de los servicios de salud. También solicitaron que ayudase a facilitar el intercambio de las mejores prácticas con respecto a la evaluación de las tecnologías sanitarias. Varios delegados observaron que el enfoque propuesto en el documento coincidía con el enfoque adoptado en sus países, y proporcionaron información sobre sus procedimientos y organismos de evaluación de las tecnologías sanitarias.

86. Se señaló que el análisis económico era un aspecto clave de la evaluación de las tecnologías sanitarias y de la introducción de tecnologías adecuadas y eficaces en los sistemas de salud, y se consideró que este análisis era especialmente importante en el

entorno actual de recursos financieros y humanos limitados en la Región y en el mundo. Varios delegados destacaron la importancia de garantizar el acceso equitativo a las tecnologías sanitarias. También se subrayó la necesidad de velar por la calidad del equipo y los insumos médicos. Se señaló que la falta de transparencia en la evaluación de las tecnologías y en los procesos de compras a veces llevaba a que los países desperdiciaran valiosos recursos en equipo de calidad deficiente con una duración limitada, y se sugirió que debía implantarse un mecanismo para proporcionar certificación regional de la calidad de los medicamentos, los productos biológicos y el equipo de alta tecnología a fin de ayudar a los países que no tenían capacidad para validar la calidad a nivel nacional. Se consideró que la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas era una manera de aumentar la capacidad nacional y de compensar la escasez de recursos humanos capacitados, en particular en el área de la biomedicina.

87. El doctor Rubén Torres (Gerente de Área Interino, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OSP) observó que el objetivo del proyecto de resolución era mejorar la capacidad de los Estados Miembros de evaluar las tecnologías sanitarias mediante el uso de diversas herramientas, incluidas la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, que facilitarían el intercambio de información y mejores prácticas entre los Estados Miembros.

88. El Comité aprobó la resolución CSP28.R9 en la que se incorporaron varias modificaciones propuestas por los Estados Miembros a fin de aclarar algunos aspectos y poner de relieve algunos puntos planteados en el debate, en particular con respecto a la necesidad de velar por la calidad de las tecnologías sanitarias.

Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CSP28/12, Rev. 1)

89. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones que el Comité Ejecutivo había sostenido sobre este tema en su 150.^a sesión de junio del 2012 (véase el documento CE150/FR, párrafos 81 a 86) e informó que el Comité había acogido favorablemente la estrategia y el plan de acción propuestos, y había manifestado apoyo a los esfuerzos de la OPS para ampliar y mejorar el intercambio de conocimientos e información en toda la Región mediante las nuevas tecnologías. El Comité había recomendado que la Conferencia respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

90. La Conferencia manifestó su apoyo a la estrategia y el plan de acción propuestos, y recibió con agrado los esfuerzos de la OPS para mejorar el acceso a la información sanitaria mediante la utilización de las tecnologías modernas de la información y la comunicación. No obstante, se señaló que las desigualdades en cuanto a los recursos sociales, económicos, técnicos y legales obstaculizarían la capacidad de algunos países de

garantizar la infraestructura necesaria para apoyar las plataformas de gestión del conocimiento y comunicación, en particular en aquellos lugares donde no se contaba con un acceso generalizado y fiable a Internet. Se propusieron varias modificaciones al proyecto de resolución sobre el tema (que figuraba en el documento CSP28/12), destacando la necesidad de mejorar la conectividad y ampliar y fortalecer la infraestructura en materia de telecomunicaciones. Se sugirió que sería útil tener un glosario de los términos relacionados con la gestión del conocimiento y que la definición del término mismo quizás debía ampliarse más allá de la definición propuesta por la OMS en su estrategia de gestión del conocimiento.

91. Se indicó que la estrategia y sus indicadores debían ser lo suficientemente flexibles para que los países pudieran decidir si adoptar las plataformas, las metodologías o los marcos comunes en diferentes áreas de la gestión del conocimiento, y que en la estrategia se debían respetar las necesidades y las prioridades de los Estados Miembros y reconocer que algunos habían logrado avances importantes en cuanto a la gestión del conocimiento. Las plataformas de las redes sociales, como Facebook y Twitter, y los dispositivos móviles portátiles se citaron como ejemplos de nuevas tecnologías que algunos Estados Miembros ya estaban usando o planificaban usar para transmitir al público información y alertas relacionados con la salud, en particular al dirigirse a los adolescentes y jóvenes. A nivel regional, se estaban usando herramientas como las bibliotecas virtuales en materia de salud de BIREME y EBSCO.

92. Se destacó que era necesario establecer las necesidades específicas de conocimientos de los diversos interesados directos y se sugirió que dejar de recopilar información en aquellos casos en los que no había demanda podía representar una medida de reducción de costos. A este respecto, se indicó que los Estados Miembros debían hacer un inventario de las lagunas que tenían en los conocimientos a fin de que se las pudiera abordar. Además, como se consideró que el concepto de la interoperabilidad era fundamental para mejorar las tecnologías, se sugirió que podrían incluirse proyectos específicos para mejorar el plan de acción, como los proyectos de cooperación horizontal, con metas ambiciosas en ese sentido. También se propuso que se redoblasen los esfuerzos para crear centros para la excelencia en tecnología e infraestructura o fortalecer los existentes, a fin de facilitar el intercambio de experiencias y mejores prácticas exitosas. También se debían realizar esfuerzos a nivel subregional para promover la identificación de los problemas comunes y el desarrollo de iniciativas conjuntas de producción del conocimiento en apoyo de la formulación de políticas sanitarias. A nivel regional, se consideró que la OPS tenía un papel clave que desempeñar al facilitar el acceso a la información y las bases de datos para los Estados Miembros, y que podría ayudar a elaborar estrategias para mejorar el acceso a la información sobre la base de los problemas comunes identificados por los países.

93. El señor Marcelo D'Agostino (Gerente de Área, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, OSP) señaló que se había revisado el documento para incorporar las

observaciones del Comité Ejecutivo y explicó que se lo revisaría nuevamente para incorporar las observaciones y sugerencias de la Conferencia (posteriormente se emitió una nueva versión como el documento CSP28/12, Rev. 1). Subrayó que los esfuerzos de la OPS con respecto a la gestión del conocimiento y la comunicación se centraban principalmente en llenar los vacíos en el conocimiento y mejorar el acceso de los Estados Miembros a la información para que la toma de decisiones se basase en pruebas. Con ese fin, se estaba promoviendo el concepto del acceso abierto a la información en las ciencias de la salud y se estaba procurando ayudar a los Estados Miembros a que mejorasen la infraestructura y abordasen los temas relativos a la conectividad y la interoperabilidad mediante un memorando de entendimiento con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el marco de sus iniciativas de cibergobierno. La Organización estaba también trabajando para promover la alfabetización digital tanto a nivel personal como institucional a fin de desarrollar las aptitudes necesarias para que las personas pudieran funcionar eficazmente en una sociedad de la información.

94. El Comité aprobó la resolución CSP28.R2 mediante la cual respaldó la estrategia y aprobó el plan de acción.

Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (documento CSP28/13)

95. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre las deliberaciones del Comité Ejecutivo acerca de una versión anterior del documento sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 87 a 91) y observó que el Comité había hecho hincapié en que todo mecanismo nuevo creado para coordinar la ayuda humanitaria internacional debía complementar el sistema internacional más amplio y coordinarse con él, incluidos los otros grupos de acción, los mecanismos y organismos regionales de respuesta humanitaria y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

96. En el debate posterior, se elogió el trabajo de la OPS en el área de preparativos para situaciones de emergencia y respuesta a los desastres, y su amplia trayectoria de apoyo a los países en épocas de crisis, y se recibieron con beneplácito los esfuerzos de la Organización para fortalecer los mecanismos de la ayuda humanitaria internacional. Se subrayó la necesidad de los equipos de respuesta a los desastres fueran multidisciplinarios, al igual que la importancia de que la ayuda humanitaria en caso de desastres estuviese en consonancia con los sistemas ya implantados en los Estados Miembros y de la coordinación con el sistema internacional más amplio. Se hizo hincapié en la función única que desempeñaba la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) con respecto a la coordinación de la acción humanitaria.

97. Se puso de relieve que, en caso de una crisis humanitaria, el país afectado era la parte interesada principal al igual que el principal encargado de adoptar las decisiones, que debía respetarse la función de las autoridades nacionales de gestión de desastres y que el sistema de coordinación de la respuesta debía mantenerse flexible para satisfacer las necesidades del país. Se subrayó la necesidad de fortalecer la función de los ministerios de salud en la formulación de políticas y planes nacionales de gestión de riesgos. Se señaló que las directrices y los mecanismos subregionales para la asistencia mutua podrían complementar la capacidad nacional.

98. Se solicitó a la OPS que ayudase a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad del personal sanitario nacional de administrar la ayuda humanitaria, en particular a nivel local, donde era más urgente la respuesta oportuna y apropiada. Además, se sugirió que la OPS debía colaborar con otras organizaciones regionales para unificar los criterios y los protocolos de actuación con respecto tanto a la prevención como a la respuesta ante las emergencias. Se observó que era necesario formular criterios claros y objetivos para seleccionar los expertos nacionales que integrarían los equipos de respuesta en caso de emergencias y desastres.

99. Se solicitó información acerca de la manera en que la Oficina se proponía movilizar el considerable financiamiento externo que se requeriría para ejecutar el proyecto de resolución (que figuraba en el documento CSP28/13), incluidos los recursos necesarios para el Equipo Regional de Respuesta a los Desastres. Con respecto a la propuesta que se hacía en el subpárrafo 2(e) del proyecto de resolución de establecer un mecanismo flexible para el registro y la acreditación de equipos extranjeros, se indicó que, en cambio, debía quedar en manos de cada país seleccionar las entidades y los recursos humanos a los que se apelaría en caso de un desastre. También se sugirió que ese subpárrafo iba más allá del alcance de la resolución WHA65.20 en cuanto a la función de la OMS, como organismo líder del grupo de acción sanitaria, en las emergencias humanitarias. Se destacó la importancia de trabajar en estrecha coordinación con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

100. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) explicó que el propósito principal de las medidas incluidas en el proyecto de resolución era mejorar la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales de interactuar con el sistema internacional y de administrar de manera eficaz las muchas ofertas de ayuda humanitaria internacional que generalmente surgían tras un desastre. En respuesta a las preguntas acerca del financiamiento de la ejecución de la resolución, dijo que una porción pequeña provendría de recursos existentes mientras que el resto se movilizaría por medio de donantes, algunos de los cuales ya había mostrado interés en prestar apoyo.

101. Se modificó el proyecto de resolución para que reflejase las diversas observaciones y sugerencias hechas, y se lo aprobó como la resolución CSP28.R19.

Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud (documento CSP28/14, Rev. 1)

102. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había acogido con agrado el documento conceptual y el proyecto de resolución sobre este tema, pero que había recomendado que se otorgase mayor énfasis, tanto en la resolución como en el documento conceptual, a la elaboración de programas académicos para la capacitación de profesionales de la bioética. Además había instado a la OPS a trabajar con las universidades a fin de elaborar dichos programas de capacitación (para mayores detalles acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema, véase el documento CE150/FR, párrafos 92 a 96). El Comité había recomendado que la Conferencia respaldara el documento de exposición de conceptos (documento CSP28/14).

103. La Conferencia manifestó su apoyo al documento conceptual y el proyecto de resolución (anexo al documento de exposición de conceptos), y elogió la dedicación y el liderazgo de la OPS en el área de la bioética para la salud pública. Varios delegados observaron que la orientación de la OPS había ayudado a sus países a establecer comités independientes con procedimientos relativos a la bioética y a fomentar planes para incluir la bioética en los programas de estudios de medicina, por ejemplo, en el Caribe. El Delegado de México anunció que su país actuaría como sede del Duodécimo Congreso Mundial de Bioética en el 2014, que permitiría que la Región siguiera al frente del debate sobre la bioética.

104. Se propusieron varios cambios con miras a mejorar tanto el documento conceptual como el proyecto de resolución. A pesar de que se reconocía que el punto central de ambos documentos era la ética en la investigación, la ética clínica y la ética en la esfera de la salud pública, se sugirió que debía mencionarse la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y su definición amplia de bioética, en la que se reconocía la repercusión de cada aspecto de la biosfera, incluido el medio ambiente, en la salud humana. También se indicó que en la resolución debía recomendarse que los Estados Miembros formasen comités nacionales de bioética que fueran independientes, multidisciplinarios y pluralistas, de acuerdo con la declaración de la UNESCO.

105. Una delegación solicitó que una referencia a la Declaración de Helsinki que se hacía en el documento conceptual estuviera seguida de una referencia a la Declaración de Córdoba que se había emitido en un congreso de bioética organizado por la Red de Bioética de la UNESCO para América Latina y el Caribe (Redbioética) que había tenido en la Argentina en noviembre del 2008, en la que se había manifestado oposición a varias modificaciones introducidas en la Declaración de Helsinki en cuanto al uso de placebos y las obligaciones de los patrocinadores de las investigaciones al concluir la investigación.

La misma delegación recomendó que debía suprimirse la frase “posibilidades de mejoramiento genético” del párrafo 10 del documento conceptual dado que aludía a procedimientos de manipulación genética que podrían ser perjudiciales para la inclusión social, la tolerancia, la diversidad y el pluralismo. Otra delegación cuestionó la exactitud de una afirmación en el párrafo 18 que indicaba que las pautas en el caso de la ética clínica no eran tan precisas como las de la investigación con seres humanos. La misma delegación sugirió que en el documento en inglés todas las instancias en las que se utilizaba el término “*human subjects*” debían cambiarse por “*human participants*” para evitar connotaciones negativas.

106. Varios delegados observaron que los adelantos en cuanto a la medicina y el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias estaban creando complejos dilemas éticos y subrayaron la necesidad de contar con políticas públicas para abordar esos dilemas, haciendo hincapié en que el objetivo de tales políticas debía ser asegurar el respeto de la dignidad humana y los derechos humanos. Se subrayó la importancia de promover una cultura de la bioética. También se puso de relieve que la ética debía servir de sustento a la ley. Se consideró esencial que los Estados Miembros de la OPS afirmasen conjuntamente su determinación de abordar los problemas éticos que se planteaban en el ámbito de la salud pública, la atención de la salud y la investigación en torno a la salud a fin de, entre otras cosas, proteger a las personas que eran vulnerables a la explotación. Se manifestó la necesidad de contar con capacitación y de integrar sistemáticamente los principios bioéticos en todas las esferas de la atención de salud.

107. Se sugirió que debían establecerse programas de colaboración académica con las universidades a fin de fomentar la capacitación en el ámbito de la bioética y la salud pública, y que debía promoverse el intercambio de experiencias y herramientas para la elaboración de políticas públicas basadas en un análisis bioético. Se apoyó la idea de establecer un observatorio regional que promoviese la creación de estas herramientas, brindase orientación sobre el análisis bioético y coordinase las actividades de capacitación en el ámbito de la ética de la salud pública. También se indicó que el nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) debería incorporar la bioética en su mandato.

108. La doctora Isabel Nogueira (Asesora Principal, Derechos Humanos de Género, Diversidad y, OSP) dijo que la Oficina creía que el proyecto de resolución marcaba un claro paso adelante en el área de la bioética, no solo con relación a la investigación con seres humanos y la práctica clínica, sino también con relación a la política sanitaria y la salud pública en general. Señaló que la OPS estaba en proceso de determinar las prioridades en el área de la bioética y que en breve se convocaría a un taller sobre el tema en Chile.

109. Se modificó el documento conceptual y el proyecto de resolución para incorporar las diversas observaciones y sugerencias de los Estados Miembros, y se publicó una

nueva versión como CSP28/14, Rev. 1. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R18 mediante la cual respaldó el documento conceptual.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) (documento CSP28/15)

110. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 97 a 104) e informó que el Comité había aprobado la resolución CE150.R3 en la que se solicitaba a la Directora que ultimase las medidas necesarias a fin de consolidar en la Oficina las funciones de gerencia general y administración de todos los aspectos del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).

111. En el debate tras el informe de la doctora Morales, se señaló que un mayor conocimiento sobre el Programa y la ampliación de su cobertura mejorarían el desarrollo de recursos humanos y, por lo tanto, ayudarían a fortalecer los sistemas de salud en los países de la Región. Se manifestó apoyo decidido al proyecto de resolución y el plan de mejora propuesto para PALTEX, en particular la propuesta de crear un programa de publicaciones electrónicas (*e-PALTEX*) como una manera de ampliar el acceso a los recursos del Programa.

112. La Directora, al agradecer al Banco Interamericano de Desarrollo que había proporcionado el préstamo inicial para apoyar al Programa, señaló que durante mucho tiempo PALTEX había sido uno de programas más prominentes de la Organización y que había permitido, de hecho, que los estudiantes en las diversas profesiones sanitarias tuvieran un mayor acceso a los libros de texto. Agregó que la nueva iniciativa de publicación electrónica indudablemente permitiría mejorar aun más el acceso.

113. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R3, en la que se solicitó a la Directora que tomase las medidas necesarias para transferir todas las funciones de la gerencia general y la administración de todos los aspectos de PALTEX a la OPS.

Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CSP28/16)

114. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) explicó que el Comité Ejecutivo había sido informado acerca de la elaboración de un plan de acción regional de emergencia para el período 2012-2014 a fin de abordar los desafíos y riesgos del mantenimiento de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región; el principal riesgo eran los casos importados de otras regiones. El Comité había aprobado una resolución en la que recomendaba que la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el plan de acción de emergencia (véase el documento CE150/FR, párrafos 197 a 203).

115. La doctora Gina Tambini (Gerenta de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) presentó el plan de acción de emergencia que se proponía en el documento CSP28/16. Recordó que el último caso confirmado de sarampión endémico en la Región había ocurrido en el 2002 y que los últimos casos de rubéola y de síndrome de rubéola congénita habían sido en el 2009. A pesar de que la transmisión endémica de los virus del sarampión y de la rubéola parecía haberse interrumpido, la Región de las Américas seguía corriendo un alto riesgo de importación vírica, dado que estos virus seguían circulando en otras regiones y que algunos países seguían notificando puntos débiles en los sistemas de vigilancia y programas de vacunación. En el proyecto de resolución que figuraba en el documento CSP28/16 se instaba a los Estados Miembros a que fortalecieran la vigilancia epidemiológica activa de las tres enfermedades y a que mantuviesen alta la inmunidad de la población mediante la vacunación. Además se solicitaba a la Directora, entre otras cosas, que siguiera abogando para que las demás regiones de la OMS y otros asociados redoblasen los esfuerzos para lograr la eliminación mundial de estas enfermedades.

116. La Conferencia elogió el éxito que habían tenido los Estados Miembros con respecto a la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola, reconoció la necesidad de una vigilancia continua a fin de prevenir la reintroducción de estos virus y apoyó firmemente el plan de acción de emergencia. Los delegados afirmaron la necesidad de seguir trabajando para fortalecer la vigilancia; mantener alta la inmunidad de la población; encontrar los puntos débiles en los sistemas de vigilancia y las lagunas en la cobertura de la vacunación, especialmente en los grupos poblacionales de alto riesgo, incluidas las comunidades indígenas; y garantizar la detección y la respuesta oportuna a los brotes. Se señaló que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del sarampión y la rubéola también permitiría fortalecer la vigilancia de otras enfermedades, promoviéndose de ese modo una de las capacidades básicas fundamentales del Reglamento Sanitario Internacional. Se observó la brecha de \$1,4 millones en el financiamiento requerido para ejecutar el plan y se destacó la necesidad de una estrategia de movilización de recursos.

