

**EIGHTH MEETING
OCTAVA REUNIÓN**

Thursday, 29 September 2005, at 2:41 p.m.
Jueves, 29 de septiembre de 2005, a las 2:41 p.m.

President/Presidenta:

Dra. María Julia Muñoz

Uruguay

ITEM 4.11: PROGRESS REPORT ON THE REGIONAL INITIATIVE FOR
BLOOD AND SAFETY PLAN OF ACTION FOR 2006-2010
PUNTO 4.11: INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS POR LA
INICIATIVA REGIONAL PARA LA SEGURIDAD SANGUÍNEA Y
PLAN DE ACCIÓN PARA 2006-2010

La Srta. GIDI (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Comité analizó este tema en su reunión de junio, después de escuchar la ponencia del Dr. José Ramiro Cruz-López, Asesor Regional de Servicios de Laboratorio y Sangre, quien presentó un informe sobre el avance de la iniciativa de seguridad de la sangre en la Región y describió el plan de acción para 2005-2010.

Los Miembros expresaron su apoyo al plan de acción, en vista de que comprendía todos los elementos necesarios para lograr un suministro de sangre seguro y suficiente. Sin embargo, algunos opinaron que era necesario aclarar determinados aspectos del plan, en particular algunos indicadores. El Delegado de Cuba propuso que la observancia del Día Mundial del Donante de Sangre por 100% de los países de las Américas debía figurar como indicador.

Se señaló que en algunos países los profesionales de la salud solían considerar la sangre como un producto de valor económico elevado, en lugar de un bien de salud pública. Dicha perspectiva era un incentivo para comprar y vender sangre y un elemento disuasorio para la donación voluntaria. Los Miembros hicieron hincapié en que se requería el apoyo de la OPS para cambiar tales actitudes e instaurar una cultura que fomente la donación de sangre sin remuneración.

También se alentó a la OPS para que ayudara a los países a evaluar las necesidades con objeto de establecer un sistema nacional de redes de sangre y se recomendó que la Organización se centrara en prestar ayuda a los Estados Miembros para poner en funcionamiento un sistema nacional de redes de sangre, dejando a los

ministerios de salud los aspectos administrativos de los sistemas. Otra función útil para la OPS consistía en actuar como centro de distribución de información sobre las prácticas óptimas, intercambio de datos y sobre la seguridad y la disponibilidad de sangre.

En la resolución adoptada por el Comité sobre este tema, se recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución por la cual se inste a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que adopten el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010; promuevan la participación de los sectores público y privado, ministerios de educación, trabajo y desarrollo social, y de la sociedad civil en las actividades internacionales, nacionales y locales emprendidas para ejecutar el Plan Regional, y a fomentar una cultura de donación de sangre voluntaria y no remunerada.

En el proyecto de resolución se solicita a la Directora que coopere con los Estados Miembros en la formulación de sus políticas y estrategias nacionales de sangre, así como en el fortalecimiento de los servicios de sangre para garantizar la seguridad de las transfusiones; promueva la aplicación a nivel local de normas de calidad y métodos validados para el mejoramiento de la seguridad de los productos sanguíneos y la transfusión de sangre con un enfoque multidisciplinario; trabaje con los Estados Miembros para vigilar la elaboración de los programas nacionales de sangre y de seguridad de las transfusiones; informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el progreso de la ejecución del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones, y movilice recursos para apoyar el Plan Regional.

El Dr. CRUZ-LÓPEZ (OPS) desea resaltar algunos puntos recogidos en el documento CD46/16 y espera justificar así la solicitud de que el Consejo Directivo apruebe la resolución propuesta por el Comité Ejecutivo. Utilizando diapositivas para presentar un informe inspirado en la resolución CD41.R15 del Consejo Directivo de 1999, señala que sobre esa base se ha preparado, conjuntamente con los programas nacionales de sangre y los directores de los bancos de sangre de la Región, un plan de acción que posteriormente se elaboró en forma más detallada con los socios técnicos.

En el plan regional de acción para 2004 se preveía una serie de resultados. El primero de ellos era que 100% de las unidades de sangre colectadas en la Región se analizaran para determinar la presencia de marcadores de VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis y, en los países de América Latina, los de la enfermedad de Chagas.

De 1999 a 2003, los países de Latinoamérica y el Caribe hicieron grandes adelantos en la cobertura del tamizaje, pero no alcanzaron 100%. Ha mejorado bastante el tamizaje de *T. Cruzi*, pero este es el marcador que menos se analiza. En lo que atañe a la hepatitis C y a la enfermedad de Chagas, el factor más importante que no permite alcanzar 100% del tamizaje es la falta de reactivos. En el resto de los casos el factor que

no permite alcanzar 100% del tamizaje de las unidades es la falta de donantes voluntarios en los servicios.

El segundo de los resultados esperados es que 100% de los bancos de sangre participen en programas de evaluación externa del desempeño. A este respecto, en el año 2000 había en Latinoamérica y el Caribe 4.738 bancos de sangre: ese número ha disminuido a 2.509 en 2003, los bancos de sangre que participan en los programas de calidad ha aumentado de 1.129 a 1.330, y la proporción de bancos que participan en los programas de calidad, de 24 a 53%.