117. La promoción de la salud, la mayor participación del sector privado y la capacitación constante para el personal de salud se consideraron esenciales para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. También se consideró fundamental seguir con la tarea de concientización del público sobre la importancia de la vacunación de rutina, en particular a medida que la atención pública gradualmente se desplazaba de las enfermedades prevenibles mediante vacunación a otros asuntos de salud. Se subrayó la importancia de la comunicación en materia de salud y la promoción firme de la causa para mantener la confianza pública en las vacunas y concientizar al público sobre los beneficios de la vacunación, al igual que la importancia de intercambiar mejores prácticas y experiencias relativas al fortalecimiento de la vigilancia, el mejoramiento de la cobertura de vacunación y la respuesta a los brotes.

118. Los delegados hicieron hincapié en que la Región seguiría en riesgo en la medida en que los virus del sarampión y de la rubéola siguieran circulando en otras regiones y subrayaron la necesidad de nuevos enfoques, incluido el uso de las redes sociales y la movilización del apoyo entre los académicos y los futuros médicos a fin de promover el compromiso necesario para lograr la eliminación mundial de estas enfermedades.

119. Se alentó a la OPS a que fortaleciera las actividades en relación con la epidemiología molecular de la rubéola y la detección oportuna, la investigación y el diagnóstico de presuntos casos de síndrome de rubéola congénita. Se elogió el liderazgo de la Organización en la promoción de la vacunación mediante la Semana de Vacunación en las Américas, al igual que el papel que desempeñó para lograr que la última semana de abril se designase como la Semana Mundial de la Inmunización.

120. La doctora Tambini elogió el compromiso y la dedicación de los muchos funcionarios sanitarios en la Región que habían contribuido a la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y a la erradicación o la eliminación de la poliomielitis y otras enfermedades. Las enseñanzas extraídas de estas experiencias exitosas podrían tomarse en cuenta al combatir muchas otras enfermedades. La funcionaria encomió la labor de la doctora Merceline Dahl-Regis, Presidenta del Comité Internacional de Expertos encargado de documentar y verificar la eliminación de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, y del doctor Ciro de Quadros, ex-Director de la entonces llamada División de Vacunas e Inmunización en la OPS y figura líder en el ámbito de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

121. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R14 en la que instó a los Estados Miembros a llevar a cabo las actividades establecidas en el plan de acción a fin de verificar y mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región.

Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad (documento CSP28/17, Rev. 1)

122. El doctor Rubén Torres (Gerente de Área Interino, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OSP) presentó este tema y recordó que en la resolución CSP24.R9, aprobada por la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, los Estados Miembros habían respaldado las *Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación*. Estas normas estaban dirigidas principalmente a ser usadas por los gobiernos y los órganos normativos, y en ellas se establecían los requisitos para la protección de las personas y el medio ambiente de los efectos perjudiciales de la radiación ionizante, y para la seguridad de las fuentes de radiación. Las normas adoptadas en 1994 habían sido revisadas por las organizaciones intergubernamentales patrocinantes,

incluida la OPS, entre el 2005 y el 2011. Las normas revisadas habían sido adoptadas por la Junta de Gobernadores del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) en septiembre del 2011 y el Consejo Ejecutivo de la OMS había tomado nota al respecto en mayo del 2012 (decisión EB131[3]). Se las presentaba entonces ahora para ser avaladas por la Conferencia.

123. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros recibieron con beneplácito las normas y manifestaron su reconocimiento por el apoyo prestado por la OPS y otras entidades, como el OIEA, a fin de permitir a los países cumplir las normas, aumentar su capacidad para usar las tecnologías de radiación de manera segura y proteger a sus poblaciones de los efectos perjudiciales de la radiación ionizante. Se subrayó que los países debían emplear las normas para formular directrices y actualizar los reglamentos a nivel nacional, y varios delegados informaron que sus gobiernos ya estaban haciéndolo.

124. Se señaló que el aumento del uso de la radiación para fines de diagnóstico y tratamiento había mejorado la atención de salud, pero también había creado riesgos mayores de exposición nociva a la radiación. Se subrayó la necesidad de impartir capacitación y formar capacidad para reducir al mínimo estos riesgos y se solicitó a la OPS que siguiera asociándose con otros organismos para facilitar la capacitación y fortalecer la capacidad de la aplicación de la radiación ionizante en los servicios de salud. Se sugirió que la Oficina preparase otro documento en el que se propusieran medidas específicas a adoptarse para abordar las deficiencias actuales con respecto a la capacidad técnica en el área de la seguridad y la protección radionucleares.

125. Varios delegados señalaron que el aumento de la capacidad de aplicar las normas a nivel nacional ayudaría a los países a satisfacer los requisitos de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con respecto a los eventos radionucleares y, con ese fin, se solicitó la ayuda permanente de la OPS. La colaboración multidisciplinaria entre las autoridades de reglamentación nuclear y los ministerios de salud se consideró esencial para garantizar una respuesta médica eficaz a las emergencias radiológicas o nucleares. Se destacó la necesidad de contar con apoyo internacional para promover la capacitación y aumentar los conocimientos técnicos especializados en esa área. El Delegado de la República Bolivariana de Venezuela manifestó que su Gobierno y el de Cuba estaban en condiciones de prestar apoyo a otros países en el área de la dosimetría por intermedio de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA). La Delegada de la Argentina observó que su país también mantenía un registro de los proveedores de servicios de dosimetría.

126. El doctor Torres dijo que se revisaría el documento a fin de incorporar las observaciones y las sugerencias de los Estados Miembros.

127. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R15 por medio de la cual respaldó las nuevas normas de *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad*.

Consulta regional sobre el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación (documento CSP28/18, Rev. 2)

128. El doctor Rubén Torres (Gerente de Área Interino, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OSP) recordó que la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud había analizado el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo (CEWG) y había aprobado la resolución WHA65.22 en la que se instaba a que se llevaran a cabo consultas nacionales y regionales a fin de hacer aportes para una reunión mundial abierta que se celebraría en noviembre del 2012. En consecuencia, el Comité Ejecutivo en su 150.^a sesión de junio había solicitado a la Oficina organizar una consulta regional a fin de consensuar una posición regional con respecto al informe y la Oficina había optado por organizar una consulta virtual mediante la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para las Tecnologías de la Salud. Esta consulta había empezado el 25 de julio y finalizado el 17 de agosto del 2012. Se habían recibido contribuciones de 24 autoridades sanitarias nacionales y varias organizaciones de la sociedad civil, que se habían compilado en el informe presentado en el documento CSP28/18, Rev. 1. Ese informe, junto con las observaciones recibidas de la Conferencia, se remitiría a la OMS como contribución de la Región para la reunión de noviembre.

129. La Conferencia elogió el informe preparado por la Oficina y agradeció la oportunidad de seguir analizando el informe del CEWG. Los Estados Miembros estuvieron de acuerdo en que el sistema actual de protección de la propiedad intelectual era insuficiente para atender las necesidades de investigación y desarrollo en materia de salud de los países en desarrollo. También reconocieron que el debate sobre este tema llevaba varios años y estuvieron de acuerdo en que era necesario adoptar medidas colectivas a fin de crear incentivos y apoyar una mayor inversión en la investigación sobre las enfermedades que afectaban principalmente a los pobres.

130. Se manifestó apoyo a muchas de las propuestas y recomendaciones en el informe del CEWG, incluida la promoción del financiamiento y la transferencia de tecnologías voluntarios, el uso de premios para estimular la investigación y el desarrollo, la adopción de enfoques abiertos de investigación y desarrollo, la creación de bancos de patentes (aunque se solicitó a la Oficina que revisase el párrafo 34 del informe para dejar constancia del hecho de que no todos los países apoyaban enfoques abiertos o los demás criterios expresados en ese párrafo), el financiamiento directo a las entidades de investigación en los países en desarrollo, el uso de compromisos anticipados de mercado y otros acuerdos innovadores de compras, y la creación de un observatorio mundial de

investigación y desarrollo sanitarios, al igual que de mecanismos pertinentes de orientación.

131. Sin embargo, las opiniones estuvieron divididas con respecto a la recomendación sobre la negociación de un acuerdo internacional de carácter obligatorio. Algunos Estados Miembros favorecían la idea de un tratado u otro acuerdo internacional bajo el auspicio de la OMS y apoyaban las consultas continuas a nivel nacional y regional a fin de profundizar el análisis de algunos aspectos de un acuerdo de este tipo y determinar los principios que debían guiar su estructura y elaboración. Se señaló que este tipo de acuerdo fortalecería el compromiso con respecto a otras propuestas del CEWG sobre las cuales había amplio consenso.

132. Otros Estados Miembros se manifestaron en contra de un acuerdo y de la recomendación conexas de establecer un mecanismo compartido de financiamiento con un requisito de que los países contribuyesen con una porción fija de su producto interno bruto para la investigación y el desarrollo financiados por el gobierno y destinados a satisfacer las necesidades de salud de los países en desarrollo. Se señaló que un proceso de negociación intergubernamental seguramente sería prolongado y solo retrasaría la actuación necesaria, y se consideró poco probable que muchos países pudieran cumplir las metas de financiamiento contempladas en un mecanismo compartido de financiamiento. Un delegado sugirió que un enfoque mejor sería emprender un análisis de las brechas y establecer metas en relación no solo con el desarrollo de nuevos productos sino también con un mayor acceso a productos y con la repercusión en la salud humana. El mismo delegado señaló que se necesitarían investigaciones de las operaciones y de los servicios de salud para encontrar maneras eficaces de hacer llegar los productos farmacéuticos y de otro tipo a los consumidores y dar el mejor uso posible a los limitados recursos.

133. Se manifestó inquietud especialmente acerca de la idea propuesta en el párrafo 46 del informe de la Oficina de usar impuestos sobre la repatriación de las ganancias de las empresas farmacéuticas como una manera de financiar la investigación y el desarrollo para el tratamiento de las enfermedades de tipo II y III. Se señaló que este tipo de enfoque desplazaría el punto central del debate del tema de la salud pública a las políticas de comercio, lo que podría agravar los problemas de acceso.

134. Se señaló que las conclusiones del CEWG con respecto al financiamiento para la investigación y el desarrollo de las enfermedades desatendidas se basaban en encuestas de G-Finder, por lo que se cuestionó la exactitud e integridad. Los delegados subrayaron la necesidad de proseguir el enfoque de trazar un panorama mundial contemplado en la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual* y aprovechar las flexibilidades establecidas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, con su énfasis en

demostrar resultados como una manera de atraer financiamiento, y la cartera de patentes de medicamentos de UNITAID se mencionaron como modelos posibles para aumentar el financiamiento destinado a la investigación y el acceso al tratamiento para las enfermedades de tipo II y III.

135. Varios delegados señalaron que las consultas sobre el tema habían servido para poner de relieve su importancia en el ámbito nacional e internacional. Se subrayó la necesidad de un debate continuo y se solicitó a la OPS que facilitase dicho debate. También se instó a la OPS a que facilitara la cooperación entre los países como una manera de apoyar la investigación y el desarrollo. Además se señaló la función que la OMS podría desempeñar en la creación de una red de instituciones de investigación y de financiación y como centro para la recopilación y el análisis de datos.

136. Los representantes de dos organizaciones no gubernamentales hicieron uso de la palabra sobre este punto y las dos instaron a los Estados Miembros a adoptar medidas con prontitud para poner en práctica las recomendaciones del CEWG y abordar la falta de medios de diagnóstico, vacunas y medicamentos asequibles para las enfermedades de los pobres. Ambas apoyaron la idea de un acuerdo vinculante y una señaló que los Estados Miembros no tenían que alcanzar consenso en todos los temas en debate para seguir adelante con las negociaciones. El representante de una de ellas señaló que algunos países del continente americano estaban participando en las negociaciones para el acuerdo transpacífico de colaboración y manifestó preocupación por que el convenio pudiera imponer restricciones estrictas con respecto a la propiedad intelectual que limitasen seriamente el acceso a medicamentos asequibles.

137. El doctor Torres dijo que el propósito de la Oficina al preparar el informe había sido reflejar con la mayor exactitud y transparencia posibles los puntos de vista manifestados por los diversos Estados Miembros durante las consultas regionales. En el párrafo 46, por ejemplo, se presentaban las opiniones expresadas por algunos Estados Miembros. Con respecto al financiamiento para la investigación y el desarrollo, señaló que los diversos grupos regionales y subregionales en el continente americano tenían considerable capacidad de movilizar recursos y aplicarlos a las necesidades comunes de innovación, investigación y desarrollo. También señaló que a veces la investigación y la innovación necesarias tenían más que ver con modelos y sistemas de atención de salud que con los medicamentos y otros productos médicos, y que pequeñas innovaciones podrían producir grandes logros en cuanto al acceso a la atención para las personas necesitadas.

138. La doctora Marie-Paule Kieny (Subdirectora General, OMS) agradeció a los delegados sus observaciones y dijo que las opiniones expresadas durante la Conferencia y las consultas regionales anteriores serían de suma utilidad para la Secretaría de la OMS en preparación para la reunión de noviembre.

139. La Directora dijo que se revisaría el informe sobre la consulta regional para procurar que se reflejasen correctamente los puntos de vista de los Estados Miembros y luego se lo remitiría a la Secretaría de la OMS.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CSP28/19 y Add. I)

140. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que se había comunicado al Comité Ejecutivo que, al momento de comenzar su 150.^a sesión en junio, la recaudación de las contribuciones correspondientes al año en curso había ascendido a \$23,3 millones de dólares, 16 Estados Miembros habían pagado sus contribuciones correspondientes al 2012 en su totalidad y ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones del voto contempladas de conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. El Comité había aprobado la resolución CE150.R1 en la que se agradecía a los Estados Miembros que ya habían pagado su contribución del 2012 y se instaba a los demás a pagar sus contribuciones pendientes cuanto antes.

141. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal, Sistemas y Servicios Financieros, OSP) agradeció a los Estados Miembros sus esfuerzos constantes por pagar oportunamente las contribuciones señaladas, asegurando de ese modo un flujo de efectivo predecible para la Organización en apoyo del presupuesto ordinario por programas. Explicó que en el documento CSP28/19 se incluían los pagos recibidos al 31 de julio del 2012 y que en el addendum I se brindaba información actualizada sobre este tema al 10 de septiembre del 2012. Desde esa fecha, la Oficina había recibido pagos adicionales por \$59.644 de las Bahamas, \$18.489 de Guyana y \$205.868 del Uruguay.

142. Al 10 de septiembre del 2012, las contribuciones señaladas totales recibidas ascendían a \$69,6 millones, en comparación con \$85,0 millones en el 2011 y \$81 millones en el 2010. La recaudación de las contribuciones correspondientes al año en curso ascendía a \$45,9 millones, lo que representaba solo 43% del total de las contribuciones de \$ 106,2 millones para el 2012. Un total de 19 Estados Miembros había pagado las contribuciones correspondientes al 2012 en su totalidad y cuatro habían efectuado pagos parciales. Al 1 de enero del 2012, el saldo total de las contribuciones señaladas adeudadas de años anteriores al 2012 era de \$24,0 millones, de los que \$23,3 millones, o 97%, correspondían al 2011. Al 10 de septiembre del 2012 se habían recibido pagos por \$23,7 millones, o 99%, con respecto a esas contribuciones atrasadas. En consecuencia, el saldo de las contribuciones atrasadas era de solo \$289.065 y correspondía principalmente al 2011. Ningún Estado Miembro estaba sujeto a las restricciones de los privilegios de voto establecidas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

143. La Directora expresó su gratitud por el progreso que se había visto en los últimos 10 años con respecto a la recaudación oportuna de las contribuciones. Esta mayor tasa de recaudación era resultado de diversas estrategias que se habían analizado con los Estados Miembros, incluidas distintas posibilidades como los pagos en moneda nacional, los planes de pagos diferidos y los pagos mensuales o trimestrales.

144. La Conferencia tomó nota del informe sobre la recaudación de las contribuciones.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011 (*Documento Oficial 342*)

145. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre los informes del Director y del Auditor Externo (véase el documento CE150/FR, párrafos 108 a 124) y observó que el Comité había escuchado exposiciones a cargo de la señora Sharon Frahler, la Gerenta anterior del Área de Gestión de Recursos Financieros, que había resumido el contenido del Informe Financiero, y del señor Steve Townley, representante del Auditor Externo, que había puesto de relieve varias de las recomendaciones del Auditor Externo. El Comité había señalado, entre otras cosas, que las contribuciones de los Estados Miembros representaban solo 13% de los ingresos totales de la Organización y que el resto de los fondos provenía de otras fuentes, lo que hacía que las finanzas estuvieran a merced de las fluctuaciones del mercado. Se había instado a los Estados Miembros a que pagaran de manera oportuna sus contribuciones señaladas. Se había subrayado que los cargos de apoyo a proyectos debían ser adecuados para sufragar el costo de llevar a cabo las actividades financiadas con las contribuciones voluntarias de manera de evitar que este costo fuera subsidiado por el presupuesto ordinario.

146. El señor Michael Owen (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros, OSP) agradeció a los Estados Miembros su apoyo constante a la OPS y afirmó que la Organización seguía experimentando un crecimiento considerable. Aseguró a los Estados Miembros que el equipo de Gestión de Recursos Financieros seguiría aplicando una disciplina fiscal y controles estrictos para garantizar la transparencia de los estados financieros.

147. La Directora observó que el dictamen de auditoría sin reservas que la OPS siempre había recibido era un gran mérito de la Organización en su conjunto, a pesar del aumento constante del volumen de los recursos que tenía que administrar. La Organización tenía una capacidad interna sobresaliente para proteger sus recursos e inversiones y, con la creación del Comité de Auditoría y otras medidas tomadas en los últimos años, ahora contaba con un sistema muy sólido de controles.

148. La Conferencia tomó nota del Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo.

Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CSP28/20)

149. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R11 por la cual se fijó el sueldo bruto del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$189.349 con efecto a partir del 1 de enero del 2012.

Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CSP28/21)

150. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) recordó que en el debate que el Comité había sostenido acerca de los métodos de trabajo de los Cuerpos Directivos (véanse los párrafos 32 a 34 anteriores) se había recomendado que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara una resolución para modificar el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal a fin de delegar en el Comité Ejecutivo la responsabilidad de fijar el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

151. La señora Kate Rojkov (Gerenta de Área, Gestión de Recursos Humanos, OSP) presentó la modificación propuesta del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal.

152. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R12 por medio de la cual autorizó la modificación del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal.

Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010 (documento CSP28/22)

153. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo en junio de que los ajustes hechos en las cuentas de la Organización como parte de la transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas a las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) habían producido un excedente de casi \$33,9 millones, resultantes de asignaciones presupuestarias no utilizadas. La Oficina había presentado diversas propuestas para el uso de este excedente (véase el párrafo 7 del documento CSP28/22). El Comité había recomendado que la Conferencia aprobara los usos propuestos del excedente, incluida la creación de una reserva para contingencias, y que delegase al Comité Ejecutivo la autoridad para hacer el seguimiento de este tema y aprobar todas las propuestas futuras de uso de fondos del excedente (para mayores detalles acerca de las deliberaciones del Comité sobre este tema, véase el documento CE150/FR, párrafos 125 a 129.)

154. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R16 por medio de la cual autorizó los usos propuestos para esos fondos.

155. La Directora agradeció a los Estados Miembros las decisiones que habían tomado con respecto al uso de los excedentes presupuestarios recientes (el excedente por las IPSAS y el excedente de los ingresos sobre los gastos en el bienio 2006-2007), que

habían permitido a la Organización realizar las mejoras necesarias de infraestructura y le permitirían seguir haciéndolo. Había sido una decisión importante de los Estados Miembros no utilizar esos fondos en gastos recurrentes y destinarlos, en cambio, a inversiones para las cuales no se podía conseguir fácilmente otros fondos y a establecer un fondo de reserva para contingencias.

Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CSP28/23)

156. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 142 a 147) y observó que se había informado al Comité que la Oficina había preparado una propuesta para modificar la estructura del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y establecer un fondo subsidiario rotatorio y estratégico de bienes inmuebles y un fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos. También se había informado que el Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información seguirían financiándose a partir de cualquier excedente presupuestario al finalizar un bienio, aunque la Oficina estaba buscando otras fuentes de financiamiento para reducir la dependencia de este tipo de excedentes. El Comité había recomendado que la Conferencia autorizara los diversos cambios propuestos.

157. La Conferencia aprobó la resolución CSP28.R17 por medio de la cual autorizó los cambios propuestos en el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Selección de los Estados Miembros para formar parte de consejos y comités

Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana (documento CSP28/24)

158. La Conferencia seleccionó a Ecuador y El Salvador como Estados Miembros facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana (decisión CSP28[D5]).

Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documento CSP28/25)

159. La Conferencia eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (resolución CSP28.R5).

Premios

Premio OPS en Administración (2012) (documento CSP28/26)

160. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2012, integrado por representantes de los Estados Unidos de América, la República Bolivariana de Venezuela y San Vicente y las Granadinas, se había reunido en ocasión de la 150.^a sesión del Comité Ejecutivo. Tras examinar la información sobre los candidatos al premio propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido conferir el Premio OPS en Administración 2012 al doctor Aron Nowinski, del Uruguay, por su contribución a la promoción de la salud pública y la administración de servicios de salud, su amplia trayectoria docente en el ámbito de la salud pública y su labor de difusión de la información médica y sanitaria en su país y en toda América Latina.

161. Como el doctor Nowinski no pudo asistir a la Conferencia, el doctor Jorge Venegas, Ministro de Salud Pública del Uruguay, aceptó el premio en su nombre. El doctor Nowinski pronunció su discurso de aceptación mediante una grabación de video. El texto del discurso puede encontrarse en el sitio web de la Conferencia.⁷

Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Interamericana 2012

162. El doctor Rafael Pérez-Escamilla (Presidente de la Junta Directiva, Fundación Panamericana de la Salud y Educación [PAHEF]) recordó que desde hacía 44 años la Fundación estaba asociada con la OPS para impulsar la meta común de proteger la vida y mejorar la salud en el continente americano. Como parte de esa alianza, cada año se otorgaban varios premios a la excelencia en el ámbito de la salud pública interamericana, entre ellos el Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en el Liderazgo en la Salud Interamericana, establecido en honor del doctor Abraham Horwitz, quien fuera Director de la OPS y posteriormente Presidente de PAHEF. El premio era un reconocimiento al liderazgo que permitía cambiar vidas y mejorar la salud de las personas de América.

⁷ Documento CSP28/DIV/8.

163. El Premio Abraham Horwitz correspondiente al año 2012 fue otorgado al doctor Paulo Marchiori Buss, del Brasil, una figura destacada en el campo de salud pública en América, fundador y primer secretario ejecutivo de la Asociación Brasileña de Salud Pública y actualmente profesor en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y director del Centro para la Salud Mundial de FIOCRUZ.

164. El discurso de aceptación del doctor Buss puede encontrarse en el sitio web de la Conferencia.⁸

Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética 2012

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

166. El Premio Manuel Velasco Suárez correspondiente al 2012 se otorgó al doctor Juan Alberto Lecaros Urzúa, de Chile, profesor de bioética global y derechos humanos en el Instituto Borja de Bioética (IBB) de la Universidad Ramon Llull y coordinador del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad del Desarrollo de Chile, por su propuesta “Un marco teórico y una metodología de aplicación de principios para la bioética ambiental”. La propuesta tenía por objeto considerar los riesgos sanitarios, ecológicos y socioeconómicos de los organismos genéticamente modificados, centrándose en los cultivos y alimentos genéticamente modificados.

167. El discurso de aceptación del doctor Lecaros Urzúa puede encontrarse en el sitio web de la Conferencia.⁹

168. El doctor Pérez-Escamilla presentó al doctor Jesús Agustín Velasco Suárez Siles, hijo del doctor Manuel Velasco Suárez, quién entregó una medalla al doctor Lecaros en nombre de la familia Velasco Suárez.

Otros premios

169. El doctor Pérez-Escamilla también presentó a los ganadores de otros dos premios de PAHEF, quienes recibieron sus respectivos galardones en una ceremonia vespertina de entrega de premios.

⁸ Documento CSP28/DIV/10.

⁹ Documento CSP28/DIV/9.

170. La fundación Educación Popular en Salud, de Chile, representada por su Directora Ejecutiva, la señora Rosario Castillo, recibió el Premio Clarence H. Moore a la Excelencia en el Servicio Voluntario por su compromiso con el mejoramiento de la calidad, el acceso y la justicia de la atención de salud para los pobres, en particular las mujeres, y la dedicación inquebrantable de sus voluntarios para movilizarse en apoyo de esta visión.

171. Un artículo titulado “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna” [el aborto en el Brasil: encuesta domiciliar utilizando la técnica de urna], publicado en volumen 15 de *Ciência y Saúde Coletiva* (2010), recibió el Premio Fred L. Soper a la Excelencia en la Bibliografía de Salud Pública correspondiente al 2012. La doctora Debora Diniz, de la Universidad de Brasilia y la Fundación Oswaldo Cruz en Rio de Janeiro, era la autora principal junto con el doctor Marcelo Medeiros. En el artículo se presentaban los resultados de una encuesta nacional sobre el aborto, realizada en el 2010 a mujeres de 18 a 39 años de edad en zonas urbanas del Brasil, en la que se concientizaba sobre el aborto peligroso como una cuestión de salud pública.

172. No se otorgó el Premio Pedro N. Acha a la Excelencia en Salud Pública Veterinaria ni el Premio Sérgio Arouca a la Excelencia en la Atención Sanitaria Universal en el 2012.

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS: Consulta regional sobre el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Anteproyecto del Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015 (documentos CSP28/INF/1 y Add. I)

173. La Conferencia celebró una consulta regional sobre la reforma de la OMS en la cual se examinó una nueva versión del proyecto de duodécimo programa general de trabajo de la OMS, que había sido preparada por la Secretaría de la OMS en vista de las observaciones formuladas durante la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2012. En la Conferencia también se examinó el anteproyecto de presupuesto por programas 2014-2015. Tras los comentarios introductorios a cargo de la doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo de la OPS), del doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General, Administración General, OMS) y de la doctora Margaret Chan (Directora General, OMS), la Conferencia formó tres grupos de trabajo a fin de examinar los dos documentos propuestos y hacer observaciones sobre ellos. La Oficina preparó una serie de preguntas para guiar el debate en los grupos. Las preguntas y un resumen de las respuestas se pueden encontrar en el informe sobre esta consulta (documentos CSP28/INF/1 y Add. I), que fue presentado a la Conferencia tras el debate en grupos por el señor Diego Victoria (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto y Desarrollo Institucional, OSP).

174. La doctora Morales informó sobre el debate que sostuvo el Comité Ejecutivo sobre la reforma de la OMS (véase el documento CE150/FR, párrafos 168 a 179) y señaló que el Comité había considerado que el proceso de reforma ofrecía una oportunidad excelente de fortalecer la función mundial de liderazgo en materia de salud de la OMS y mejorar su capacidad, eficacia, rendición de cuentas y capacidad de respuesta a las necesidades de los Estados Miembros. También se había considerado que el proceso de reforma era una oportunidad de fortalecer la convergencia y la armonización de los tres niveles de la OMS y de delinear claramente sus respectivas funciones y responsabilidades, así como de examinar las responsabilidades de los Estados Miembros como parte integral de la OMS. El Comité había subrayado la importancia fundamental de los determinantes sociales, económicos y ambientales de salud; la necesidad de considerar la “salud en todas las políticas”; y que los determinantes de la salud debían incorporarse como una prioridad transversal en todos los aspectos del trabajo de la OMS.

175. El doctor Jama presentó la versión revisada del duodécimo programa general de trabajo para el período 2014-2019 y el anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para el 2014-2015, y observó que el anteproyecto del presupuesto no contenía cifras y se centraba solo en los programas, las prioridades, el impacto, los efectos y los productos. Informó a la Conferencia que las cifras presupuestarias se presentarían al Consejo Ejecutivo de la OMS por intermedio del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero del 2013. El duodécimo programa general de trabajo proporcionaría a la OMS una visión a seis años, con un marco para establecer las prioridades, incluidas las prioridades para la Secretaría de la OMS. El programa actual de trabajo, por contraste, había planteado un programa de acción sanitaria mundial para todos los interesados directos, pero las prioridades para la Secretaría habían recibido relativamente poca atención y, por consiguiente, había sido necesario formular el Plan estratégico a plazo medio. El duodécimo programa general de trabajo incluiría elementos de ese plan y tendría en cuenta las realidades políticas, económicas, sociales y ambientales, al igual que el panorama mundial en constante cambio en el ámbito de la salud, y en él se describiría claramente la contribución de la OMS y su función de liderazgo.

176. La versión revisada del proyecto de programa de trabajo mantenía las categorías y los criterios para establecer las prioridades acordados previamente por los Estados Miembros y proponía una cadena de resultados en la que se identificaban los productos de los cuales la Secretaría sería responsable, y los efectos y el impacto sobre los cuales la Secretaría compartiría la responsabilidad con los Estados Miembros y los asociados. La cadena de resultados era un elemento clave que permitiría poner en práctica las prioridades determinadas por los Estados Miembros. En el presupuesto por programas para el 2014-2015 y los dos bienios posteriores se usarían las mismas categorías y prioridades que en el programa general de trabajo, pero se establecerían productos específicos para la Secretaría e indicadores sobre los efectos y el impacto a lograrse en cada bienio.

177. El presupuesto por programas se elaboraría en varias etapas. En la primera, se establecerían los productos para la Secretaría, mientras que en la segunda se determinaría qué nivel de la Organización —la sede de la OMS, las oficinas regionales o las oficinas en los países— sería responsable de la entrega de esos productos. En la tercera etapa, se establecería el costo de cada producto, teniendo en cuenta los recursos necesarios de personal y de otra índole, y luego se asignarían recursos a cada uno de los tres niveles, según la función de cada uno de ellos. El doctor Jama señaló que este proceso propuesto para la elaboración del presupuesto se alejaba bastante de los procesos anteriores y era un cambio solicitado por los Estados Miembros en el contexto de la reforma de la OMS. Finalizó subrayando que el proyecto de programa de trabajo y de presupuesto por programas eran documentos en preparación que se mejorarían de acuerdo con las contribuciones que se recibiesen de los distintos comités regionales.

178. La doctora Chan recordó que la iniciativa de reforma de la OMS había surgido como consecuencia de dos factores principales que la habían impulsado: la necesidad de encontrar mejores maneras de financiar el trabajo de la Organización, y la necesidad de la Organización de adaptarse a los cambios en el entorno político, social y económico y de abordar nuevos retos como las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales de la salud.

179. La Directora General manifestó que la transparencia y la gestión basada en resultados eran elementos esenciales del proceso de reforma. El primer paso para una gestión eficaz basada en resultados era determinar qué efectos y productos se esperaba que produjese la OMS. Los productos propuestos en los documentos antes de la Conferencia provenían de las prioridades de los Estados Miembros que habían sido señaladas en sus estrategias de cooperación en el país y de los compromisos internacionalmente acordados, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Un objetivo clave de las consultas regionales era evaluar si los productos señalados el documento del presupuesto eran, de hecho, los que los Estados Miembros deseaban que la OMS lograse en el próximo bienio.

180. Después de que se confirmase que el proyecto de programa general de trabajo y el presupuesto por programas realmente reflejaban con exactitud las prioridades de los Estados Miembros, la doctora Chan explicó que trabajaría con los seis directores regionales y el doctor Jama a fin de preparar un presupuesto realista en el que, a diferencia de los ambiciosos presupuestos anteriores, se estaría más cerca de poder garantizar los recursos suficientes para que la Secretaría pudiese hacer lo que los Estados Miembros le habían solicitado y también se aseguraría que el trabajo de la Organización estuviese dirigido por los Estados Miembros en lugar de los donantes. Para que la reforma de la OMS tuviese éxito, la Secretaría debía trabajar estrechamente con los Estados Miembros, pero los Estados Miembros también debían colaborar estrechamente con la Secretaría y reconocer que en el clima actual de austeridad financiera la labor de la

OMS debía centrarse solo en las prioridades centrales de la Organización y que era necesario que se abstuviesen de ofrecer financiamiento para apoyar actividades que no coincidieran con esas prioridades. En una reunión extraordinaria del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en diciembre se presentaría una propuesta de movilización de recursos para apoyar el trabajo dirigido a abordar las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Entretanto, el profesor Thomas Zeltner, su enviado especial para cuestiones de financiamiento, seguiría solicitando la opinión de los Estados Miembros sobre el asunto.

181. El señor Victoria resumió las conclusiones y recomendaciones que habían surgido tanto del debate de los tres grupos de trabajo durante la Conferencia como de las deliberaciones mantenidas por medios electrónicos antes de la Conferencia y destacó algunos puntos: los Estados Miembros habían hecho hincapié en que el establecimiento de prioridades debía estar guiado por los países y no por los donantes; al mismo tiempo que reconocían la importante contribución de las organizaciones multilaterales a nivel de país, los Estados Miembros habían observado que sus orientaciones y prioridades a menudo no coincidían con las de los gobiernos y habían subrayado que el financiamiento proveniente de estas organizaciones debía coincidir con las prioridades nacionales; finalmente los Estados Miembros también habían subrayado la necesidad de intensificar los esfuerzos para proteger y aumentar el financiamiento para las organizaciones multilaterales, especialmente la OMS y la OPS.

182. Con respecto al proyecto de duodécimo programa general de trabajo de la OMS, los Estados Miembros habían apoyado el énfasis en lograr la cobertura universal de la atención de salud y habían subrayado la necesidad de fortalecer la relación entre los productos y los efectos. También habían hecho hincapié en que los indicadores debían tener una definición precisa y ser fáciles de medir, en que el número de indicadores debía reducirse al mínimo y en que recomendaban utilizar indicadores trazadores. Los Estados Miembros habían señalado que no todos los países tenían sistemas de información buenos para medir los indicadores y habían solicitado apoyo a la formación de la capacidad necesaria para establecer mecanismos de seguimiento.

183. En cuanto al anteproyecto de presupuesto por programas, los Estados Miembros habían recomendado que debía limitarse el número de productos y se los debía estandarizar. También habían solicitado más criterios para clasificar las prioridades estratégicas a fin de guiar la asignación de los recursos y habían recomendado que, en el marco de la reforma de la OMS, se revisase el mecanismo de validación para la asignación de los recursos de la OMS entre las regiones. Los Estados Miembros habían respaldado el enfoque participativo usado para formular el proyecto de programa de trabajo, subrayando la necesidad de que se tuviesen en cuenta las expectativas de los países, y habían solicitado seguir participando activamente en el proceso para ultimar el programa de trabajo, incluidas las consultas virtuales.

184. En el debate que siguió, se subrayó que los Estados Miembros debían ser quienes establecieran las prioridades de la OMS y no los donantes, y que los Estados Miembros también debían resistir la tentación de seguir agregando nuevas prioridades y mandatos. Al mismo tiempo, se señaló que a menudo los donantes eran los mismos Estados Miembros, en cuyo caso las prioridades del donante y del Estado Miembro convergerían plenamente. Se indicó que debía modificarse el informe sobre la consulta regional (documentos CSP28/INF/1 y Add. I) para reflejar ese hecho. También se sugirió que debía revisarse el informe para dejar claro que se había manifestado una variedad de opiniones y que no todos los Estados Miembros opinaban lo mismo sobre los diversos temas tratados. Se solicitó aclaración sobre una propuesta para cambiar el ejercicio económico de la Organización, a la que se hacía referencia en el informe.

185. Se manifestó inquietud por la atención insuficiente que todavía se prestaba a los determinantes sociales de la salud en la versión revisada del programa de trabajo. Se instó a la Secretaría y a los Estados Miembros de la OMS a recordar el compromiso contraído en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud de adoptar medidas con respecto a los determinantes sociales a fin de reducir las inequidades y de tomar debida cuenta de los determinantes sociales en el proceso de reforma de la OMS. La inclusión de los determinantes de la salud como una prioridad dentro de la categoría 3 en el proyecto de programa de trabajo no se consideraba suficiente para asegurar que en todas las políticas se incorporase un enfoque basado en los determinantes sociales de una manera transversal. Se subrayó la necesidad de promover las intervenciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud y para fortalecer la función de la OMS al promover tales intervenciones. Además, se destacó la necesidad de aclarar mejor la función de la OMS frente a sus asociados.

186. El doctor Jama dijo que las opiniones vertidas por los Estados Miembros de la Región de las Américas coincidían con algunas de las opiniones expresadas en otras regiones, en particular con respecto a la necesidad de limitar el número de productos, de procurar que las prioridades establecidas reflejaran verdaderamente las prioridades de los Estados Miembros durante el período de seis años a ser cubierto por el programa de trabajo y de resistir la tentación de seguir agregando nuevas prioridades. La Secretaría se esforzaría por limitar el número de productos y por procurar que aquellos incluidos estuvieran claros y fueran cuantificables. También incorporaría productos específicos relacionados con los determinantes sociales de la salud en cada categoría.

187. Con respecto a las alianzas, aclaró que las alianzas en cuestión eran aquellas albergadas por la OMS y explicó que se suministraría información acerca de los arreglos de gobernanza, la asignación de recursos y otros temas relativos a ellas en un documento que se estaba preparando para ser considerado por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS en enero del 2013. En cuanto al ejercicio económico, se había propuesto que debía empezar en julio para reducir el intervalo entre la aprobación y la ejecución presupuestaria y hacer más predecible el financiamiento. Ese asunto se

analizaría a fondo durante la reunión extraordinaria del Comité de Programa, Presupuesto y Administración que tendría lugar en diciembre del 2012.

188. La doctora Roses dijo que se revisaría el informe sobre la consulta regional a fin de dilucidar algunas de las ideas y procurar que se incorporasen de manera más exacta las diversas opiniones. Con respecto a las prioridades, explicó que era importante tener presente que las prioridades propuestas en el programa general de trabajo y el presupuesto por programas de la OMS representaban las prioridades mundiales colectivas, que no necesariamente coincidirían totalmente con las prioridades específicas de los Estados Miembros individuales o de las seis regiones de la OMS. Era importante que las prioridades mundiales se expresasen de una manera que fuera lo suficientemente amplia como para incluir las distintas prioridades, necesidades e inquietudes a nivel regional, nacional y subnacional.

189. La Presidenta anunció que se habían recibido intervenciones por escrito de dos organizaciones no gubernamentales y que las opiniones expresadas allí se incluirían en el informe sobre la consulta regional.

Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS (documento CSP28/INF/2)

190. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre la consideración que el Comité Ejecutivo dio al informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) en su 150.^a sesión (véase el documento CE150/FR, párrafos 185 a 187).