Se evaluaron al menos dos centros en cada uno de los países de Latinoamérica y el Caribe para conocer el cumplimiento de las normas de trabajo de la OPS o del CAREC en los bancos de sangre. Sin embargo, en esos bancos no se alcanza 30% de cumplimiento de la mayoría de las normas. Por eso no es de extrañar que el tamizaje dé resultados positivos falsos o negativos falsos. Por ello, no sólo no se alcanza 100% del tamizaje, sino que el que se hace está sujeto a errores.

El tercer resultado era que 50% de los donantes de sangre fueran voluntarios, altruistas y no remunerados, y únicamente 10 países han alcanzado este porcentaje. Algunos países no llegan siquiera al 1 ó 2%, y esto tiene consecuencias para la seguridad del producto. Si comparamos los bancos de sangre de los países que tienen menos de 50% de donación voluntaria con los que tienen más de 50%, la prevalencia de marcadores de VIH, VHB y VHC y el riesgo de infecciones son mucho más altos en los primeros.

Si se combina la cobertura del tamizaje y la calidad de los donantes, se puede calcular el número de infecciones prevenidas en el sistema de bancos de sangre. En los cuatro años indicados los servicios de sangre previnieron unas 13.000 infecciones por VIH. Si estimamos que tratar a estas personas cuesta \$400 al año en medicamentos, se han ahorrado más de \$5 millones en tratamiento.

Sin embargo, el riesgo de recibir una unidad contaminada por VIH es de aproximadamente un 0,08%, es decir, de 1 por cada 1,2 millones de unidades recolectadas. En el año 2000 ese riesgo era de aproximadamente 1 por 2.000. El riesgo de contraer una infección por hepatitis B es aproximadamente cuatro veces más alto que el de una infección por VIH y el de infectarse por el virus de la hepatitis C es mucho más alto.

El riesgo de recibir una transfusión contaminada por alguno de estos tres marcadores es de 1 en 41.000 unidades, y el de recibir una unidad contaminada por *T. Cruzi*, de 1 por 3.300 donaciones. En 10 países de la Región se hicieron estudios en pacientes politransfundidos. De los 3.501 pacientes que habían recibido por lo menos 10 unidades

de sangre en su vida, 1,7% era positivo al VIH, 13% al VHB y 24% al VHC. Sesenta y dos por ciento de los pacientes hemofílicos son positivos al VHC.

También preocupa mucho la disponibilidad de sangre. Entre la mortalidad materna y la disponibilidad de sangre hay una relación inversamente proporcional, es decir, cuanto mayor es la disponibilidad de sangre, menor es la mortalidad materna. Por eso el plan de acción propone como meta contribuir a la reducción de la mortalidad y a la mejora del cuidado del paciente de Latinoamérica y el Caribe mediante la disponibilidad oportuna de sangre segura para transfusiones para todos aquellos que la necesitan.

En la primera Conferencia Panamericana de Seguridad Sanguínea, celebrada en Washington, se establecieron los siguientes indicadores de progreso: 100% de los países harán estimaciones nacionales de las necesidades locales de sangre, para poder planificar el número de donantes y la cantidad de recursos necesarios. Cien por ciento de los países aplicarán un programa de garantía de calidad. Cincuenta por ciento de los donantes serán voluntarios, y 95% de las unidades recolectadas estarán fraccionadas en componentes para poder tener más productos y un mejor manejo del paciente.

Se espera asimismo que 100% de los países haya revisado su marco legal, que todos los países tengan comités de transfusión operativos, que apliquen las guías para el uso clínico de la sangre (a fin de evitar el problema del mal uso de la sangre disponible), y que 100% de los países hayan establecido sistemas de hemovigilancia para evaluar el impacto de las transfusiones: 100% de los países de Latinoamérica habrán establecido sistemas regionalizados de colecta y procesamiento de la sangre.

Por último, se proponen las siguientes estrategias: 1) planificación y gerencia de un sistema nacional de sangre; el cambio más deseable en los países sería que la sangre se considerara como un medicamento esencial y que los bancos de sangre se reconocieran como una fábrica de un medicamento que debe ser vigilada como tal; 2) promoción de la donación voluntaria de sangre; 3) garantía de calidad, y 4) uso apropiado de la sangre y los componentes sanguíneos.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) dice que su país participa en todas las actividades de implantación y evaluación en las líneas de trabajo e informa sobre los adelantos realizados en Argentina. En relación con la cobertura de tamizaje, en 2004 y 2005 se ha asegurado el suministro de reactivos para realizar las 10 pruebas obligatorias en 528.000 donantes; además, se ha previsto garantizar la cobertura hasta el año 2010. Se está desarrollando el programa de sangre segura, que comprende la monitorización del desempeño y la aplicación de programas de garantía de calidad en todos los procesos de hemoterapia.

La meta establecida para 2010 es contar con 30 bancos de sangre abocados a la captación de donantes voluntarios, la producción y distribución de componentes

sanguíneos y unas 500 unidades de transfusión destinadas al control de la terapéutica transfusional y los efectos adversos. Esta red de hemoterapia reemplazará al actual sistema atomizado con más de 600 bancos de sangre intrahospitalarios.

Argentina cuenta con normas técnicas y administrativas de hemoterapia de reciente actualización. Además, se ha ampliado la evaluación externa del desempeño a todos los bancos del sector público que lo solicitaron; para el año 2010 se prevé que todos los bancos de sangre tengan un control externo del desempeño. La promoción de la donación se ha ampliado mediante actividades de capacitación a nivel local, fortalecidas desde el nivel nacional.

El país integró el grupo de investigadores que realizó el estudio de pacientes crónicos expuestos a transfusiones, sobre cuyas cifras de prevalencia de infección se informa en el punto 19 y en el cuadro 11. Se han elaborado guías nacionales sobre uso de componentes sanguíneos, que serán publicadas en el corriente año con el respaldo de las asociaciones científicas de los principales prescriptores. Se ha constituido la Comisión Nacional de Hemovigilancia integrada por hemoterapeutas, representantes de las diferentes regiones sanitarias del país y la autoridad sanitaria nacional.

Si bien se han alcanzado logros, el principal impedimento para hacer más eficientes y seguros los sistemas de sangre radica en la multiplicidad de bancos de sangre hospitalarios ineficientes y poco efectivos, dependientes de donantes de reposición o de familiares. El proyecto de resolución constituye una herramienta muy importante para apoyar los programas de sangre de los países y comprometer a la OPS y a los Estados Miembros en pos de las metas fijadas.

El Dr. LIRA (Venezuela) suscribe las cuatro estrategias recomendadas y comunica que su país ha iniciado un trabajo encaminado a establecer una red nacional de bancos de sangre y una política dirigida a captar donantes voluntarios a través de la red de atención primaria y la Misión Barrio Adentro. Además, se está tratando de dirigir y regular el sector privado para que ofrezca un producto de calidad. Venezuela solicita que la Organización tenga en consideración que dicha política incluya nuevos estudios para evaluar la prevalencia de VIH, VHB y VHC en pacientes con múltiples transfusiones.

Dr. VAMVAKAS (Canada) noted that his Delegation had provided numerous comments on the progress report on the blood safety initiative during the Executive Committee's 136th Session and that Canada had no further comments on the revised version of the document currently before the Council. The Government of Canada had established a national surveillance system for reporting of adverse events relating to transfusion of blood, blood products, and plasma derivatives. The system was intended to improve knowledge of the frequency of transfusion-adverse events, to reduce transfusion risks, and to assist in program planning.

In consultation with international experts in transfusion medicine, Canada was actively involved in risk assessments concerning emerging and reemerging transfusion-transmitted infections. Canada welcomed PAHO's proposed strategies to reduce the risk of disease transmission through transfusion.

Canada's blood services were currently monitoring scientific and epidemiological developments regarding 19 infectious agents which posed potential threats to the safety of the blood supply, and had produced an "emerging threats matrix" which showed the criteria for judging an agent a possible threat, together with measures which blood operators could take to protect the blood supply. The current focus in Canada at present was on West Nile virus, variant Creutzfeld-Jakob disease (CJD), avian influenza, and agents which could be used by terrorists, such as smallpox, monkey-pox, or anthrax.

In North America the blood supply was tested for West Nile virus by testing six donor samples at a time in a minipool test procedure. In the summer and fall, when the virus was prevalent, single-unit tests were carried out on blood collected in areas where the epidemic was intense. The single-unit tests were continued for two weeks after the day when the last West Nile positive donation had been identified in a particular district.

As for variant CJD, Canada was closely monitoring developments in the United Kingdom, with regard to testing of the blood supply for prions. However, such testing would not necessarily be introduced in Canada because the risk of variant CJD was far lower, and the exclusion of donors reporting travel to Europe would probably be sufficient to safeguard the blood supply.

The American Red Cross, the Australian Red Cross, and the British and Canadian national blood services were working together to develop an emergency preparedness plan for avian flu and for agents likely to be used by terrorists, where the primary risk was the potential disruption in the operations of blood services, rather than transmission by transfusion. Canada supported the proposed resolution contained in Document CD46/16.

Dr. WINT (Jamaica), speaking on behalf of the Member States of CARICOM, said that most of the Caribbean countries, with the assistance of the Caribbean Epidemiology Center, were reviewing their plans and programs for ensuring blood safety, in line with PAHO's plan of action for 2006-2010. Caribbean regional standards had been developed, and model legislation was being prepared to support them.

A major challenge in the Subregion was to overcome cultural and other barriers to the conversion from replacement donors to regular voluntary donors, and it was necessary to mobilize communities for that purpose. The Caribbean countries looked for

support in developing quality assurance mechanisms and in training personnel, especially in hospitals, to ensure the more rational use of transfusion services. CARICOM supported the proposed resolution contained in Document CD46/16.

El Dr. SERÉ (Uruguay) dice que su país sigue de cerca todo el desarrollo de la actividad del programa de sangre y laboratorio de la Organización Panamericana de la Salud y coincide en que es necesario dar una importancia prioritaria a la disponibilidad de sangre para transfusión, al uso racional de la sangre, a la disponibilidad de productos sanguíneos seguros y a la garantía de calidad. Añade la disponibilidad de hemoderivados, es decir derivados plasmáticos obtenidos por fraccionamiento industrial, albúmina e inmunoglobulinas, factores de coagulación e inmunoglobulinas hiperinmunes.

El país ha acompañado las propuestas de la OPS, pero preservando las características de su sistema sanitario, y está considerando implantar estrategias específicas en el área transfusional para establecer las bases de un sistema integrado de salud. La creación del programa nacional de sangre en la Dirección General de la Salud, encargada de la fiscalización del cumplimiento de la normativa vigente por la red de servicios de sangre, es una decisión aceptada y a punto de ponerse en marcha.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that blood and blood-product transfusions were central elements of modern health care. Policies for blood safety and availability must be based on ethical considerations, transparency, assessments of national needs, scientific evidence, cost-efficiency, and risk-benefit analysis.