191. El doctor John Lavis (Presidente, Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS) hizo un repaso de la historia del CAIS, que se había establecido en 1962 con el propósito de examinar los programas de investigación existentes y propuestos, y de sentar las bases para una política de investigación a largo plazo que sirviese de guía para los proyectos presentes y futuros. Uno de los éxitos principales de la labor del Comité era que finalmente tal política estaba vigente. La política coincidía con la *Estrategia de la OMS sobre investigación en pro de la salud* y era la primera de su tipo implantada en alguna de las regiones de la OMS. La política se apoyaba en seis pilares, el primero de los cuales era promover la generación de investigaciones pertinentes, éticas y de gran calidad. Un ejemplo de ese aspecto era la creación y actualización continua de la página web sobre investigaciones sanitarias (llamada *Health Research web*), en la que se proporcionaba una imagen actualizada al momento del estado de la investigación en materia de salud en todos los países de la Región.

192. El segundo pilar era fortalecer la gobernanza de la investigación y promover la definición de temarios para la investigación. Un ejemplo era el apoyo a la creación y actualización continua de los registros de ensayos clínicos en muchos países. El tercer

pilar era mejorar la competencia de los recursos humanos que participasen en la investigación y prestarles apoyo, como el apoyo para capacitar a equipos de país y el personal de la Oficina en la preparación de resúmenes de pruebas para la formulación de políticas.

193. El cuarto pilar era promover una mayor eficiencia e intensificar las repercusiones de la investigación y la identificación con sus objetivos mediante alianzas eficaces y estratégicas, la colaboración y el fortalecimiento de la confianza, y la participación del público en la investigación. Un ejemplo era el apoyo para la traducción al español de las normas clave de notificación de las investigaciones preparadas por la red EQUATOR.

194. El quinto pilar era fomentar prácticas y normas óptimas para la investigación, por ejemplo al apoyar el fortalecimiento a nivel nacional de los sistemas de revisión ética y los procesos para la formulación de directrices al nivel mundial. Por último, el sexto pilar era promover la difusión y utilización de los resultados de la investigación. Un ejemplo era el apoyo a la creación, la operación y la evaluación de las Redes de Políticas Basadas en Pruebas Científicas (EVIPNet) en muchos países de América Latina y el Caribe.

195. En los últimos cinco años se había logrado mucho en cuanto a la promoción de la capacidad de investigación y de herramientas de participación y otros recursos para brindar apoyo a la ejecución en curso de la política. Los próximos pasos clave incluirían la finalización de un plan de acción para concretar la política y un informe semestral sobre su ejecución, la institucionalización de la política dentro de la Oficina y un plan de movilización de recursos para brindar apoyo a una mayor ejecución.

196. En el debate tras los comentarios del doctor Lavis, se manifestó apoyo a las recomendaciones del CAIS y varios delegados elogiaron la labor de este comité. Algunos describieron los esfuerzos de sus países para crear la capacidad de realizar investigaciones y aplicarlas. Se hizo hincapié en que las normas y las prácticas tenían que basarse en pruebas científicas, en particular cuando era necesario convencer a los legisladores para que liberasen fondos en apoyo de su ejecución. Se subrayó la necesidad de encontrar mejores maneras de traducir la investigación en políticas sanitarias y de vincular la generación del conocimiento a las mejoras en la salud de la población.

197. El doctor Lavis agradeció la información acerca de los adelantos en el ámbito de la investigación en los diversos países. Le complacía oír la importancia que se estaba dando a la formulación de políticas basada en datos de investigación. En respuesta a la observación de un delegado, agregó que la bioética era un componente importante del trabajo del CAIS y que sería un tema central de su próxima reunión.

198. La Directora, observando que la reunión más reciente del CAIS se había celebrado en Barcelona (España) fuera de la Región, dijo que celebrar la reunión en Europa había permitido la interacción con el comité europeo y el Comité Consultivo de

Investigaciones Sanitarias mundial. Además, el encuentro se había beneficiado de una reunión mundial celebrada al mismo tiempo en la Red y Centro Cochrane Iberoamericano, lo que había favorecido una participación más amplia y una interacción sumamente fructífera entre los miembros.

199. Elogió el liderazgo sobresaliente ejercido por el doctor Lavis en los últimos cinco años y su capacidad de lograr centrar la atención en este tema, de seleccionar los asuntos más estratégicos e importantes, de promover alianzas y de seguir adelante con la actividad de CAIS fuera de sus reuniones formales por medio de grupos de trabajo, consultas virtuales y otros mecanismos, lo que había contribuido a un período extraordinariamente productivo en el trabajo del CAIS.

200. La Conferencia tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documentos CE150/INF/3 A, B, C, D, E, F, G y H)

Determinantes sociales de la salud (documento CSP28/INF/3-A)

201. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) transmitió los puntos principales del debate que sostuvo el Comité Ejecutivo sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 188 a 191) e informó que el Comité había subrayado la importancia de asegurar que se prestara atención a los determinantes sociales de la salud en el duodécimo programa general de trabajo de la OMS y había manifestado inquietud de que el enfoque transversal propuesto en el debate sobre la reforma de la OMS en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (véanse los párrafos 173 a 189 anteriores) pudiera llevar a que se perdiese o diluyese el énfasis en los determinantes de la salud. El Comité también había subrayado la necesidad de incorporar líneas de acción e indicadores específicos en relación con los determinantes de la salud en la programación tanto de la OMS como de la OPS.

202. La Directora agradeció al Gobierno del Brasil por haber patrocinado la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, que había sido un gran éxito. Recordó que la Región de las Américas había sido la única región en la que se celebraron consultas con las poblaciones indígenas durante el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales. Se había considerado esencial tener en cuenta la perspectiva de los pueblos indígenas y de ascendencia africana, especialmente en vista de que padecían las inequidades desproporcionadamente.

203. La Conferencia tomó nota del informe.

Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género (documento CSP28/INF/3-B)

204. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre el debate que sostuvo el Comité Ejecutivo sobre el informe sobre la ejecución de la *Política en materia de igualdad de género de la OPS*, adoptada en el 2005 (véase el documento CE150/FR, párrafos 190 a 194), y observó que el Comité había subrayado la necesidad de brindar una atención continua al problema de la violencia contra la mujer y había destacado el vínculo entre los determinantes sociales de la salud y los determinantes sociales de la igualdad de género y la necesidad de acción multisectorial para abordar estos determinantes. También había señalado que, precisamente debido a su naturaleza multisectorial y transversal, la igualdad de género tendía a recibir menos atención que otras prioridades más específicas.

205. La Directora observó que la ejecución de la *Política en materia de igualdad de género* incluía tanto la cooperación con los países como la incorporación de una perspectiva de género en toda la planificación y programación de la Organización. También implicaba esforzarse por lograr la paridad de los sexos en el personal de la Oficina. Se habían logrado grandes avances en ese sentido (véase el informe sobre las estadísticas de la dotación de personal, párrafo 242 abajo) y en cuanto a la mejora de la capacidad del personal de incorporar las cuestiones de género en su trabajo y en la prestación de la cooperación técnica. Un reto clave para promover un progreso aun mayor hacia la igualdad de género era la producción de datos desglosados por sexo, edad, grupo étnico y otras variables para identificar las disparidades y evaluar la repercusión de las medidas, aunque también se habían logrado grandes avances en este sentido, tanto dentro de la Oficina como en los países.

206. En el debate que siguió, se recibieron con satisfacción los esfuerzos de la Oficina para integrar la igualdad de género en las políticas de la OPS, en particular los esfuerzos realizados para producir estadísticas relacionadas específicamente con estos temas a fin de identificar las disparidades relacionadas con el género en el ámbito de la salud y en el acceso a los servicios de salud. También se recibió con beneplácito los esfuerzos para capacitar a los funcionarios sobre el terreno. Se apoyaron las recomendaciones establecidas en el informe de progreso.

207. La Conferencia tomó nota del informe.

Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de período (documento CSP28/INF/3-C)

208. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió el debate del Comité Ejecutivo sobre el examen de mitad de período de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo* (véase el documento

CE150/FR, párrafos 202 a 205) e informó que el Comité había subrayado la necesidad de que los organismos del sistema de las Naciones Unidas y los ministerios nacionales adoptasen un enfoque coordinado, integrado y uniforme acerca de la alimentación y la nutrición, y habían destacado la importancia de velar por la seguridad nutricional a lo largo de todo el ciclo de vida.

209. La Conferencia también afirmó la importancia de un enfoque equilibrado e integrado de la nutrición que no se centrara excesivamente en los temas relativos a la comercialización y la manipulación de los alimentos. Se alentó a la OPS a seguir promoviendo un enfoque integrado de los temas relativos a la alimentación y la nutrición por intermedio de la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo y enfoques intersectoriales a nivel de país que incluyesen al sector de la educación, la economía y la actividad agropecuaria.

210. Se sugirió que debía hacerse más hincapié en la difusión de los patrones de crecimiento infantil de la OMS y que los esfuerzos para promover la lactancia materna debían incluir orientación sobre la lactancia materna en los servicios a nivel comunitario y de la atención primaria. También se sugirió que debía promoverse el uso del indicador de talla para la edad para diagnosticar la desnutrición crónica. Además, se recomendó que debía promoverse el concepto de la “equidad infantil”, que abarcaba factores como la vivienda, la educación, la seguridad alimentaria y los ingresos familiares. También se subrayó la necesidad de prestar atención a la doble carga del sobrepeso y el peso inferior al normal.

211. La doctora Gina Tambini (Gerenta de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) aseguró a los Estados Miembros que la Oficina continuaría promoviendo un enfoque integrado e intersectorial de la nutrición y seguiría colaborando también con los países para hacer frente al tema de la obesidad y el sobrepeso en los niños.

212. La Directora hizo hincapié en la contribución del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) al progreso logrado con el plan de acción y a la prestación de cooperación técnica con relación a la nutrición en la subregión centroamericana, y agradeció al Gobierno de Guatemala por ser el país sede del Instituto.

213. La Conferencia tomó nota del informe.

Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período (documento CSP/INF/3-D)

214. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre el debate que sostuvo el Comité Ejecutivo sobre la evaluación de mitad de período del *Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/SIDA y las ITS* (véase el documento CE150/FR, párrafos 208 a 211) y señaló que se había alentado a la Oficina a

examinar las pruebas emergentes sobre el enfoque del “tratamiento como prevención” y sus implicaciones éticas y de derechos humanos.

215. En el debate posterior, los Estados Miembros reafirmaron su apoyo del plan estratégico regional, recibieron con agrado el avance logrado y avalaron las recomendaciones que figuraban en el informe. Los delegados informaron sobre el progreso logrado en la ejecución de los planes y estrategias nacionales para enfrentar la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual y para aumentar el acceso al tratamiento antirretrovírico, y varios observaron que sus planes nacionales coincidían plenamente con el plan regional. Se informó que en un caso se habían usado los resultados del examen de mitad de período para reorientar y fortalecer los programas nacionales contra la infección por el VIH y las ITS. Se señaló que el informe de progreso contenía poca información sobre el avance logrado en algunas subregiones y se solicitó a la Oficina que rectificara esa omisión.

216. Al mismo tiempo que reconocían la importancia de abordar la pandemia de la infección por el VIH/sida, varios delegados subrayaron la necesidad de prestar mayor atención a otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la hepatitis viral. También se consideró necesario reforzar los programas de extensión para los grupos de alto riesgo como los profesionales del sexo, los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, y las mujeres y los niños vulnerables.

217. La doctora Gina Tambini (Gerenta de Área, Salud Familiar y Comunitaria) felicitó a los Estados Miembros por el progreso logrado al ejecutar los planes nacionales para controlar la infección por el VIH/sida y las ITS, en particular el avance hacia la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH/sida y la mayor disponibilidad del tratamiento antirretrovírico. Hizo hincapié en la función del Fondo Estratégico de la OPS para facilitar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos. También reconoció la necesidad de seguir centrándose en las enfermedades de transmisión sexual y observó que la OPS estaba colaborando con diversos asociados en el tema, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

218. La Conferencia tomó nota del informe.

Situación actual del dengue (documento CSP28/INF/3-E)

219. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo), al informar sobre el debate del Comité Ejecutivo sobre este tema (véase el documento CE150/FR, párrafos 212 a 216), dijo que se había subrayado la necesidad de continuar con el apoyo de la OPS a las iniciativas nacionales de control del dengue, al igual que la necesidad de una acción intersectorial y de educación y movilización de la población para eliminar los criaderos de vectores. También se había destacado la importancia de la investigación en curso para obtener una vacuna contra el dengue.

220. En el debate posterior, los Estados Miembros afirmaron la necesidad de una acción intersectorial para abordar los diversos determinantes sociales y ambientales que contribuían a la propagación y la persistencia del dengue. También se subrayó la necesidad de cooperar entre los países e intercambiar las mejores prácticas. Los Estados Miembros manifestaron agradecimiento por el apoyo de la OPS a los esfuerzos nacionales de control del dengue e instaron a la Organización a aumentar su ayuda en las áreas de comunicación de riesgos, promoción de la participación intersectorial en actividades de prevención y control, vigilancia entomológica para guiar una acción oportuna, estudios de resistencia y sensibilidad con respecto a los insecticidas, y capacitación del personal clínico en el manejo del dengue grave. También se solicitó a la Organización que formulara directrices de vacunación contra el dengue para que los países pudiesen estar preparados para comenzar a administrar la vacuna tan pronto como estuviese disponible. También se solicitó apoyo de la OPS para la ejecución de una hoja de ruta adoptada por los países andinos con miras a reducir las tasas de letalidad del dengue.

221. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) estuvo de acuerdo en que debía adoptarse un enfoque intersectorial en las políticas nacionales de control del dengue y que debían abordarse los determinantes sociales y ambientales de esta enfermedad. Garantizó a la Conferencia que el dengue seguiría siendo una prioridad para la OPS y que la Organización seguiría proporcionando asistencia técnica a los países. Señaló que los resultados de los ensayos clínicos de fase II de la vacuna contra el dengue bajo estudio no habían sido muy prometedores y, por consiguiente, probablemente harían falta de cinco a diez años antes de que hubiera una vacuna. En consecuencia, sería esencial seguir aplicando las estrategias integradas que abordaban el dengue desde una perspectiva de salud pública. La OPS continuaría siguiendo de cerca los ensayos clínicos.

222. El doctor Jon Andrus (Director Adjunto, OSP) confirmó que la vacuna que se estaba estudiando actualmente en Tailandia había mostrado solo 30% de eficacia en los ensayos clínicos de fase IIb. Los estudios seguirían adelante, pero incluso cuando se contase con una vacuna debía considerársela como una herramienta a usarse en el contexto de los esfuerzos integrados de control de vectores.

223. La Conferencia tomó nota del informe.

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (documento CSP28/INF/3-F)

224. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó sobre el análisis del Comité Ejecutivo del informe de progreso sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (véase el documento CE150/FR, párrafos 217 a 220) y señaló que los Miembros del Comité habían subrayado la necesidad de un compromiso firme de todos los Estados Miembros para lograr el pleno cumplimiento del Reglamento. También

habían destacado la importancia del apoyo continuo de la OPS a los esfuerzos nacionales para fortalecer la vigilancia y la capacidad de respuesta. También se había planteado la necesidad del apoyo técnico y financiero constante para que los países pudiesen mantener sus capacidades básicas.

225. En el debate subsiguiente, todos los delegados que hicieron uso de la palabra hicieron hincapié en el compromiso de sus gobiernos con la aplicación del Reglamento. Varios describieron los pasos que se habían dado a nivel nacional para implantar o fortalecer las capacidades básicas y manifestaron gratitud a la OPS por el apoyo a sus esfuerzos. Sin embargo, se señaló que, a pesar de esos esfuerzos, un gran número de países estaba solicitando una prórroga de la fecha prevista de junio del 2012. Esto se vio como motivo de preocupación, y se subrayó que era necesario redoblar los esfuerzos para que las capacidades básicas estuvieran implantadas y fueran plenamente operativas dentro del período de prórroga de dos años. Se señaló que no cumplir con la nueva fecha límite dañaría la credibilidad tanto de la OPS como de la OMS.

226. Se subrayó la necesidad de promover alianzas bilaterales y multilaterales para cumplir con el nuevo plazo, y los Estados Miembros que habían progresado satisfactoriamente en la implantación de las capacidades básicas ofrecieron su ayuda a otros Estados Miembros. Para algunos países, enfrentar la pandemia por virus (H1N1) 2009 y otros eventos similares había fortalecido la capacidad de respuesta, pero al mismo tiempo había retrasado la implantación plena de las capacidades básicas. La implantación de las capacidades requeridas con respecto a los puntos de entrada y las emergencias radiológicas y químicas seguía siendo un reto para muchos países. Se sugirió que la respuesta a estas emergencias podría requerir de la cooperación subregional entre grupos de países en aquellos casos en los que los países individuales carecían de capacidad para proporcionar una respuesta adecuada por cuenta propia.

227. Se señaló que la Copa Mundial de la FIFA en el 2014 y los Juegos Olímpicos en el 2016, los dos eventos a celebrarse en el Brasil, sería buenas oportunidades para fortalecer las alianzas y la colaboración entre países, y para elaborar planes para eventos multitudinarios en la Región y ponerlos a prueba de conformidad con el Reglamento.

228. El Delegado del Brasil invitó a los Estados Miembros a que asistieran a la exhibición de ExpoEpi patrocinada por su Gobierno en octubre del 2012 y señaló que en el evento se exhibirían experiencias exitosas de control de enfermedades.

229. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) manifestó que la OPS era muy consciente de la urgencia de implantar las capacidades básicas necesarias para el 2014 y se mostró de acuerdo en que el cumplimiento del plazo era un tema importante de credibilidad. La OPS haría su mayor esfuerzo para prestar cooperación técnica a fin de lograr esa meta y de garantizar que haya equipos a nivel regional y de país para vigilar el progreso. Estuvo de acuerdo

con los delegados en que los principales retos serían lograr las capacidades básicas con respecto a los puntos de entrada y las emergencias químicas y radiológicas, y explicó que la OPS estaba colaborando estrechamente con el Organismo Internacional de Energía Atómica para brindar apoyo a los países a fin de crear la capacidad necesaria para enfrentar estas emergencias.

230. El funcionario instó a los Estados Miembros a que asistieran a ExpoEpi en el Brasil y observó que la OPS había colaborado con el Gobierno del Brasil para organizar una reunión paralela a fin de que una mañana completa estuviese dedicada al Reglamento Sanitario Internacional, al mejoramiento de las capacidades básicas y al fortalecimiento de la cooperación bilateral.

231. La Conferencia tomó nota del informe.

***Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015
(documento CSP28/INF/3-G)***

232. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) resumió el debate del Comité Ejecutivo acerca del informe de progreso sobre las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud (véase el documento CE150/FR, párrafos 222 a 227) y observó que el Comité había planteado la necesidad de una mayor coordinación y cooperación entre el sector de la salud, el de la educación y el del trabajo para asegurar que la capacitación de los trabajadores sanitarios fuera adecuada para las condiciones demográficas y epidemiológicas cambiantes de cada país. También se había considerado esencial mejorar la planificación sobre los recursos humanos y la distribución del personal sanitario, e impartir capacitación práctica y brindar incentivos al personal sanitario para ejercer su profesión al nivel de la atención primaria.

233. En el debate que siguió, los Estados Miembros elogiaron el liderazgo y el apoyo de la OPS a los países en el área de los recursos humanos para la salud. En particular se manifestó reconocimiento por la ayuda que había brindado la Organización para facilitar la capacitación destinada a los profesionales de la salud, incluidos los programas de aprendizaje en línea. Los delegados informaron acerca de las iniciativas nacionales para cumplir las metas regionales y el progreso logrado en ese sentido. Se expresó apoyo a las líneas de acción propuestas en el informe de progreso.