She strongly supported PAHO's efforts to increase the screening of blood and blood products for a number of pathogens, including those responsible for AIDS, Chagas' disease, and hepatitis B and C, as well as the continued commitment to achieving 100% screening of blood. She welcomed the fact that Member States were continuing to nurture a culture of voluntary donations, which was one of the best ways to reduce the risk of transfusion-transmitted infections.

It was also vital to share national and international data in order to make clear the scientific, economic, and social reasons for national policies on safety and availability of blood. The United States supported the proposed resolution, which would contribute to the implementation of coordinated and sustainable blood programs with appropriate regulatory systems.

M. RICHARD (France) félicite le Secrétariat pour la qualité remarquable du document et profite de l'occasion pour faire part des données correspondants aux trois départements français d'Amérique : Guadeloupe, Martinique et Guyane française. Les banques de sang de ces départements — réparties une par département — ne participent

pas au programme de contrôle de qualité de l'OPS mais à un programme national français. Comme elles sont soumises aux lois nationales et aux directives européennes, chacune des étapes de la transfusion est régie par un ensemble de textes normatifs.

Dans ces territoires, 100% des dons de sang sont bénévoles et non rémunérés ; le dépistage du VIH, de la syphilis, du HBV, du HCV, d'anticorps anti-HTLV1 et anti HTLV2 est systématique, et le dépistage de *T.cruzi* est envisagé en Guyane française.

Hon. Dr. Leslie RAMSAMMY (Guyana), supporting the proposed resolution, agreed with the observations by the Delegate of Jamaica. Guyana was now carrying out 100% screening of blood for HIV, syphilis, hepatitis B and C, malaria, and human T-lymphotropic virus (HTLV); and its safe blood program was being expanded country-wide with support from PAHO and the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Thanks to the assistance of PAHO and the Government of the United States, comprehensive quality assurance was in place and a 10-year strategic plan for blood safety was being completed.

La Sra. TERÁN-VICTORY (Costa Rica), dice que su país tiene un 100% de cobertura de tamizaje. En lo que respecta a la enfermedad de Chagas, en 2001 sólo se tamizaba 7% y en 2004 se alcanzó 100%. En 2004 Costa Rica superó la meta esperada, ya que para 2007 sobrepasará 50%. En el presente año se obtuvo un 57% de donación voluntaria. En 2003 hubo 24.995 donaciones voluntarias, y en 2004, 30.960, lo que equivale a un aumento de 8% en un año. La donación por reposición no disminuyó considerablemente.

En cuanto a infecciones en grupos de alto riesgo, en Costa Rica no se hace seguimiento a pacientes transfundidos. Se propuso realizar un estudio de las reacciones adversas a fin de medir el riesgo de los pacientes con miras a capacitar a los médicos en materia de medicina transfusional y a mejorar la calidad de vida y la atención de los pacientes, en especial de los crónicos.

Dr. CAREY (Bahamas) expressed appreciation for PAHO's efforts to promote safe blood. His country would strive to implement the Regional Plan of Action, although it still lacked a national blood service capable of reducing wastage and increasing the efficient use of blood products. He agreed with the remarks by the Delegates of Argentina and Jamaica, and supported the proposed resolution contained in Document CD46/16.

El Dr. RUÍZ MATUS (México) dice que su país se ha unido a la iniciativa regional para la seguridad sanguínea y al plan de acción 2006-2010. El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea de México es la instancia encargada de establecer y hacer cumplir los requisitos de regulación sanitaria a los que deben ajustarse a la captación,

almacenamiento y procesamiento de sangre, hemoderivados y sus componentes. La finalidad es garantizar a la población que la sangre y sus derivados estén libres de agentes patógenos.

En México se tamiza la sangre mediante la prueba de detección de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis o la hepatitis B, y se garantiza que la sangre sea segura para la población a fin de evitar consecuencias no deseadas. Desde 1988 está prohibida la donación remunerada de sangre y sus derivados, por lo cual la mayor cantidad de sangre se obtiene por reposición familiar y captación voluntaria.

Gracias a la reglamentación que impide la comercialización de la sangre y sus derivados, desde el año 2000 no se presentan casos de infección por VIH, causados por la transfusión de sangre o sus derivados. Se debe asegurar no solo la calidad de la sangre, sino también su disponibilidad oportuna. La falta de disponibilidad de sangre está en relación directa con la mortalidad materna, y en México se están estableciendo Redes Rojas para disponer oportunamente de sangre.

Pero para asegurar la calidad de la sangre debe haber una participación social muy importante. Se ha comunicado a la población que cuando reciba una transfusión de sangre o hemoderivados, debe verificar que lleve la leyenda de sangre segura. Reitera el apoyo de México a la iniciativa.

Le Dr BIJOU (Haïti) félicite le Dr Cruz-López et le remercie de tous les efforts qu'il a faits en faveur de son pays. En Haïti, depuis 1986, un décret avait confié la gestion et la régulation de tout ce qui concerne la transfusion sanguine à la Croix Rouge haïtienne. Cette situation persiste encore, ce qui rend difficiles les actions et les efforts de l'OPS au niveau de ce pays.

Le Dr Bijou fait savoir qu'elle est un mesure d'annoncer qu'il existe actuellement un programme de sécurité transfusionnelle mis sur pied avec l'assistance de l'Organisation. Ce programme est appuyé par le projet PEPFAR et elle profite de l'occasion pour remercier le Gouvernement américain qui a alloué un montant de \$US 2 millions pour le développement de ce projet.

Un nouveau décret a été préparé modifiant celui de 1986 et il sera bientôt adopté en Conseil des ministres pour permettre au Ministère de la Santé publique et de la Population de reprendre le contrôle et la régulation de la sécurité transfusionnelle. D'autres efforts ont été déployés.

Une commission de sécurité transfusionnelle a été mise en place et des centres sont en voie d'être créés dans les différents départements sanitaires en vue d'étendre la sensibilisation pour le don de sang, car Haïti est l'un des pays où le don de sang est

encore très faible. Ces conditions vont permettre aux autorités pertinentes de respecter l'engagement vis-à-vis de l'équité et de donner des soins complets à la population.

El Dr. CRUZ-LÓPEZ (OPS) señala que el elemento más importante para tener una buena donación de sangre, un tamizaje universal y buenos servicios de atención a los donantes es el sistema nacional de sangre. La reglamentación y legislación son esenciales. Por todo ello es importante que se haga una revisión del marco legal.

La mayoría de los países tienen un marco legal; sin embargo, muchas de las leyes no contemplan todo lo que se considera apropiado e incluso algunos marcos legales representan un obstáculo para la donación voluntaria de sangre. En algunos países, por ejemplo, la ley exige que la persona que dona sangre tenga derecho a un día de trabajo libre. Esto limita la participación de instituciones a las que se puede acudir en busca de trabajadores para que donen sangre.

También es importante capacitar al personal que utiliza la sangre, y para eso se ha puesto a disposición de los países el material desarrollado en Ginebra, sobre uso clínico de sangre y se ha capacitado a algunas personas con él. Es un material para educación a distancia, y la Universidad de Puebla lo pondrá a disposición en la Internet.

El manual de promoción de la donación de sangre y de componentes seguros "Hagamos la Diferencia" está dirigido a los trabajadores de salud. Los instrumentos necesarios para aplicar las estrategias propuestas en el plan están totalmente desarrollados o por terminarse en las próximas semanas. La mayoría de esos documentos se encuentran en el sitio web de la OPS.

Los bancos o los servicios de sangre forman parte de un sistema de salud y son una fuente potencial de información sobre las personas infectadas por VIH que pueden entrar al sistema de vigilancia del virus. Muchos países de Latinoamérica están aplicando el programa de erradicación de la rubéola congénita; cuando se vacuna contra la rubéola, la persona debe abstenerse de donar sangre por lo menos durante cuatro semanas. Entonces, si se vacuna a todas las personas de 15 a 45 años, se pierde entre un 60% y un 80% de los donantes potenciales.

Con los colegas de la Unidad de Inmunizaciones se han preparado recomendaciones a ese respecto. Los sistemas de sangre deben verse como parte del sistema pero los bancos o los centros de producción como fábricas que producen un medicamento que deben ser vigiladas.

La RELATORA, a invitación de la Presidenta, señala a la atención del Consejo el proyecto de resolución contenido en el documento CD46/16.

La PRESIDENTA dice que, como no hay objeciones, se aprueba el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was adopted.¹

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución¹.

ITEM 4.12: MALARIA AND THE INTERNATIONALLY AGREED-UPON DEVELOPMENT GOALS, INCLUDING THOSE CONTAINED IN THE MILLENNIUM DECLARATION

PUNTO 4.12: LA MALARIA Y LOS OBJETIVOS INTERNACIONALMENTE ACORDADOS DE DESARROLLO, INCLUYENDO LOS CONTENIDOS EN LA DECLARACIÓN DEL MILENIO

Ms. GIDI (Representative of the Executive Committee) said that at its 136th Session, the Executive Committee had endorsed a multisectorial approach to malaria prevention and control. Involvement of the water and sanitation sector was needed to help in eliminating mosquito breeding sites, the education sector to educate the public about malaria prevention, and the agricultural sector to respond to encouragement by WHO for growing *Artemisia annua* in order to increase the availability of artemisinin and combat high prices for artemisinin-based drugs.

Members of the Committee had emphasized the need for broad community participation in malaria prevention and control, and had stressed the value of fixed-dose artemisinin-based combination therapies, although they had also highlighted the importance for the Secretariat and Member States, of addressing the issues of regulatory quality control which were associated with a fixed-dose combination drug.

Delegates had drawn attention to the problem of counterfeit medicines, and had pointed out that in some cases, apparent drug resistance might actually be the result of patients being given drugs without any active ingredient. The Committee had emphasized the need for continued vigilance in countries certified free of malaria, in order to avert the reintroduction of the disease, and for health professionals in those countries to be trained to recognize and treat imported cases.

Members had mentioned the link between poverty and malaria, and the value of effective malaria control in stimulating economic development and securing political stability. They had welcomed PAHO's promotion of synergies with related health programs and its encouragement of private sector involvement in malaria control.

¹ Resolution CD46.R5
Resolución CD46.R5

In some countries, the areas of major prevalence were border regions. It had been suggested that PAHO should investigate malaria in those areas in order to adapt control strategies to the local conditions. The Committee had felt that the innovative vector control methods described in the document should be combined with established methods such as the use of insecticide-treated mosquito nets and indoor residual insecticide sprays.