234. Se señaló que el establecimiento de la economía y mercado comunes de CARICOM, que brindaría oportunidades para el movimiento del personal sanitario en todo el Caribe, tornaba urgente la necesidad de adoptar un nuevo enfoque con respecto a los recursos humanos sanitarios en esa subregión. Se sugirió que debería establecerse un observatorio subregional de recursos humanos para la salud y una base de datos de recursos humanos para el Caribe y se solicitó apoyo a la OPS a ese fin.

235. Una representante de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) destacó la función central que desempeñaban los profesionales de la enfermería, en particular en la prestación de la atención primaria, e instó a los ministerios de salud y a la OPS a unirse para elaborar estrategias que ayudasen a mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería.

236. El doctor Rubén Torres (Gerente de Área Interino, Sistemas de Salud basaron en Atención Primaria de Salud, OSP) observó con agrado los esfuerzos que los Estados Miembros habían realizado para alcanzar las metas regionales. Señaló que en el informe de progreso se describían los resultados de una evaluación del punto de partida, que se había centrado en las metas mismas. En la próxima evaluación se examinarían más las políticas, los planes y las estrategias aplicadas, y las medidas que aun fuesen necesarias para alcanzar las metas.

237. La Conferencia tomó nota del informe.

Estado de los centros panamericanos (documento CSP28/INF/3-H)

238. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) informó que el Comité Ejecutivo había recibido en junio un informe sobre la situación de varios centros panamericanos. Se había sugerido que quizás debía elaborarse una estrategia regional con miras a movilizar un apoyo internacional más firme y recursos para los centros panamericanos. La Directora había respondido que se habían realizado esfuerzos para movilizar este tipo de apoyo, pero que hasta la fecha no habían sido muy fructíferos. La Oficina aceptaría las sugerencias de los Estados Miembros en cuanto a las organizaciones internacionales que podrían estar interesadas en apoyar la labor de estos centros.

239. En el debate que siguió, el Delegado de Trinidad y Tabago, país sede del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), manifestó el agradecimiento de su Gobierno a la OPS por su apoyo al establecerse este organismo mediante la consolidación de cinco instituciones subregionales de salud, incluidos dos centros panamericanos: el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Expresó especial gratitud a la Directora, cuyo apoyo a la idea de establecer el Organismo de Salud Pública del Caribe había generado el impulso necesario. Este organismo necesitaría el apoyo continuo de la OPS y de los asociados en la esfera de la salud en la Región y el mundo entero. Cabía esperar que el organismo pudiera convertirse en una institución regional que permitiese mejorar la situación sanitaria de la Región en su totalidad. Alentó a los Estados Miembros a que lo vieran desde esa perspectiva y no sencillamente como una institución de CARICOM.

240. La Directora dijo que la evolución de los centros panamericanos era un testimonio de la capacidad de la Organización de adaptarse continuamente al cambio y manifestó su

convicción de que la OPS seguiría transformándose en respuesta a las circunstancias cambiantes.

241. La Conferencia tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros: Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP (documento CSP28/INF/4)

242. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) explicó que se había informado al Comité Ejecutivo que, en previsión de una próxima serie de jubilaciones del personal, la Oficina estaba adoptando medidas para fortalecer la planificación de los recursos humanos y simplificar la contratación a fin de garantizar la continuidad y la transferencia de conocimientos. Además se informó al Comité que las mujeres actualmente ocupaban 49% de los puestos profesionales en la Oficina y, por lo tanto, prácticamente se había logrado la paridad entre los sexos. El Comité había elogiado el progreso de la Oficina hacia la paridad entre los sexos y había alentado a que se siguiesen haciendo esfuerzos en ese sentido. Se había sugerido que la Oficina debía proporcionar a los Estados Miembros información sobre las vacantes, la contratación y los procesos de selección a fin de difundirla a nivel de país.

243. La Conferencia tomó nota del informe sobre las estadísticas de dotación de personal.

Resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documentos CSP28/INF/5 A, B, C y D)

244. La doctora Miriam Morales (Presidenta del Comité Ejecutivo) dijo que el Comité Ejecutivo había recibido un informe en junio sobre las resoluciones y otras medidas de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 131.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS que se consideraban de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Se habían señalado a la atención especialmente las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre las enfermedades no transmisibles; los trastornos mentales; la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil; el plan de acción mundial sobre vacunas; y los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación. También se había puesto de relieve la decisión sobre la reforma de la OMS, tema en el que se había centrado gran parte de la atención tanto en la Asamblea de la Salud como en la reunión posterior del Consejo Ejecutivo. También se había observado que en varias de las resoluciones y las decisiones se solicitaba que se celebraran consultas regionales, incluidas las relativas a la reforma de la OMS y las enfermedades no transmisibles.

245. La Presidenta señaló a la atención la sección B del documento CSP28/INF/5 sobre el cuadragésimo segundo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la

Organización de los Estados Americanos, la sección C sobre la Sexta Cumbre de las Américas y la sección D sobre las organizaciones de integración subregional.

246. La Conferencia tomó nota del informe.

Otros asuntos

Presentación del libro *Pionero de la Salud Pública: Abraham Horwitz Barak, Primer Director Latinoamericano de la Oficina Sanitaria Panamericana*

247. El doctor Rafael Pérez-Escamilla (Presidente de la Junta Directiva, PAHEF) informó a la Conferencia acerca de la publicación reciente del libro *Pionero de la Salud Pública: Abraham Horwitz Barak, Primer Director Latinoamericano de la Oficina Sanitaria Panamericana*,¹⁰ producto de una colaboración entre la OPS y PAHEF, en el que se rinde homenaje al Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de 1959 a 1975, por su extraordinario liderazgo en el ámbito de la salud pública.

Presentación del libro *Vacunación: un gesto de amor. 10 años de la Semana de Vacunación en las Américas*

248. Sir George Alleyne (Director Emérito de la OSP) anunció la publicación de un libro titulado *Vacunación: un gesto de amor. 10 Años de la Semana de Vacunación en las Américas*, en el que se relataba la historia de la Semana de Vacunación en las Américas.

Clausura de la sesión

249. Tras el intercambio habitual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana cerrada.

Resoluciones y decisiones

250. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud/Fundación Panamericana de la Salud y Educación. *Pionero de la Salud Pública: Abraham Horwitz Barak, Primer Director Latinoamericano de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, DC: OPS; 2012.

Resoluciones

CSP28.R1: Admisión de Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la *Solicitud del Reino de los Países Bajos de que se admita a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud* (documento CSP28/28);

Considerando que el Reino de los Países Bajos, en su calidad de Estado Participante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es responsable de las relaciones internacionales de Aruba, Curaçao y San Martín y ha presentado a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) una solicitud en nombre de los gobiernos de Aruba, Curaçao y San Martín para su admisión como Miembros Asociados de la OPS;

Considerando que en 1992 el Consejo Directivo, mediante la resolución CD36.R2, estableció el procedimiento para la admisión como Miembros Asociados de los territorios o grupos de territorios en la Región cuyas relaciones internacionales sean responsabilidad de Estados cuya sede de gobierno se halle en o fuera de la Región;

Considerando que, de conformidad con el procedimiento para la admisión de nuevos Miembros Asociados, la Directora de la OSP transmitió la solicitud del Reino de los Países Bajos a los Estados Miembros de la OPS para su consideración,

RESUELVE:

1. Admitir a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la OPS.
2. Establecer el monto de las contribuciones señaladas del Reino de los Países Bajos como Estado Participante y de Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la OPS en un 0,017% cada uno del presupuesto aprobado para el 2012-2013, lo que equivale a US\$ 16.354 cada uno por año.
3. Determinar las contribuciones señaladas del Reino de los Países Bajos como Estado Participante y de Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la OPS para los bienes futuros teniendo en consideración los factores de población de estos territorios del Reino de los Países Bajos en las Américas y la naturaleza de la afiliación de los Estados Asociados.

4. Solicitar a la Directora que adopte las medidas necesarias para facilitar a Aruba, Curaçao y San Martín el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones de manera plena como Miembros Asociados de la OPS.

(Primera reunión, 17 de septiembre del 2012)

CSP28.R2: Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP28/12, Rev. 1, *Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones*;

Reconociendo que la revisión de la situación actual indica que la aplicación de la gestión del conocimiento y comunicaciones en los países de las Américas cuenta con dos condiciones básicas para su ejecución: dispone de medios eficaces para formular y llevar a la práctica estrategias y políticas de gestión del conocimiento y comunicaciones (viabilidad tecnológica), y de procedimientos prácticos e instrumentos sencillos, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera);

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

Reconociendo que todavía existen muchos retos para mejorar la infraestructura necesaria para apoyar a las plataformas de gestión del conocimiento y comunicaciones;

Considerando el informe JIU/REP/2007/6 (2007) sobre gestión de los conocimientos en el sistema de las Naciones Unidas; que, en noviembre del 2010, la Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe realizada en Lima (Perú) establece su Plan de Acción sobre la Sociedad de la Información y del Conocimiento de América Latina y el Caribe; que en el 2011 fue aprobada la Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones para todas las entidades y oficinas de país de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); y destacando la celebración del Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS), organizado cada 2 o 3 años que se ha consolidado como una actividad de referencia que refleja y sintetiza el estado del arte regional e internacional en las disciplinas y áreas temáticas de gestión de información científica y técnica, la comunicación científica, la bibliotecología y las tecnologías de la información;

Teniendo en cuenta la resolución A/RES/51/172 (1996) sobre la comunicación para los programas de desarrollo en el sistema de las Naciones Unidas, que reconocía la importancia de asignar prioridad a la comunicación para el desarrollo y destacaba la necesidad de apoyar los sistemas de comunicación recíproca que propicien el diálogo y permitan que las comunidades se manifiesten, expresen sus aspiraciones e intereses y participen en las decisiones relacionadas con su desarrollo; la Estrategia en materia de gestión de los conocimientos de la Organización Mundial de la Salud (2005); la Estrategia regional de gestión del conocimiento para apoyar la salud pública (resolución EM/RC53/R.10 [2009]) de la Región del Mediterráneo Oriental; y la Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud* de la OPS (documento CD51/13 [2011]);

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

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

Considerando la importancia de contar con una estrategia y plan de acción que permita a los Estados Miembros, de forma eficaz y eficiente, mejorar la salud pública en la Región por medio de la gestión del conocimiento y comunicaciones,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia, aprueba el Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones y apoya su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, lo que permitirá crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto de mejorar la salud pública en la Región a través de la adopción de normas, políticas y procedimientos en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones, asegurando la convergencia de proyectos, iniciativas, productos y servicios de la Región en estos temas.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda, a que:
 - a) asignen prioridad a la realización de un análisis de situación de las instituciones que trabajan en gestión del conocimiento y comunicaciones sobre salud, al acceso a la información confiable y al intercambio de conocimientos sobre salud, por medio de un proceso de aprendizaje continuo, para contribuir al desarrollo de la salud en la Región;

- b) elaboren y ejecuten políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones, guiados por la Estrategia y Plan de acción, promoviendo que estén a disposición los recursos y el marco jurídico necesarios, centrándose en las necesidades de las poblaciones en riesgo y en situación de vulnerabilidad;
 - c) ejecuten la Estrategia y Plan de acción, según corresponda, dentro de un marco integrado por el sistema de salud e instituciones de gestión del conocimiento y comunicaciones incluidos los servicios de información pública, bibliotecas, redes de información y servicios de tecnologías de información, haciendo hincapié en la colaboración interprogramática y la acción intersectorial, al tiempo que vigilan y evalúan la eficacia de esta Estrategia y Plan de acción y la asignación de recursos;
 - d) promuevan un diálogo interno y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como alianzas entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para promover el establecimiento de redes nacionales de gestión del conocimiento y comunicaciones sobre salud;
 - e) apoyen la capacidad de generar información e investigación para la elaboración de estrategias y ejecución de modelos basados en las pruebas científicas pertinentes;
 - f) apoyen la capacidad de producir, registrar, clasificar y difundir el conocimiento científico en el ámbito de la Biblioteca Virtual en Salud liderado por BIREME;
 - g) apoyen la ampliación y el fortalecimiento de la infraestructura de telecomunicaciones necesaria para aumentar el acceso a las redes de conocimientos, los datos científicos y la información de salud.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que respalde la coordinación y ejecución de la Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional, y preste la cooperación técnica necesaria a los países y promueva la cooperación técnica entre ellos, para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
 - b) que fortalezca las relaciones con instituciones académicas y ministerios de educación para promover la formulación y ejecución de programas nacionales de alfabetización digital, para mejorar las habilidades de las personas en el contexto de la nueva sociedad de la información;

- c) que fortalezca la estrategia de comunicación interna y las actividades para promover la aplicación de la gestión del conocimiento y de herramientas y metodologías de comunicación;
- d) que facilite la difusión de estudios, informes y soluciones que sirvan como modelo en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones para que, con las modificaciones apropiadas, se puedan utilizar para los Estados Miembros;
- e) que desarrolle y mantenga la red regional de centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud en materia de información, conocimiento y comunicaciones sobre salud en colaboración con los Estados Miembros;
- f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución de la presente Estrategia y Plan de acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicos;
- g) que apoye la ampliación y el fortalecimiento de la infraestructura de telecomunicaciones necesaria para aumentar el acceso a las redes de conocimientos, los datos científicos y la información de salud.

(Cuarta reunión, 18 de septiembre del 2012)

CSP28.R3: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)

LA 28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre el *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)* (documento CSP28/15);

Consciente de la resolución CSP17.R15 (1966) en virtud de la cual la 17.^a Conferencia Sanitaria Panamericana estableció un programa de libros de texto médicos como programa de cooperación técnica de la OPS;

Considerando los logros y éxitos alcanzados por PALTEX desde su creación, al mejorar la calidad y el impacto de la educación en las ciencias de la salud al proporcionar a los estudiantes y profesionales de la salud de toda la Región de las Américas materiales educativos pertinentes, accesibles y actualizados;

Deseando fortalecer, ampliar y modernizar PALTEX para que satisfaga mejor las necesidades de los Estados Miembros de la OPS,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe mencionado sobre PALTEX y de las medidas tomadas hasta la fecha por la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) ultime las medidas necesarias para consolidar la transferencia nuevamente a la OPS de la gerencia general y la administración de todos los aspectos de PALTEX, incluido su activo, administración, operaciones, inventario, adquisiciones y finanzas;
 - b) elabore un mejor modelo estructural y operativo para PALTEX de conformidad con la gerencia integral de la OPS y con arreglo a los reglamentos y las reglas de la Organización, a fin de asegurar la integridad técnica y financiera del programa y prever su sostenibilidad;
 - c) renueve los componentes técnicos de PALTEX, incluidos:
 - i. el establecimiento de un nuevo sistema de selección técnica para asegurar que todos los recursos de aprendizaje incorporados a la colección de PALTEX sean de gran calidad y relevancia;
 - ii. el desarrollo de dos series nuevas:
 - ◁ Renovación de la atención primaria de salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio,
 - ◁ Desarrollo docente;
 - iii. la ampliación de PALTEX al Caribe de habla inglesa y, a Cuba, Haití y Puerto Rico;
 - iv. la prestación de cooperación técnica, previa solicitud, a otras regiones de la OMS, como la Oficina Regional para África (AFRO) y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO);
 - v. la creación del sistema *e-PALTEX* mediante la elaboración de un componente digital en línea, amplio e integral, de recursos de aprendizaje basados en las prioridades educativas;
 - vi. el aumento del número de instituciones miembro que participan en la Región.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R4: *Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de)*

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

Considerando que fueron elegidos Canadá, Jamaica y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de),

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Canadá, Jamaica y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de) los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R5: *Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)*

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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 Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre los miembros de BIREME (que en este momento incluye a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS), teniendo en cuenta la representación geográfica;

Recordando que el Artículo VI además establece que los cinco miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME deben alternarse cada tres años y que el

Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS podrá estipular un período de alternancia más corto en caso de ser necesario para mantener el equilibrio entre los miembros del Comité Asesor;

Considerando que fueron elegidos Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor de BIREME a partir del 1 de enero del 2013 por llegar a su término el mandato de Argentina, Chile y República Dominicana,

RESUELVE:

1. Declarar a Cuba, Ecuador y Puerto Rico electos como miembros no permanentes del Comité Asesor de BIREME por un período de tres años.
2. Agradecer a Argentina, Chile y República Dominicana los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Asesor de BIREME durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R6: *Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo*

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo* (documento CSP28/5);

Consciente de las limitaciones del tiempo disponible durante las sesiones de los Cuerpos Directivos de la OPS para el debate de los temas considerados de importancia estratégica;

Observando la necesidad de seguir mejorando los métodos de trabajo de los Cuerpos Directivos al racionalizar y simplificar sus órdenes del día,

RESUELVE:

1. Solicitar que, al desempeñar su función de examen y aprobación del orden del día provisional de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo continúe esforzándose por mejorar los métodos de trabajo de dichos Cuerpos Directivos al remitirles solo aquellos informes de progreso sobre temas técnicos y administrativos que considere necesario.