The Committee had also encouraged the Secretariat to consider how it could best help Member States to implement World Health Assembly Resolution WHA58.2 and had emphasized that any resolution adopted by PAHO on malaria control should be complementary to that resolution.

The resolution proposed by the Executive Committee sought to achieve a reduction of the malaria burden of at least 50% by 2012, and 75% by 2015, through national policies and plans to ensure access to prevention and control for those at risk or affected by malaria. It also sought to secure equity of access for countries and partners in the Region to the resources of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria.

Dr. CARTER (PAHO), introducing the report contained in Document CD46/17, recalled that in 1902, when the Pan American Sanitary Bureau was founded, malaria had been prevalent throughout the Americas, and by 1942 it had been considered the most harmful of the diseases in the Region. Transmission had greatly decreased following the introduction of DDT in 1948.

In 1954 an eradication campaign had been decided upon for the Americas, and in 1955 WHO had initiated a global eradication effort. In 1992 the focus had shifted from eradication to control, and in 1998 WHO had launched the Roll Back Malaria initiative, with the aim of reducing the malaria burden by 50% by 2010. PAHO's Directing Council had formally adopted the Roll Back Malaria initiative in the Americas.

Of the 867 million inhabitants of the Americas as of 2004, 257 million lived in areas at risk of malaria transmission, 11 million of them in high-risk areas. The highest risk of transmission was in the Amazon Basin. Approximately 874,000 cases of malaria had been reported in 2004, 74% of them being due to *Plasmodium vivax*. Incidence had decreased by 23% between 2000 and 2004, but only by 18% in the areas of high and moderate risk.

Mortality from *falciparum* malaria had fallen by 68% over the same period, exceeding the 50% target for reduction adopted in 2000. Ninety-three per cent of all *falciparum* cases in the Region, and 78% of all deaths from malaria, had occurred in the Amazon Basin, where there had also been a 20% reduction in cases and a 74% reduction in case fatality.

In Mexico, Central America, and Hispaniola, 94% of all cases were due to *P. vivax*. Between 2000 and 2004, 15 countries in the Region had achieved a reduction in morbidity, 8 of them exceeding the 50% target of the Roll Back Malaria initiative and 7 failing to reach it; 6 countries had recorded an increase. There might, however, be an element of underreporting.

To promote control of malaria in the Region, PAHO was fostering technical cooperation with health ministries, promoting synergies with related health programs, promoting community and civil society participation, seeking to engage the private sector, identifying best practices, mobilizing resources, preparing tools and support measures, expanding capacity through training at the country level, and promoting intercountry collaboration.

As an example of such collaboration, the Amazon Network for the Surveillance of Antimalarial Drug Resistance/Amazon Malaria Initiative (RAVREDA/ AMI) had been launched with funding from the United States Agency for International Development (USAID) in the amount of \$6 million, and had been active for the past four years in surveying *falciparum* drug resistance.

Honduras had made a successful proposal to the Global Fund, and a proposal from Guatemala had been approved, although funds had not yet been disbursed. There was also a successful joint proposal for the Andean countries from the Andean Health Agency, funded in the amount of \$54 million and focusing on work in border areas. Malaria control efforts in Mexico and Central America were being funded from the Global Environment Facility.

The current challenges in the Region were to prevent the reemergence of transmission in areas where it had been interrupted, to maintain the 50% target for reducing cases included in the Roll Back Malaria initiative, and to step up action in the six countries where the absolute number of cases had increased.

Other challenges were the potential emergence of resistance in *P. vivax* and adherence to treatment in *P. vivax* cases. Disparity in access to health services in some countries, especially among indigenous populations, was another major challenge. More entomological information was needed, in terms of the behavioral patterns and breeding sites of mosquitoes.

The laboratory network had to be expanded at the country level, in order to provide access to prompt diagnosis and treatment. Factors to be taken into account for malaria control included the high cost of artemisinin-based combination therapy, the decentralization of health services and the consequent need to integrate malaria programs

into local services, the loss of health personnel trained to deal with malaria, and shortcomings in health information systems.

Health surveillance systems and rapid response capacities should be strengthened, not only in countries where malaria was endemic but also in those where it had been eliminated, so that outbreaks could be dealt with quickly. The Global Malaria Control Strategy should be expanded in all endemic countries together with integrated vector control, and control activities should be effectively monitored and evaluated.

Countries were currently spending only about 60 cents a year on malaria control for each person living in a malaria-endemic area; more resources must be mobilized and existing resources must be used as effectively as possible. In addition, health systems must be helped to recruit and retain personnel trained in malaria control.

Coordination of subregional actions and technical cooperation should be improved, and multicountry and multiinstitution networks such as that in the Amazon region should be strengthened. Communication should be improved, and prevention and control promoted through behavioral change.

The Secretariat hoped that the Council and Member States would reaffirm the commitment to the Roll Back Malaria initiative, adopting the resolution proposed by the Executive Committee, which was annexed to Document CD46/17.

Hon. Dr. Leslie RAMSAMMY (Guyana), speaking on behalf of the CARICOM countries, said that for several countries in the Americas, malaria was still a serious public health problem, and reducing it was one of the most challenging of the goals included in the Millennium Declaration.