2. Delegar la determinación del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Comité Ejecutivo.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R7: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presentes el párrafo E del Artículo 4 y el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Miembros de la Organización;

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

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

RESUELVE:

1. Declarar a la doctora Carissa Faustina Etienne elegida como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cinco años a partir del 1 de febrero del 2013 hasta el 31 de enero del 2018.
2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la doctora Carissa Faustina Etienne para su nombramiento como Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas durante el mismo período.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R8: Directora Emérita de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta los 28 años de servicio prestados por la doctora Mirta Roses Periago a la Organización Panamericana de la Salud;

Reconociendo el liderazgo extraordinario desplegado por la doctora Roses como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas durante los últimos diez años;

Destacando su contribución a la transformación y modernización de la Organización en los albores del siglo XXI, así mismo como su dedicación y compromiso con el mejoramiento de la equidad y el principio del panamericanismo en el ámbito de la salud;

Deseando demostrar su reconocimiento por los muchos años de servicio a la Organización y considerando que el mandato de la doctora Roses como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud está por terminar,

RESUELVE:

1. Expresar su sincero agradecimiento a la doctora Mirta Roses Periago por los muchos años de servicio prestado a la Organización Panamericana de la Salud y por el liderazgo desplegado como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Conferir el título de Directora Emérita de la Oficina Sanitaria Panamericana a la doctora Mirta Roses Periago a partir de la fecha de su jubilación.
3. Desearle el mayor de los éxitos en las actividades que emprenda en el futuro para mejorar la salud de los pueblos de las Américas y del mundo.
4. Transmitir esta resolución al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para su información.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R9: Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud* (documento CSP28/11);

Reconociendo que en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 los ministros y secretarios de salud reconocieron que los derechos humanos son parte de los principios y valores inherentes a la Agenda de Salud y declararon que, a fin de que el goce del grado máximo de salud sea una realidad, los países deben trabajar para lograr la universalidad, el acceso, la integridad, la calidad y la inclusión en los sistemas de salud, que estén disponibles para las personas, las familias y las comunidades;

Teniendo en cuenta el número cada vez mayor de tecnologías sanitarias en la Región y la limitada capacidad institucional para priorizarlas y hacer una evaluación comparativa entre ellas;

Reconociendo que la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias puede tener consecuencias presupuestarias cada vez mayores que representan una presión para la gestión de los recursos de los sistemas de salud;

Teniendo en cuenta las prácticas en algunos países de utilizar el sistema jurídico para solicitar que las autoridades sanitarias aseguren el acceso a tecnologías sanitarias, sin que se haya comprobado su efectividad ni se haya hecho una evaluación comparativa con las tecnologías sanitarias ya ofrecidas por el sistema de salud;

Reconociendo los beneficios potenciales de incorporar las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud sobre la base de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), definida como la evaluación sistemática de las propiedades, los efectos y las consecuencias de estas tecnologías, incluidas las dimensiones médica, social, ética y económica;

Reconociendo los logros y avances de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), establecida por la OPS en el 2011, al igual que de las redes subregionales de evaluación de tecnologías sanitarias,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) promuevan la creación de procesos decisorios para la incorporación de tecnologías sanitarias basadas en la ETS, lo que puede incluir la seguridad, la eficacia, el costo y otros criterios pertinentes;
 - b) promuevan el uso de la ETS a fin de fundamentar las políticas de salud pública, incluidas las decisiones sobre la cobertura de los sistemas públicos de salud y la elaboración de guías y protocolos clínicos para las nuevas tecnologías;
 - c) promuevan esfuerzos para analizar y fortalecer los marcos institucionales a fin de incorporar las tecnologías sanitarias, y fomenten la creación de procesos transparentes y vínculos con las responsabilidades definidas entre los distintos actores interesados, inclusive entre las autoridades reguladoras y las entidades responsables de la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias;
 - d) promuevan la transparencia en los procesos de compras públicas, incluida la información no propietaria sobre precios de compra y el intercambio de los resultados de la ETS, a nivel nacional y regional, a fin de generar información para la toma de decisiones;
 - e) fortalezcan a las instituciones y a los recursos humanos, incluidos los equipos de evaluación y los responsables de la toma de decisiones, en la aplicación de la ETS, las metodologías para los estudios de la ETS y en el análisis crítico de los resultados de las evaluaciones;
 - f) promuevan la priorización de las evaluaciones en función de las necesidades nacionales y regionales, fortaleciendo los sistemas para la recopilación de datos de calidad y adaptando los estudios existentes de ETS para evitar la duplicación;
 - g) promuevan la generación y la difusión de los resultados de la ETS entre los actores y los responsables de las decisiones;
 - h) promuevan el intercambio de información, incluida la información sobre la calidad de los productos, a través de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias y otras plataformas tecnológicas pertinentes;
 - i) fortalezcan el uso racional de las tecnologías sanitarias, el desarrollo y aplicación de los formularios terapéuticos, las directrices y guías de práctica clínica que

sustenten el uso clínico (inclusive por nivel de atención), así como los sistemas de monitoreo del uso en las redes integradas de servicios de salud;

- j) fortalezcan las redes nacionales, subregionales y regionales en materia de ETS para fomentar el intercambio entre instituciones y países, mediante la promoción de la difusión y comparación de los estudios y las experiencias nacionales;
- k) participen activamente en la RedETSA.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) preste apoyo a los Estados Miembros en la formulación de políticas de tecnologías sanitarias y el fortalecimiento de los marcos institucionales para la ETS, y a la incorporación de tecnologías en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud;
- b) promueva el intercambio de buenas prácticas en materia de la ETS y la incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud entre los Estados Miembros;
- c) promueva y estimule la colaboración con organismos internacionales y redes internacionales existentes en ETS;
- d) enfatice ante los Estados Miembros y en los foros subregionales, regionales y mundiales la importancia de la participación en RedETSA, movilizandorecursos en apoyo de esta iniciativa junto con los Estados Miembros;
- e) promueva el desarrollo y uso de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias para la difusión de resultados de la ETS, y el desarrollo de comunidades de prácticas y redes sociales para la ETS a nivel regional;
- f) informe a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2014 con respecto a la aplicación de esta resolución y considere en ese momento la posibilidad de elaborar una estrategia y plan de acción regionales, en consulta con los Estados Miembros, para la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud.

(Sexta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R10: Política del presupuesto de la OPS

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la propuesta de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CSP28/7), en la que se propone una política del presupuesto regional modificada que define una nueva manera de asignar recursos dentro de la Organización Panamericana de la Salud;

Observando las recomendaciones de la evaluación de la política existente llevada a cabo por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS;

Reconociendo que, aunque los países con mayores necesidades han recibido un flujo mayor de recursos durante el período de la política existente, otros países han sufrido reducciones presupuestarias a un grado tal que no pueden mantener una presencia mínima en el país y que, de todas maneras, en apoyo del espíritu de solidaridad, han estado totalmente de acuerdo con una distribución de recursos que sea funcional dentro de entornos realistas y prácticos;

Consciente de la necesidad de alinearse con el proceso de reforma en marcha en estos momentos en la Organización Mundial de la Salud y sus posibles repercusiones para la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Agradecer al Grupo Consultivo para la formulación de una nueva política del presupuesto de la OPS y a la Oficina Sanitaria Panamericana sus esfuerzos por recomendar modificaciones e introducir nuevos criterios para la asignación de los fondos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias, tanto entre los niveles funcionales de la OPS como entre las representaciones en los países.
2. Tomar nota del modelo propuesto de asignación presupuestaria a los países para asignar recursos entre los países.
3. Aprobar la nueva *Política del presupuesto de la OPS* con el siguiente énfasis:
 - a) la asignación del presupuesto ordinario entre los cuatro niveles funcionales de la Organización (es decir, el nivel de país, entre países, subregional y regional) se hará de manera tal que, con el propósito de fortalecer la cooperación en los países, la Oficina Sanitaria Panamericana se esforzará continuamente por mantener las estructuras funcionales y orgánicas óptimas mediante evaluaciones internas y

- externas encaminadas a lograr el mayor nivel de repercusión en los países, al mismo tiempo que seguirá respondiendo eficazmente a los mandatos conjuntos regionales y subregionales;
- b) la porción mínima del presupuesto regular asignada al nivel de país se fija inicialmente en 40% del presupuesto ordinario total, el mismo porcentaje que en la actualidad; la distribución entre el nivel funcional e institucional sigue siendo dinámica, lo que permite que se puedan hacer ajustes a lo largo del proceso de planificación a los límites superiores establecidos en el presupuesto, de ser necesario, siempre con el objeto de mejorar los resultados en los países;
 - c) en la reasignación de los recursos del presupuesto ordinario entre los países, la asignación básica de ningún país se reducirá en más de 50% de su asignación proporcional entre los países, según lo aprobado en el Programa y Presupuesto 2012-2013; además, en ningún caso puede la asignación del presupuesto ordinario resultante ser menor que el componente fijo o mínimo calculado (concebido para proporcionar una presencia mínima en el país, tal como se define en la política) de la porción básica;
 - d) con respecto a los países clave (aquellos identificados originalmente en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), la Oficina se esforzará por movilizar recursos adicionales dirigidos a estos países de manera tal que la asignación neta de recursos totales no sea inferior al monto total de recursos en el bienio 2012-2013;
 - e) los objetivos para el uso de la asignación variable entre los países serán los indicados en el documento CSP28/7, todo ajuste futuro al uso del financiamiento variable se someterá a la consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración al momento de que se presente un proyecto de programa y presupuesto bienal.
4. Garantizar que las asignaciones a los países en los futuros programas y presupuestos de la OPS estén guiadas por el modelo aprobado en el párrafo 3 anterior de la parte dispositiva y se escalonen a lo largo de dos bienios en consulta con los Estados Miembros a fin de procurar que la transición para los programas de cooperación técnica sea lo más gradual posible.
5. Promover que en la asignación de los recursos se prioricen las categorías programáticas que concuerdan con los mandatos conjuntos e individuales de los Estados Miembros como se ha establecido en los documentos de planificación estratégica de la OPS.

6. Solicitar a la Directora que:
 - a) aplique la nueva política del presupuesto de la OPS cuando se formulen las propuestas de programas y presupuestos futuros para la consideración del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
 - b) presente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación provisional de la ejecución de la Política del presupuesto de la OPS al finalizar el primer bienio, a fin de que se pongan de manifiesto posibles retos o factores de éxito que pudieran contribuir a mejorar aun más esta política;
 - c) presente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la Política del presupuesto de la OPS cuando hayan transcurrido dos bienios de ejecución, a fin de procurar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes en materia de salud y que se asignen sistemáticamente los recursos en forma equitativa;
 - d) colabore con los Estados Miembros a fin de promover modalidades más eficaces de cooperación, así como para:
 - i) fortalecer la capacidad de aquellos países que estarán recibiendo más recursos del presupuesto ordinario con el objeto de garantizar su uso eficaz y eficiente;
 - ii) prestar apoyo a aquellos países que estarán recibiendo menos recursos del presupuesto ordinario mediante esfuerzos específicos de movilización de recursos dirigidos tanto a fuentes internas como externas.

(Sexta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R11: Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP28/20, *Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*;

Habiendo considerado la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en vigor a partir del 1 de enero del 2012;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 150.^a sesión de ajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE150.R16),

RESUELVE:

Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2012, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, en US\$ 189.349 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$146.044 (con familiares a cargo) o \$131.432 (sin familiares a cargo).

(Sexta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R12: *Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA 28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentada por la Directora en el documento CSP28/21,

RESUELVE:

Aprobar la modificación del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal, por la cual se delega en el Comité Ejecutivo la determinación del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(Sexta reunión, 19 de septiembre del 2012)

CSP28.R13: *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*

LA 28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CSP28/9, Rev. 1);

Recordando la resolución CD47.R9 del Consejo Directivo de la OPS (2006) acerca de la *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la*

actividad física y la salud, en la que se insta a los Estados Miembros a priorizar y establecer políticas y programas sobre las enfermedades no transmisibles;

Recordando la Declaración Ministerial sobre la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles formulada en la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y la Obesidad, que se efectuó en la ciudad de México en el 2011, donde se confirmó el compromiso de fortalecer y reorientar las políticas y los programas concernientes a las enfermedades no transmisibles;

Tomando nota con reconocimiento de la Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe denominada *Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles*;

Reafirmando la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Observando con profunda preocupación que las enfermedades no transmisibles causan más de 75% del total de las defunciones en la Región de las Américas, que más de la tercera parte de esas muertes (37%) son defunciones prematuras de personas de menos de 70 años de edad, y que las enfermedades no transmisibles se encuentran entre las principales causas de morbilidad y discapacidad;

Alarmada por las repercusiones socioeconómicas y sobre el desarrollo que tienen las enfermedades no transmisibles, al igual que sus efectos sobre los sistemas de salud, por las desigualdades en la carga de enfermedades no transmisibles y por sus tasas en ascenso, problemas todos atribuibles en gran medida a los determinantes sociales de la salud, como los cambios demográficos, ambientales, y del modo de vida, así como la etnicidad y la raza, el género y los factores culturales y económicos;

Reconociendo que las principales enfermedades no transmisibles —las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— tienen cuatro factores de riesgo en común, principalmente el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable y la falta de actividad física, y que la lucha contra las enfermedades no transmisibles puede llevar a sinergias al abordar enfermedades relacionadas, como los trastornos mentales y las enfermedades renales, bucodentales y oculares;

Observando con inquietud los niveles cada vez mayores de obesidad en la Región, en particular en los niños y la población joven, y consciente de que se requieren medidas urgentes para frenar esta tendencia;

Consciente de que se dispone de intervenciones costo-efectivas, con diversos niveles de recursos, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el ciclo de vida, de que se requieren acciones coordinadas en todos los sectores de la sociedad, y de que es hora de que los gobiernos, la sociedad civil, el sector académico, las organizaciones internacionales y el sector privado establezcan asociaciones para prevenir y controlar aumentos mayores de las enfermedades no transmisibles y de sus factores de riesgo;

Reconociendo que a nivel mundial se están elaborando un plan de acción y un marco mundial de seguimiento sobre las enfermedades no transmisibles por medio de un proceso de consulta, que serán examinados en la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013, y que la presente estrategia regional sobre las enfermedades no transmisibles se encuentra en consonancia con el proceso mundial, aunque al mismo tiempo refleja los aspectos específicos regionales y los avances de los planes y las políticas nacionales sobre las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas,

RESUELVE:

1. Respalda la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*.
2. Instar los Estados Miembros a que:
 - a) asignen alta prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y las incorporen como un componente integral en las políticas de protección social y los planes nacionales de salud y de desarrollo;
 - b) establezcan o fortalezcan mecanismos multisectoriales para promover el diálogo y las asociaciones entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales pertinentes sobre las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y determinantes;
 - c) fortalezcan o establezcan sistemas de vigilancia para el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas sobre las enfermedades no transmisibles para determinar su eficacia e impacto en la salud y el desarrollo, y para guiar la asignación de recursos;
 - d) establezcan o fortalezcan intervenciones para reducir la prevalencia de los factores de riesgo y aumentar la prevalencia de los factores protectores;
 - e) reorienten y fortalezcan los sistemas de salud para mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen enfermedades

- no transmisibles o sus factores de riesgo, sobre la base de la atención primaria de salud;
- f) participen activamente en el proceso de preparación del plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se presentará al Consejo Directivo de la OPS en el 2013.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) aplique la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* en todas las áreas programáticas pertinentes de la Organización y en coordinación con otros organismos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, las organizaciones internacionales y las entidades subregionales;
- b) elabore un plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que esté en consonancia con las prioridades de los países así como con el plan de acción mundial y marco mundial de seguimiento de la OMS, de acuerdo con el cronograma y el proceso incluidos en el anexo A, y que presente dicho plan de acción al Consejo Directivo de la OPS en el 2013;
- c) preste cooperación técnica a los Estados Miembros en la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas, los planes y los programas sobre las enfermedades no transmisibles, según sus circunstancias y necesidades;
- d) apoye a los Estados Miembros en la promoción de una respuesta de toda la sociedad mediante alianzas multisectoriales y comisiones nacionales para combatir las enfermedades no transmisibles;
- e) apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos por fortalecer las capacidades y las competencias de los servicios de salud y del personal sanitario, haciendo hincapié en la atención primaria de salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
- f) promueva la colaboración y el intercambio de conocimientos a escala regional sobre prácticas adecuadas e intervenciones exitosas en la aplicación de políticas, planes y programas multisectoriales sobre las enfermedades no transmisibles por medio de la red CARMEN sobre Prevención Integrada de Enfermedades no Transmisibles en las Américas y el Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles, además de otros foros y redes conexos.

(Séptima reunión, 20 de septiembre del 2012)

CSP28.R14: Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe presentado por la Directora sobre el *Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas* (documento CSP28/16), en el que se examina el avance logrado en cuanto a la documentación y la verificación de que los virus de transmisión endémica del sarampión y la rubéola ya no están presentes en la Región;

Habiendo examinado las recomendaciones del Comité Internacional de Expertos para mantener a la Región de las Américas libre de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita;

Reconociendo el enorme trabajo que han hecho los Estados Miembros para hacer el seguimiento del avance en la documentación y la verificación de la interrupción de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas de acuerdo con lo solicitado en la resolución CSP27.R2 (2007);

Observando el enorme progreso que se ha logrado en la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y de la rubéola;

Observando con preocupación que la transmisión continua de los virus del sarampión y la rubéola en otros lugares del mundo seguirá siendo un riesgo para la Región de las Américas y que, en la medida en que no se logre interrumpir la transmisión de ambos virus mundialmente, esto podría causar importaciones de los virus y brotes;

Teniendo en cuenta que, al documentar y verificar la eliminación de los virus en la Región, varios Estados Miembros de la OPS encontraron desafíos en sus programas de vacunación para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola, como una vigilancia débil y una cobertura heterogénea, que ponen en riesgo la eliminación de estas enfermedades;

Consciente de que todavía se necesitan considerables esfuerzos para sostener las metas de eliminación, los cuales requerirán la colaboración entre los gobiernos y las organizaciones asociadas, con vínculos más firmes entre los sectores público y privado;

Reconociendo la necesidad de elaborar un plan de acción de emergencia para mantener a la Región libre del sarampión y la rubéola, al igual que la necesidad de controlar los riesgos a largo plazo de la reintroducción de estos virus por importación de casos, que podría llevar a la reaparición de estas enfermedades,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los Estados Miembros y a su personal sanitario por el progreso alcanzado hasta la fecha en cuanto al logro y el mantenimiento de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, y por la documentación y verificación de la interrupción de la transmisión endémica de estas enfermedades en la Región.
2. Manifiestar su agradecimiento y solicitar el apoyo continuo de los diversos organismos que, junto con la OPS, han brindado un apoyo decisivo a los programas de inmunización y a los esfuerzos nacionales para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, incluidos el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, el Instituto de Vacunas Sabin, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola, la Fundación Lions Clubs International, la Fundación March of Dimes y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) mantengan la vigilancia de alta calidad de la eliminación y garanticen las medidas oportunas y eficaces de respuesta a los brotes en caso de alguna importación del virus salvaje; con el objeto de garantizar la vigilancia de alta calidad, se deben realizar las siguientes actividades, según sea necesario:
 - i. realizar evaluaciones externas rápidas de los sistemas de vigilancia del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita a fin de aumentar la robustez y la calidad de la detección de casos y la notificación, y de fortalecer los registros de anomalías congénitas,
 - ii. realizar búsquedas activas de casos y revisar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia en las áreas epidemiológicamente silenciosas,
 - iii. emitir alertas sanitarias para los eventos masivos (como los Juegos Olímpicos y la Copa Mundial de la FIFA),
 - iv. incluir al sector privado en la vigilancia de las enfermedades haciendo hincapié en la inclusión de los laboratorios privados en la red regional de laboratorios del sarampión y la rubéola,

- v. aumentar la colaboración entre los equipos de epidemiología y de laboratorio a fin de mejorar la vigilancia del sarampión y la rubéola, y la clasificación final de los casos sospechosos,
 - vi. mejorar la genotipificación molecular de los casos confirmados en todos los brotes,
 - vii. abordar las deficiencias y los problemas en los sistemas de vigilancia, de acuerdo con lo identificado por las comisiones nacionales;
- b) mantengan una alta cobertura de la vacunación contra el sarampión y la rubéola ($\geq 95\%$), de ser posible en más de 95% de las municipalidades y, con este fin, se recomiendan las siguientes actividades:
- i. realizar el monitoreo rápido de las coberturas a fin de identificar a los grupos de población susceptibles al sarampión y la rubéola, centrándose en particular en las personas de los grupos de población de alto riesgo que:
 - ◁ viven en las zonas fronterizas de mucha circulación,
 - ◁ viven en zonas densamente pobladas, como los asentamientos de las zonas periféricas urbanas,
 - ◁ viven en zonas donde la cobertura de vacunación es baja o las tasas de deserción de la vacunación son elevadas,
 - ◁ viven en zonas que no notifican casos sospechosos (epidemiológicamente silenciosas),
 - ◁ viven en zonas con una alta densidad de población que también reciben una elevada afluencia de turistas u otros visitantes, en particular, trabajadores relacionados con la industria del turismo (como aquellos que trabajan en aeropuertos, puertos, hoteles, sector de la hostelería y como guías de turismo) y aquellos que se encuentran en zonas de baja densidad o aisladas (destinos para el ecoturismo),
 - ◁ viven en zonas de difícil acceso, ya sea por razones geográficas, culturales o socioeconómicas, incluidas las poblaciones indígenas,
 - ◁ participan en el comercio o intercambio (como en ferias y mercados) o viven en zonas muy industrializadas,
 - ii. poner en marcha actividades inmediatas de vacunación en las zonas donde el monitoreo rápido de las coberturas establezca que se está por bajo del umbral recomendado de 95%,
 - iii. poner en marcha campañas de vacunación de seguimiento de alta calidad a fin de garantizar un grado alto de inmunidad mientras la Región continúa

con el proceso de verificar que está libre de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola,

- iv. mantener la buena calidad de la educación e información a nivel comunitario a fin de aumentar la concientización acerca de los beneficios de la vacunación;
 - c) integren las actividades propuestas para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en sus planes de acción anuales de los programas nacionales de vacunación;
 - d) compartan las mejores prácticas con respecto al fortalecimiento de la vigilancia y la mejora de la cobertura de la vacunación, al igual que la respuesta ante brotes.
4. Solicitar a la Directora que:
- a) siga prestando apoyo técnico a los Estados Miembros a fin de fortalecer la capacidad nacional en el marco de la vacunación de rutina por medio de estrategias que se centren en la mejora de la vigilancia y la notificación, al igual que en el aumento de la cobertura de la vacunación en las poblaciones vulnerables y de difícil acceso;
 - b) proporcione orientación técnica a fin de preparar materiales y proporcione apoyo técnico para la creación de capacidad con respecto a la vigilancia en el sector privado;
 - c) continúe apoyando firmemente la promoción y defensa de la causa a fin de mantener la confianza de la población con respecto a los programas de vacunación, en especial en relación con las vacunas contra el sarampión y la rubéola;
 - d) siga brindando apoyo firme a la promoción de la causa y a la movilización de recursos para mantener la eliminación regional del sarampión y la rubéola, habida cuenta de que las importaciones víricas continuas del exterior siguen representando un desafío para las metas alcanzadas;
 - e) continúe abogando por la causa con las otras regiones de la OMS y con sus asociados en el ámbito de la cooperación para el desarrollo, con la finalidad de redoblar los esfuerzos para aumentar la cobertura de la vacunación contra el sarampión y la rubéola, a fin de que se pueda lograr la eliminación a escala mundial.