Among the CARICOM countries, Belize, Guyana, Haiti, and Suriname had significant malaria transmission, and the other CARICOM countries had imported cases and were at constant risk of malaria being reintroduced. Efforts to control malaria in all CARICOM countries were influenced by the various regional and global initiatives. Projects in Guyana, Haiti, and Suriname were being supported by the Global Fund, and the RAVREDA project, funded by USAID, was being coordinated by PAHO in Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, Guyana, Peru, Suriname, and Venezuela.

Guyana and Suriname had successfully reduced the incidence of malaria and improved treatment adherence by using an artemisinin-based combination therapy for treating *P. falciparum*. Guyana had completed an *in vivo* study of a second-line treatment for *P. falciparum*, and was now conducting another study on the use of chloroquine in treating *P. vivax*. Resistance studies were also in progress. Tests were being conducted to enhance diagnostic capacity in places where personnel trained to do

microscopy were lacking. Guyana had produced a manual on prevention, diagnosis, and treatment which would be available for use elsewhere in the Americas.

Many communities in Guyana were reporting dramatic reductions in the incidence of malaria since the Government had started its program of distributing three long-lasting bed nets per family in malaria-endemic areas in order to reduce malaria among children and women. The program was now being expanded to the mining and logging areas of the country. Malaria control programs in the region included chemical, physical, and biological control of malaria vectors.

Guyana would observe its third Malaria Day on 6 November, the anniversary of the day 125 years previously when the French physician Charles Laveran had first identified *P. falciparum* as a causative agent for malaria. He recalled that at the 45th Directing Council, Guyana had invited all Member States to join in observing Malaria Day throughout the Americas. It had received support for that proposal from the other CARICOM countries and from Costa Rica, Cuba, Mexico, and the United States.

He therefore suggested amending the proposed resolution contained in Document CD46/17 including a new operative paragraph 1(i), to read: *designate Malaria Day in the Americas on a selected annual date to recognize past and actual efforts to prevent and control malaria, promote awareness, and monitor progress toward the goal of eliminating malaria as a public health problem in Member States.*

El Dr. WATERBERG (Suriname) apoya la propuesta de Guyana de proclamar un día especial para conmemorar la lucha contra la malaria.

El paludismo es una enfermedad que a mediados del siglo pasado, gracias a la OPS, se pudo controlar en las Américas, pero cambios climatológicos, migraciones y la resistencia del parásito a la gran mayoría de medicamentos antipalúdicos, provocaron un incremento enorme de la incidencia de la malaria a partir de 1990.

Gracias al apoyo de la OMS y de la OPS, Suriname fue el primer país de América Latina que introdujo la terapia combinada con artesunato, medicamento eficaz al que todavía es resistente el parásito. Además de adoptar otras medidas de lucha contra la malaria, Suriname colabora con los países vecinos, lo que ha permitido reducir mucho la incidencia de la enfermedad. Para progresar aún más en esta esfera, la asistencia técnica de la OMS y la OPS seguirá siendo de importancia vital para Suriname. Por consiguiente, apoya la resolución.

O Dr. BARBOSA DA SILVA Jr. (Brasil) manifestou o integral apoio do Brasil ao projeto de resolução considerando tanto o documento que traça o perfil da malária na região quanto aos avanços obtidos desde a implantação efetiva do programa "Fazer

Retroceder a Malária". Para o Brasil, a malária continua a ser um grande problema de saúde pública porque, em toda a região Amazônica, além do ambiente natural, os projetos de desenvolvimento e o crescimento acelerado de algumas cidades da região criam uma pressão muito forte de manutenção da malária, mas do seu próprio crescimento.

Apesar disso, o Brasil, nos últimos anos, tem tido uma redução sustentável do número de casos de malária e tem tomado algumas medidas dentro do âmbito do programa "Fazer Retroceder a Malária".

Relatou que o programa de combate à malária no Brasil, tem se beneficiado muito do processo de descentralização das ações de controle de doenças, iniciado no ano 2000. Até então, o Ministério da Saúde executava diretamente as ações de controle de doenças transmitidas por vetores. Primeiramente, foi possível, com a descentralização ampliar drasticamente o acesso de 900 pontos de detecção e tratamento de malária na Amazônia e, hoje, existem mais de 2.100 pontos.

Em segundo lugar, foi possibilitada uma integração efetiva com a atenção primária de saúde. No ano passado, 25% de cerca dos 2 milhões de testes para malária realizados anualmente, foram executados por equipes de saúde da família treinadas. Também, se está possibilitando o fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Hoje informações do mês passado de mais de 800 pontos de notificação na Amazônia estão disponíveis. Alguns desses pontos estão utilizando, inclusive, a transferência de dados "on line" para o Ministério da Saúde, o que também possibilita o monitoramento muito próximo da situação epidemiológica da malária.

Por último, ressaltou, dentro da cooperação com a OPAS, a Rede RAVEDRA, dos países que compartilham a floresta amazônica, permite o monitoramento atento do fenômeno do desenvolvimento da resistência. Chamou a atenção para, no caso da malária, que para o Brasil é muito importante o desenvolvimento de uma agenda multissetorial. Em 1999, a malária foi o primeiro caso no Brasil, que possibilitou a adoção de uma legislação específica.

Agora, além da avaliação do impacto ambiental, quando se tem a construção de uma estrada ou de uma hidroelétrica, o setor saúde (o Ministério da Saúde) é obrigado a dar uma declaração de que não se trata de área malarígena. Esta foi uma primeira possibilidade de começar agir a efetivamente, porque grande parte da pressão da malária é causada fundamentalmente pelo ambiente social e econômico da região amazônica e não soamente pelo ambiente natural.