CSP28.R15: Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad

LA 28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad* (documento CSP28/17, Rev. 1);

Consciente del significativo aumento del uso de las radiaciones ionizantes en los ámbitos de la medicina, la industria, la agricultura y ganadería y la investigación en la Región, y de los posibles efectos nocivos para la salud de las personas y para el medio ambiente;

Reconociendo las iniciativas de armonización internacional en materia de seguridad radiológica emprendidas por diversas organizaciones intergubernamentales como la Comunidad Europea de Energía Atómica, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Agencia para la Energía Nuclear de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (AEN/OCDE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las que, mediante una Secretaría Mixta y en consulta con los Estados Miembros y con organizaciones científicas y profesionales pertinentes revisaron las anteriores Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación de 1996, atendiendo, entre otros aspectos, a las recomendaciones formuladas en el 2007 por la Comisión Internacional de Protección Radiológica (CIPR) y a las conclusiones del Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas (UNSCEAR),

RESUELVE:

1. Respalda las nuevas normas de *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad*.
2. Instar a los Estados Miembros a que se apoyen en la orientación que brindan estas normas cuando establezcan o actualicen las normativas o los reglamentos nacionales y los criterios de funcionamiento en el ámbito de la seguridad radiológica.
3. Solicitar a la Directora que, de acuerdo con la disponibilidad de recursos en la Organización, continúe cooperando con los Estados Miembros en la formulación,

aprobación y ejecución de planes nacionales sobre seguridad radiológica de conformidad con las normas básicas internacionales mencionadas.

(Octava reunión, 20 de septiembre del 2012)

CSP28.R16: Uso del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento sobre el uso propuesto del excedente resultante de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) en el 2010 (documento CSP28/22),

RESUELVE:

1. Respalda los criterios empleados para determinar los proyectos propuestos para ser financiados a partir del excedente resultante de la implementación de las IPSAS en el 2010.
2. Aprobar, con efecto inmediato, la inversión del excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010 en las siguientes áreas, de acuerdo con el documento CSP28/22 (las cifras se encuentran en dólares de los Estados Unidos):
 - a) Sistema de Información Gerencial de la OSP: \$9.000.000;
 - b) provisión para cubrir el pasivo del seguro de salud tras la separación del servicio: \$10.000.000;
 - c) reserva para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital: \$8.000.000 (se incluye \$1.000.000 para la creación de un fondo subsidiario estratégico y rotatorio para bienes inmuebles);
 - d) aumento del Fondo Especial para la Promoción de la Salud: \$1.000.000;
 - e) creación del fondo de emergencia para epidemias: \$1.000.000;
 - f) plan quinquenal de inocuidad de los alimentos: \$500.000;
 - g) reserva para contingencias: \$4.381.684.

3. Delegar al Comité Ejecutivo la autoridad para hacer el seguimiento y aprobar todas las propuestas futuras o toda modificación necesaria con respecto al uso de estos fondos excedentes.
4. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que presente al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, a intervalos apropiados, un informe de situación sobre cada uno de los proyectos descritos en el párrafo 2, que incluya una actualización del alcance, el presupuesto y el cronograma, a fin de que sea posteriormente examinado por el Comité Ejecutivo.

(Octava reunión, 20 de septiembre del 2012)

CSP28.R17: Fondo Maestro de Inversiones de Capital

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP28/23, que presenta un informe sobre las actividades y las experiencias de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) relativas a la ejecución del Plan Maestro de Inversiones de Capital financiado por el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, establecido en el 2007 mediante la resolución CSP27.R19 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, así como el examen al respecto realizado por el Comité Ejecutivo;

Tomando nota de la propuesta para introducir cambios al financiamiento del Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, tal como se define en la resolución CSP27.R19;

Considerando la propuesta de crear otro fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos que no corresponden a proyectos,

RESUELVE:

1. Agradecer al Comité Ejecutivo su examen del informe sobre la ejecución del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sus recomendaciones posteriores.
2. Autorizar que el nombre del Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo se cambie a Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles.
3. Autorizar que el Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles continúe el financiamiento, según lo autorizado, a partir del excedente de los ingresos sobre los gastos, y ampliar las fuentes de financiamiento para incluir el excedente derivado de la implantación de las Normas Internacionales de Contabilidad del

Sector Público (IPSAS) cuando no se genere ningún excedente de los ingresos sobre los gastos.

4. Establecer un fondo subsidiario rotatorio y estratégico de bienes inmuebles como enfoque estratégico a largo plazo para mejorar la cartera de bienes inmuebles de la OPS, con una inyección inicial de US\$ 1 millón procedente de los fondos excedentes derivados de la implantación de las IPSAS.

5. Autorizar que el Fondo Subsidiario Rotatorio y Estratégico de Bienes Inmuebles mantenga el financiamiento futuro mediante un mecanismo rotatorio por el cual se aceptarán los ingresos generados de la venta de propiedades de la OPS y los ingresos varios derivados de la cancelación anual de préstamos para adquisiciones; el uso autorizado de todos estos fondos incluye la preparación de locales nuevos o pagos iniciales o depósitos destinados a la compra o el alquiler de locales para uso de la Organización.

6. Establecer un nuevo fondo subsidiario para el reemplazo de vehículos basado en el producto de las ventas de vehículos que no corresponden a proyectos en la Sede y las representaciones de la OPS/OMS, el cual se utilizará para complementar la compra de vehículos de reemplazo que no corresponden a proyectos.

(Octava reunión, 20 de septiembre del 2012)

CSP28.R18: Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* (documento CSP28/14, Rev. 1);

Teniendo en cuenta que en la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) los ministros y secretarios de salud resaltaron la importancia de difundir y aplicar más la bioética en los países de las Américas;

Consciente de las controversias éticas en los ámbitos de la atención médica, la investigación con participantes humanos y la formulación y ejecución de políticas de salud pública, y de que las nuevas tecnologías y la diversidad en las sociedades contemporáneas acrecienta la complejidad de estas controversias éticas;

Reconociendo que la bioética es la disciplina que busca aclarar los problemas éticos que surgen en relación con la salud, de conformidad con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la UNESCO en el 2005;

Teniendo en cuenta que desde 1994 el Programa Regional de Bioética de la OPS coopera con los Estados Miembros en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la bioética;

Observando que el Consejo Directivo ha alentado a los Estados Miembros a que aumenten la capacidad para el análisis bioético y formulen políticas sanitarias basadas en los principios bioéticos,

RESUELVE:

1. Respalda el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud*.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) busquen garantizar niveles adecuados de capacidad técnica de la autoridad sanitaria en materia del análisis bioético;
 - b) apoyen y promuevan la incorporación del análisis bioético en la formulación y ejecución de políticas y planes, y en la toma de decisiones sobre salud;
 - c) apoyen y promuevan la formulación de políticas nacionales y documentos normativos y regulatorios sobre temas de bioética;
 - d) promuevan la difusión de información sobre bioética entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, esclareciendo las aplicaciones de la bioética en las distintas áreas del trabajo en la esfera de la salud;
 - e) fortalezcan las actividades de comunicación a nivel nacional a fin de generar apoyo para la incorporación de la bioética en el trabajo en el ámbito de la salud;
 - f) estimulen la colaboración con instituciones académicas para el desarrollo de programas de capacitación en bioética, con énfasis en ética de la salud pública;
 - g) apoyen la cooperación técnica de la OPS para la integración de la bioética en las distintas áreas del trabajo de salud;
 - h) formen comisiones nacionales de bioética que sean independientes, multidisciplinarias y pluralistas de acuerdo con la Declaración de la UNESCO.

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) continúe fortaleciendo la cooperación técnica que presta el Programa Regional de Bioética de la OPS a los Estados Miembros;
 - b) promueva el desarrollo de redes regionales y estimule la colaboración con instituciones académicas para la incorporación de la bioética en el trabajo en salud;
 - c) fomente la elaboración y difusión de pautas y herramientas que guíen y dinamicen el trabajo en las distintas áreas de la bioética;
 - d) promueva la inclusión del análisis bioético *en* las distintas áreas de cooperación técnica de la OPS;
 - e) siga apoyando y promueva la revisión ética por parte de la Organización de las investigaciones con participantes humanos en las que toma parte la OPS;
 - f) abogue por la movilización de recursos nacionales e internacionales para apoyar los esfuerzos orientados a la integración de la ética en las actividades relacionadas con la salud.

(Octava reunión, 20 de septiembre del 2012)

CSP28.R19: Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento *Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres* (documento CSP28/13);

Considerando la información relacionada con las políticas de los ministerios de salud en materia de ayuda internacional incluida en el documento en referencia;

Contemplando las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS que desde 1976 han promovido y logrado el fortalecimiento de la reducción de riesgos y de la capacidad de respuesta de los Estados Miembros ante los desastres;

Reconociendo la existencia del Equipo Regional de Respuesta a Desastres administrado por la OPS en nombre de los Estados Miembros y la aprobación de los

principios de ayuda internacional durante la reunión celebrada en San José (Costa Rica) en 1986;

Recordando las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en las que se solicita que el gobierno de un país afectado asegure la coordinación de la respuesta humanitaria internacional;

Atendiendo la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas que solicita el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema y la creación del Comité Permanente entre Organismos (IASC);

Reconociendo el papel único y central que desempeña la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH) en la coordinación de las medidas internacionales de ayuda humanitaria, y tomando debidamente en *consideración* el papel de las autoridades nacionales de gestión de desastres;

Tomando en cuenta la resolución WHA65.20 de la Asamblea Mundial de la Salud, que insta a la OMS a asumir la función de organismo líder del Grupo de Acción Sanitaria Mundial¹¹ y a tomar las medidas necesarias para activar su respuesta a los países miembros en forma inmediata,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) aseguren que cada ministerio de salud establezca para el sector de la salud, según resulte apropiado y en coordinación con las autoridades nacionales existentes de gestión de riesgos, un mecanismo de coordinación para la recepción y el envío de ayuda humanitaria internacional, teniendo presente los requerimientos sanitarios de la población;
 - b) procuren que los ministerios de salud o las autoridades nacionales designadas informen constantemente a la OPS, según corresponda, sobre su mecanismo de coordinación de la ayuda internacional durante desastres con el objetivo de que todas las instancias extranjeras como las ONG, el sector privado o los organismos internacionales puedan ayudar fácilmente y respetar la organización del sector sanitario del país;
 - c) fortalezcan sus sistemas nacionales de respuesta del sector de la salud frente a emergencias y desastres con los procedimientos y estándares pertinentes y con la posibilidad de poner los equipos y la asistencia al alcance de los países vecinos y

¹¹ En América Latina se le conoce con el nombre de *cluster*.

- de otros países en el espíritu de panamericanismo solidario, teniendo en cuenta los mecanismos regionales y subregionales de asistencia mutua;
- d) establezcan sistemas para identificar un conjunto de profesionales experimentados en los diferentes campos de la respuesta a desastres y emergencias de salud pública y los pongan a disposición del Equipo Regional de Respuesta a Desastres administrado por la OPS/OMS.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) preste ayuda a los países en situaciones de emergencia y toda vez que sea necesario para la movilización de recursos a fin de hacer frente a los múltiples retos planteados por la respuesta sanitaria ante una emergencia;
 - b) establezca, active y movilice, a solicitud del país afectado, un número suficiente de personal y otros recursos para dar apoyo a la coordinación de la asistencia sanitaria internacional en el país, adoptando mecanismos como el Grupo de Acción Sanitaria, entre otros, que promuevan los estándares internacionales y velen por su aplicación;
 - c) abogue para que la OMS, en el marco de la Reforma Humanitaria de las Naciones Unidas, incluya a representantes de los gobiernos de los Estados Miembros en el Grupo de Acción Sanitaria Mundial en los casos en que corresponda;
 - d) abogue para que todas las personas, grupos, iniciativas o instituciones ajenas al Estado Miembro armonicen las actividades de ayuda humanitaria relacionadas con la salud de conformidad con el marco de coordinación de las Naciones Unidas y la respuesta nacional;
 - e) establezca un mecanismo flexible de registro y acreditación de equipos médicos extranjeros de respuesta inmediata con el objeto de mejorar la calidad de la respuesta médica en coordinación con la OMS;
 - f) apoye a los Estados Miembros mediante capacitación para desarrollar las competencias de los equipos nacionales que les permita asistir a los países vecinos y a otros países en caso de desastres.

(Novena reunión, 21 de septiembre del 2012)

CSP28.R20: Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez

LA 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la *Estrategia y Plan de acción para la salud integral de la niñez* (documento CSP28/10);

Teniendo en cuenta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales en los que se establece el derecho de los niños a gozar del grado máximo de salud que sea posible lograr;

Consciente de los mandatos internacionales que surgen de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la resolución WHA56.21 (2003) titulada *Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente* y la resolución WHA58.31 (2005) titulada *Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño*, los compromisos de los Estados Miembros de la Región de las Américas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y resoluciones de la OPS como la resolución CD49.R19 (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, que contribuyen y afectan directamente al bienestar de las mujeres, los niños y las personas que los cuidan;

Consciente de que los niños de la Región de las Américas son su principal recurso y de que el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y sus derechos humanos son esenciales para un desarrollo adecuado, y observando que las políticas, estrategias, planes y leyes sanitarias nacionales requieren renovada atención para que promuevan la integración eficaz de los servicios de salud del niño en los establecimientos sanitarios, usando un enfoque intersectorial y de todo el curso de la vida basado en los determinantes sociales de la salud y compatible con los mandatos internacionales;

Considerando que esta Estrategia y Plan de acción propone aprovechar el proceso continuo de la atención para promover el desarrollo óptimo del niño, prevenir y reducir la carga de morbilidad en los niños menores de 5 años; mejorar la nutrición del niño, empoderar a los padres, las familias y las comunidades para que apoyen las actividades de cuidado de los niños, crear entornos físicos y sociales que promuevan la seguridad y la buena salud, y fortalecer la colaboración entre diversas instituciones en el sector de la salud y otros sectores para que puedan trabajar con más eficiencia,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la salud integral de la niñez, e insta a tenerlos en cuenta en las políticas, los planes, los programas y los proyectos de desarrollo y, según corresponda, en el análisis de los presupuestos

nacionales, con miras a crear condiciones que permitan ampliar a mayor escala las intervenciones de salud integral de la niñez.

2. Reconocer los esfuerzos realizados y, al implementar la Estrategia y el Plan de acción, instar a los Estados Miembros a:

- a) promover y priorizar en los niveles más altos la ejecución de intervenciones eficaces, basadas en datos científicos, para prevenir la morbilidad y la mortalidad de los niños y para lograr un desarrollo social óptimo;
- b) brindar apoyo a la formulación de políticas, estrategias y planes de salud integral de la niñez, como parte de los planes nacionales de salud generales, fortalecer la capacidad de los servicios de salud integral de la niñez de alta calidad y garantizar el acceso universal a estos servicios;
- c) promover el diálogo y la coordinación entre los ministerios y otras instituciones públicas y académicas, así como entre los sectores público y privado y la sociedad civil, con miras a lograr un consenso nacional para la instauración de servicios de salud integral de la niñez basados en los determinantes sociales y un enfoque que abarque todo el ciclo de vida;
- d) fortalecer la capacidad de los gerentes nacionales y locales para la planificación y la gestión eficaces de los programas y del personal sanitario en los establecimientos de salud de primer nivel y de referencia, a fin de prestar servicios de salud integral de la niñez de calidad;
- e) apoyar a las personas que prestan cuidados a nivel de la familia, de la comunidad e individual para mejorar el comportamiento de búsqueda de atención, las campañas de comunicación social, la promoción de la salud y la asistencia prestada en el hogar y la comunidad, basada en prácticas de atención primaria de salud;
- f) fortalecer los sistemas y los servicios de salud para apoyar la prestación de atención de calidad de una manera compatible con sus obligaciones de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y la aplicación de procesos de capacitación innovadores, como la educación a distancia y otros modelos innovadores;
- g) promover la recopilación, el intercambio y la utilización de un conjunto estandarizado de datos sobre la salud integral de la niñez desglosados por edad, sexo y grupo étnico, donde sea aplicable;

- h) establecer grupos intersectoriales de trabajo sobre la salud integral de la niñez a fin de facilitar la creación de un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas, los planes, los programas, la legislación y las intervenciones, que permita determinar la calidad de la atención y las repercusiones de los servicios de salud integral de la niñez;
 - i) promover, donde sea apropiado, la colaboración entre las alianzas nacionales, municipales y locales con las Naciones Unidas y otros organismos internacionales, instituciones técnicas y científicas, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada, el sector privado y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, con el objeto de implantar servicios de salud integral de la niñez;
 - j) apoyar y potenciar al máximo el desarrollo de recursos humanos, el aumento de la capacidad y la prestación de servicios de calidad;
 - k) promover la aplicación y coordinación de la Estrategia y el Plan de acción para conseguir que las actividades transversales se integren en las diversas áreas programáticas de la Organización y los distintos programas regionales y de país;
 - l) fortalecer o generar acciones planificadas de carácter nacional y subnacional dirigidas a promover y garantizar el desarrollo en la primera infancia a través de un trabajo intersectorial con un enfoque que tenga en cuenta los determinantes sociales a fin de articular planes y programas para la atención integral de los niños y las niñas.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) establezca un grupo consultivo técnico para proporcionar orientación sobre las áreas estratégicas y los problemas de salud prioritarios para la acción relacionados con la salud integral de la niñez;
 - b) preste ayuda a los Estados Miembros, en colaboración con las Naciones Unidas y otros organismos y sectores internacionales, a fin de que trabajen conjuntamente para apoyar y fortalecer los planes nacionales y la ejecución de actividades de salud integral de la niñez a nivel de país;
 - c) establezca puntos de referencia que estén directamente correlacionados con las áreas estratégicas en la Estrategia y el Plan de acción;
 - d) promueva y consolide la cooperación técnica horizontal y el intercambio de experiencias exitosas y enseñanzas extraídas por los Estados Miembros;

- e) apoye la elaboración de directrices y herramientas técnicas integradas para facilitar la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción;
- f) elabore procesos para realizar análisis y revisiones externas de la ejecución del plan, sobre la base de las prioridades, necesidades y capacidades a escala nacional;
- g) realice evaluaciones a mitad de período y finales, y presente los resultados a los Cuerpos Directivos de la OPS.

(Novena reunión, 21 de septiembre del 2012)

Decisiones

CSP28(D1) Nombramiento de la Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia nombró a Antigua y Barbuda, Colombia y Puerto Rico para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 17 de septiembre del 2012)

CSP28(D2) Establecimiento de la Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 17 del Reglamento Interno, la Conferencia eligió a Granada para ocupar la Presidencia, a la Argentina y Guatemala para las Vicepresidencias y a México para la Relatoría de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Primera reunión, 17 de septiembre del 2012)

CSP28(D3) Establecimiento de la Comisión General

De conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Conferencia nombró a las Bahamas, Cuba y los Estados Unidos de América para integrar la Comisión General.

(Primera reunión, 17 de septiembre del 2012)

CSP28(D4) Adopción del orden del día

La Conferencia adoptó sin cambios el orden del día provisional contenido en el documento CSP28/1, Rev. 2. La Conferencia también aprobó un programa de reuniones (documento CSP28/WP/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 17 de septiembre del 2012)

CSP28(D5) Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana

La Conferencia seleccionó a Ecuador y El Salvador para que designen una persona a fin de integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana con un mandato de tres años a partir del 1 de enero del 2013.

(Quinta reunión, 19 de septiembre del 2012)

EN FE DE LO CUAL, la Presidenta de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, Delegada de Granada, y la Secretaria *ex officio*, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en lengua inglés.

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

Ann Peters
Delegada de Granada
Presidenta de la
28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana

Mirta Roses Periago
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Secretaria *ex officio* de la
28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**

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

- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN**
 - 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
 - 3.2 Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - a) Informe Quinquenal 2008-2012 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - b) Salud en las Américas
 - 3.3 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
 - 3.4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de)
 - 3.5 Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo

3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN (*cont.*)

- 3.6 Solicitud del Reino de los Países Bajos de que se admita a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas
- 4.2 Política del Presupuesto de la OPS
- 4.3 Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011/Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012
- 4.4 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- 4.5 Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez
- 4.6 Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
- 4.7 Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones
- 4.8 Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres
- 4.9 Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud
- 4.10 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)
- 4.11 Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
- 4.12 Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad

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

- 4.13 Consulta regional sobre el Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011
- 5.3 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 5.4 Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 5.5 Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010
- 5.6 Fondo Maestro de Inversiones de Capital

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

- 6.1 Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana
- 6.2 Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración (2012)

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Actualización sobre la reforma de la OMS: Consulta regional sobre el proyecto del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y del Anteproyecto del Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015
- 8.2 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
- 8.3 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Determinantes sociales de la salud
 - B. Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género
 - C. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de período
 - D. Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período
 - E. Situación actual del dengue
 - F. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
 - G. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015
 - H. Situación de los Centros Panamericanos
- 8.4 Informes de progreso sobre asuntos administrativos y financieros: Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OPS
- 8.5 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
 - A. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Cuadragésimo Segundo Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
 - C. Informe de la Sexta Cumbre de las Américas
 - D. Organizaciones de integración subregional

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

<i>Doc. PCT 636</i>	Salud en las Américas
<i>Documento oficial 342</i>	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011
<i>Documento oficial 343</i>	Informe Quinquenal 2008-2012 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Documentos de trabajo

C SP28/1, Rev. 3 CSP28/WP	Orden del día y Programa de reuniones
CSP28/2	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CSP28/3	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CSP28/4	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Colombia, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de)
CSP28/5	Método de trabajo de los Cuerpos Directivos: Delegación de funciones al Comité Ejecutivo
CSP28/6	Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas
CSP28/7	Política del Presupuesto de la OPS
CSP28/8	Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011/Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012

Documentos de trabajo (*cont.*)

CSP28/9, Rev. 1	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
CSP28/10	Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez
CSP28/11	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
CSP28/12, Rev. 1	Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones
CSP28/13	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres
CSP28/14, Rev. 1	Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud
CSP28/15	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)
CSP28/16	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas
CSP28/17, Rev. 1	Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad
CSP28/18, Rev. 2	Consulta regional sobre el Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
CSP28/19 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CSP28/20	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
CSP28/21	Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CSP28/22	Excedente de la implementación de las IPSAS en el 2010

Documentos de trabajo (*cont.*)

CSP28/23	Fondo Maestro de Inversiones de Capital
CSP28/24	Selección de dos Estados Miembros de la Región de las Américas facultados para designar una persona para integrar el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre la Reproducción Humana
CSP28/25	Elección de tres miembros para integrar el Comité Asesor del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CSP28/26	Premio OPS en Administración (2012)
CSP28/27	Salud en las Américas
CSP28/28	Solicitud del Reino de los Países Bajos de que se admita a Aruba, Curaçao y San Martín como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud

Documentos de información

CSP28/INF/1 y Add. I	Actualización sobre la reforma de la OMS: Consulta regional sobre el proyecto del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y del Anteproyecto del Presupuesto por Programas de la OMS 2014-2015
CSP28/INF/2	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS
CSP28/INF/3	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: A. Determinantes sociales de la salud B. Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género C. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015: examen de mitad de período

Documentos de información (*cont.*)

- D. Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período
- E. Situación actual del dengue
- F. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
- G. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015
- H. Situación de los Centros Panamericanos

CSP28/INF/4

Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la OSP

CSP28/INF/5

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

- A. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Cuadragésimo Segundo Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos
- C. Informe de la Sexta Cumbre de las Américas
- D. Organizaciones de integración subregional

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

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. Andrea Carbone
Jefa de Gabinete del Secretario de
Determinantes de la Salud y Relaciones
Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Sra. Valeria Zapesochny
Asesora del Señor Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Silvia Lopresti
Subgerenta de Prestaciones Sociales
Instituto Nacional de Servicios Sociales
Para Jubilados y Pensionados
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Mariano Mascotto
Asistente
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

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

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Perry Gomez
Minister of Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Hyacinth Pratt
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Alternates – Alternos

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

Mr. Freddie A. Tucker
Interim Representative
Permanent Mission of the Bahamas to the
Organization of the American States
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

Dr. Ricardo Kellman
First Secretary
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of the 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

His Excellency Nestor Mendez
Ambassador, Permanent Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. María Isabel Marca Choque
Ministra Consejera
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Gina Gil Aguilera
Primer Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Paulo Gadelha
Presidente da FIOCRUZ
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

Sr. Odorico Monteiro
Secretário De Gestão Estratégica e
Participativa
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana de Paula
Assessora da Secretaria De Gestão
Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Alberto Kleimam
Chefe da Assessoria de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Rosana Neves
Gerente-Geral da Agencia Nacional de
Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Paulo Buss
Director do Centro de Relacoes
Internacionais da FIOCRUZ
Ministério da Saúde
Brasília

Mr. Breno Dias da Costa
Representante Interino
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Krista L. Outhwaite
Associate Deputy Minister and Chief
Operating Officer
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mrs. Elaine Chatigny
Acting Assistant Deputy Minister
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos

Mrs. Bersabel Ephrem
Director General
Office of International Affairs for Health
Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mrs. Gloria Wiseman
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Dr. Sudeep K. Bhattarai
Senior Health Advisor
Thematic and Sector Specialists Division
Geographic Programs Branch
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

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

Dr. Andre Dontigny
Directeur, Direction du développement des
Individus et de l'environnement social à la
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Quebec

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Caroline Boucher
Conseillère en Coopération Internationale
Direction des Affaires Intergouvernementales
et de la Coopération Internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Primera Secretaria, Representante
Alternante de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sr. Gustavo Matamoros Galvis
Tercer Secretario, Representante
Alternante de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Daisy María Corrales
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Sr. Carlos Roverssi Rojas
Viceministro de Relaciones Exteriores
Ministerio de Relaciones Exteriores
San José

Excelentísimo Sr. Edgar Ugalde Álvarez
Embajador, Representante Permanente
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA (cont.)

Alternates – Alternos

Su Excelencia Rita María H. Bolaños
Embajadora, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rosibel Vargas Gamboa
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Socorro Gross-Galiano
Candidata de Costa Rica a la Dirección
Ejecutiva de la OPS

Sra. Cynthia Solís Lizano
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. María Cristina Castro Villafranca
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Samy Araya Rojas
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Beatriz Eugenia Serrano Pérez
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Roberto Morales Ojeda
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dra. Marcia Cobas
Viceministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

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

Alternates – Alternos

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 de Cuba
Washington, D.C.

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

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius Timothy
Minister of Health
Ministry of Health
Roseau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

His Excellency Hubert Charles
Ambassador, Permanent Representative of
the Commonwealth of Dominica to the
Organization to the American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Dr. Carissa F. Etienne

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada
Viceministra de Salud Pública y Asistencia
Social
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

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

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

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

Alternates – Alternos

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

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario de Gobernanza de la Salud
Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Magister Paola Betancourt
Directora de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Lic. Daniela C. Medina
Analista de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Caroline Chang
Secretaria Ejecutiva
Organismo Andino de Salud
Lima, Perú

Excelentísima Sra. María Isabel Salvador
Embajadora, Representante Permanente de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Fernando Suárez
Ministro, Representante Alterno de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Marisol Nieto
Consejera, Representante Alternata de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Andrés Gustavo Sierra Iglesias
Tercer Secretario, Representante Alternata de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. María Marroquín Sales
Asistente Ejecutiva de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Srta. Wendy Jeannette Acevedo
Consejera, Representante Alternata de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. George Mitchell
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. George's

Her Excellency Gillian M. S. Bristol
Ambassador, Permanent Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Alternate – Alternata

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Lic. Jorge Estévez Cabrera
Asesor Específico del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Lic. José Carlos Castañeda y Castañeda
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bherie S. Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegate – Delegado

Dr. Shamdeo Persaud
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Duly Brutus
Ambassador, Permanent Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Mirtyl Pierre
Counsellor, Alternate Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Mirveline Jean-Louis
First Secretary, Alternate Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísimo Sr. Leonidas Rosa Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sr. Oscar Nuñez
Consejero en Asuntos Económicos
Embajada de Honduras
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

His Excellency Stephen Vasciannie
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Michael Coombs
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Mrs. Marsha Monique Coore Lobban
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri-Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Alternates – Alternos

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Jorge Humberto Hernández y Luna
Asesor Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Dr. Carlos H. Álvarez-Lucas
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington-Aviña
Licenciatura
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Miguel Limón García
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. José Valle Mendoza
Subdirector
Subdirección de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. María Fernanda Casanueva Álvarez
Jefa del Departamento de Cooperación
Institucional
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Dolores Jimenez
Ministra, Representante Alternativa de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Alberto del Castillo
Ministro, Representante Alternativa de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Lic. Ana Paola Riveros
Tercera Secretaria, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Miguel Alonso Olamendi
Tercera Secretario, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Guillermo J. González González
Asesor del Presidente de la República
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Denis Ronaldo Moncada
Embajador, Representante Permanente
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

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

NICARAGUA (cont.)

Alternate – Alternativo

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Natalia García
Subdirectora de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Alternates – Alternos

Sr. Iván Chanis Barahona
Consejero, Representante Alternativo
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

Sr. Jaime Alvarado
Consejero, Representante Alternativo
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dr. José María Massolo
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Julio Borba
Director General de Redes y Servicios
de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Melo
Director de Hospitales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Ada Pastor Goyzueta
Directora General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

Dra. María Paulina Giusti Hudskopf
Jefa de Gabinete
Ministerio de Salud
Lima

Alternates – Alternos

Sr. Augusto Portocarrero Grados
Director General Oficina de Planeamiento y
Presupuesto
Ministerio de Salud
Lima

Sr. Arturo Granados Mogrovejo
Director General de Descentralización
Ministerio de Salud
Lima

Ing. Eva María Ruiz de Castilla Yabar
Coordinadora UNASUR Salud
Lima

Excelentísimo Sr. Walter Albán
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Consejera Ana Lucía Nieto
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds
Minister of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

Dr. Merlene Fredericks-James
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

Her Excellency Sonia M. Johnny
Ambassador, Permanent Representative of
St. Lucia to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Ms. Kimari Stoney
First Secretary, Alternate Representative of
St. Lucia to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y
NEVIS (cont.)**

Delegates – Delegados

Dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Health & Social Services
Basseterre

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Health & Social Services
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton C. Burgin
Minister of Health
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Delegates – Delegados

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

Mr. Asram Yahir Santino Soleyn
Counselor, Alternative Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Michael Blokland
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Marthelise Kloof-Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Deborah Stijnberg
Monitoring and Evaluation Manager
Ministry of Health
Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fuad Khan
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

Dr. Akenath Misir
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

Dr. Colin B. Furlonge
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Non-communicable
Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
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.)

Mrs. Loren Cadena
Deputy Global Health Promotion
Global Health Promotion Office
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

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

Ms. Monica Evans
International Health Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Senior Medical Officer
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Felipe Lobelo
Lead Epidemiologist
Global Health Promotion Office
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Dr. Michael Pratt
Chief of the Physical Activity and Health Branch, Global Health Promotion Office
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Judnefera Rasayon
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Mary Blanca Rios
Senior Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Alyson Rose-Wood
International Health Analyst for the Office of the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Veronica Valdivieso
Deputy Health Team Leader
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Mercedes España
Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Eudoro Godoy
Jefe de despacho de la Ministra de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates – Alternos

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

Srita. Marlene Da Vargem Da Silva
Consejera, Representante Alternata de la República Bolivariana de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Marcella Camero Montanez
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rocio Carolina Figueroa
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Embajador Gonzalo Koncke
Director General de Secretaría del Ministerio
de Relaciones Exteriores
Ministerio de Relaciones Exteriores
Montevideo

Delegates – Delegados

Sr. Gastón Lasarte
Director de Asuntos Multilaterales
Ministerio de Relaciones Exteriores
Montevideo

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Excelentísimo Sr. Milton Romani Gerner
Embajador, Representante Permanente de
Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Sr. Néstor Alejandro Rosa
Ministro, Representante Alternata del Uruguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Paula Rolando
Primer Secretaria, Representante Alternata
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

M. Philippe Damie
Directeur de l'Agence Régionale de santé de
Guyane
Guyane

M. Lorenzo Schiavi
Premier secrétaire, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Ángel Caballero
Advisor to the Minister
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

Dr. Glenn A. E. Thode
Rector
University of Aruba
Oranjestad, Aruba

CURAÇAO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Jacinta Scoop-Cosntancia
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

Delegates – Delegados

Dr. Sirving Keli
Director of Health
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

CURAÇAO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Xavier Prens
Senior Advisor
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

SINT MAARTEN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Van Hugh Cornelius de Weever
Minister of Public Health, Social
Development and Labour
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS (cont.)

SINT MAARTEN (cont.)

Delegates – Delegados

Ms. Jorien Wuite
Secretary General
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

Mrs. Virginia Asin Oostburg
Head of Collective Prevention Services
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

SINT MAARTEN (cont.)

Alternates – Alternos

Mr. Eunicio Martina
Legal Advisor
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

Ms. Fenna M. R. Arnell
Head of the Public Health Department
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

Dra. Pilar Farjas Abadia
Secretaria General de Sanidad
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

Dra. Amanda Gil Sánchez
Subdirectora General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

Dr. Manuel Suarez Lemus
Asesor
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

Sra. Dña. Alessia Pappalardo
Becaria, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Dña. Mar Molina
Becaria, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2012/
Premio OPS en Administración 2012**

Dr. Aron Nowinski (not present)
Uruguay

**Abraham Horwitz Award for Leadership in
Inter-American Health 2012/
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la
Salud Interamericana 2012**

Dr. Paulo Marchiori Buss
Brasil

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

Dr. Juan Alberto Lecaros Urzúa
Chile

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

Ms. Rosario Castillo, Executive Director
Educación Popular en Salud
Chile

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

Drs. Debora Diniz and Marcelo Medeiros
"Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar
com técnica de urna"
Brasil

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

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

Sra. Inés Bustillo
Mr. Fernando Flores

**I b] h Y X ` B U h] c b g ` 7Foiçdò æf Y
Naciones Unidas para la Infancia**

Dr. Enrique Paz

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Mrs. Myrna Bernard
Dr. Rudolph O. Cummings
Ms. Lolita Applewhaite

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

Dr. Ferdinando Regalía
Dra. Beatriz Zurita
Dr. Frederico Guanais

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Ricardo Cañizares

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

Mr. David Hatch

**Inter-American Commission of Women/
Comisión Interamericana de Mujeres**

Embajadora Carmen Moreno

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

Embajador Alfonso Quiñónez
Sr. Jorge Saggiante
Sra. Evelyn Jacir de Lovo
Sr. Jorge Sanín

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

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

Dr. Rafael Dautant
Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

**Interamerican Society of Cardiology/
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Daniel Piñeiro

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Dr. Norberto Larroca

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/
Federación Panamericana de Profesionales
de Enfermería**

Dra. Beatriz Carvallo Suárez

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

Sabin Vaccine Institute

Dr. Ciro de Quadros
Dr. Neeraj Mistry
Mr. Brian Davis

U.S. Pharmacopeial Convention

Dr. Damian Cairatti

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

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

Mr. Michael Splaine
Mr. Raymond Jessurun

**Framework Convention Alliance on
Tobacco Control**

Mr. Laurent Huber

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

Ms. Eva Maria Ruiz de Castilla
Mr. Marc Boutin
Ms. Florencia Montoto Smayenka
Ms. Kathleen Gallant

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Dr. Edwin Jimenez

**International Federation of Medical
G h i X Y b h g Ð ` 5 g g c W] U h] c b g
Federación Internacional de Asociaciones
de Estudiantes de Medicina**

Mr. Alexandre Lefebvre
Mr. Daniel Tobón García
Dr. Altagracia Mares de Leon
Ms. Sachalee Campbell
Ms. Reshma Ramachandran
Mr. Andrew Rudman

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

Ms. Corry Jacobs
Mr. Sean Reilly
Mr. Duke Holness
Mr. Jorge Arevalo
Ms. Kathleen Laya
Mr. Jorge Carrion
Mr. Juan Carlos Corbeaux
Ms. Susan Crowley
Ms. Pilar Rubio
Mr. Andrew Rudman
Mr. Abraham Quesada-Gonzales
Mr. José A. Pena-Gonzales

MSF International

Ms. Judit Rius
Mr. Bryan B. Collinsworth
Ms. Rachel Cohen

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists**

Mrs. Rita Eyer

Union for International Cancer Control

Mr. Bob Chapman

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

World Heart Foundation

Ms. Diana Vaca McGhie
Ms. Kelly Worden
Mr. Stephen Prudhomme
Ms Johanna Ralson

World Council of Churches

Mr. Meike Jill Schleiff
Ms. Baijayanta Mukhopadhyay

World Self Medication Industry

Dr. Héctor Bolaños

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Anarfi Asamoah Baah
Deputy Director-General

Dr. Marie-Paule Kieny
Assistant Director-General

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General

Dr. Douglas William Bettcher
Director, Tobacco Free Initiative

Dr. Zafar Ullah Mirza
Coordinator, Public Health, Innovation and
Intellectual Property

Dr. Elizabeth Mary Mason
Director, Maternal, Newborn, Child and
Adolescent Health

Professor Thomas Zeltner
Special Envoy for Financing

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

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

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

**Advisers to the Director (cont.)
Asesores de la Directora (cont.)**

Dr. José Romero Teruel
Assistant Director, a.i.
Subdirector Interino

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

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

**Advisers to the Director (cont.)
Asesores de la Directora (cont.)**

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

- - -