Apoiou a proposta da Guiana sobre o Dia da Malária, dizendo que não se deveria falar em eliminação enquanto problema de saúde pública no texto, pois, pessoalmente,

acredita que se tenha usado eliminação, em alguns momentos, significando erradicação, parecendo para alguns, que estamos recuperando a estratégia de erradicação da malária, sendo que hoje todos concordamos que isto não é factível.

Mr. BALL (Canada) said that Canada supported PAHO and WHO in their role of providing leadership and technical support to Member States to deal with malaria. It provided financial assistance through the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, in which the Canadian Red Cross was one of the key partners.

Canada had adopted evidence-based medicine as the basis for its national recommendations on prevention and control of malaria in travelers, with the aim of facilitating rather than hindering travel to countries where the disease was endemic. Canada supported the proposed resolution.

El Dr. ECHEVERRÍA (Ecuador) dice que las medidas adoptadas los últimos años han permitido una reducción significativa del número de casos en su país. Considera importante adoptar las medidas propuestas para alcanzar los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, ampliar la estrategia mundial de lucha contra la malaria y la iniciativa de hacer retroceder el paludismo en las zonas de mayor pobreza y fortalecer la infraestructura de los programas nacionales y la coordinación de la cooperación entre los países, especialmente en lo relativo a la resistencia al tratamiento.

El proyecto de resolución podría mejorarse señalando la necesidad de modelos de acción concertada entre los servicios de salud, los programas de malaria y la comunidad afectada, a fin de que la atención sea de mejor calidad. Sobre esta base podría organizarse una responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil.

El Dr. LIRA (Venezuela) dice que a pesar de la ayuda de la OPS y la OMS y un mayor control de la interacción por parte del Gobierno de su país, ha habido un aumento de los casos de malaria en los últimos años, fenómeno que ha estado fuertemente asociado con el crecimiento anárquico y desorganizado de la minería del oro y el diamante en estados fronterizos de la propia Venezuela.

Por ello, se está aplicando un nuevo plan de reconversión de las áreas de minería fronteriza en núcleos de desarrollo endógeno, con lo que se espera dar mayor estabilidad social y mejor calidad de vida a esas poblaciones y controlar mejor la malaria y otras enfermedades endémicas. Simultáneamente, Venezuela participa en el plan andino fronterizo contra la malaria, financiado a través del acuerdo entre el Organismo Andino de la Salud y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

El Dr. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) dice que si bien la colaboración entre países y la participación de las comunidades en la prevención y el control son esenciales para reducir la malaria y prevenir la propagación a otros países, considera que también es esencial la multisectorialidad, sobre todo para el control vectorial.

Sería convenientemente tener en cuenta la posibilidad de sinergia en la lucha contra el vector de otras enfermedades, por ejemplo el dengue. Una sinergia sobre el control del dengue y el control de la malaria podría mejorar la lucha antivectorial.

Cuba erradicó la malaria hace más de 40 años y ha mantenido un sistema de vigilancia epidemiológica que ha impedido que se reintrodujera la enfermedad en el país. Para hacer frente a los nuevos retos propone que en el proyecto de resolución se añadan unas palabras que propicien y apoyen el desarrollo de investigaciones para la obtención de vacunas, nuevos insecticidas y medicamentos más efectivos para combatir la malaria. También considera importante la propuesta de modificar el proyecto de resolución planteando la necesidad de introducir el día y la semana de lucha contra la malaria en las Américas.

El Dr. RUÍZ MATUS (México) dice que en estos momentos México tiene el número de casos de paludismo más bajo de toda su historia y que hace más de 20 años que no ocurre una defunción por una infección autóctona por paludismo.

El modelo de México se basa en los cuatro componentes principales siguientes: la estratificación epidemiológica con enfoque de riesgo; el tratamiento de dosis única; la eliminación del hábitat y el criadero de anofelinos con la participación fundamental de la comunidad y el uso de insecticidas más inocuos para el hombre; y la denominada atención a la casa palúdica mediante la activación del patio limpio y el fortalecimiento de los hábitos higiénicos familiares y el enclavamiento de la vivienda.

México también participa en diferentes programas enfocados a la eliminación del uso DDT con otros siete países. El éxito se basa principalmente en la participación comunitaria. Por ello, propone que en el proyecto de resolución en el apartado f) del párrafo 1 de la parte dispositiva, que dice *aplique métodos integrados de prevención y control de la malaria mediante la colaboración multisectorial y la participación comunitaria*, se agregue una palabra al final que diga *la participación corresponsable de la comunidad*.

Mr. ABDON (United States of America) said that his country fully recognized the importance of global malaria control for the health and well-being of citizens, particularly young children and pregnant women, and for economic development and political stability in malaria-endemic countries. The United States encouraged further

discussion on the regulatory and quality-control issues surrounding the formulation of fixed-dose combination drug products, to include all antimalarial drugs.

Adequate financing would have the desired impact on malaria treatment only if such funds were used for the procurement of drug combinations of established safety and efficacy and if national regulatory authorities approved those drugs. Fixed-dose combinations offered the prospect of simplifying regimens, improving patient adherence, facilitating the implementation of interventional programs, and preventing the development of drug resistance.

In June 2005, the United States of America had announced a new \$1.2 billion initiative to fight malaria in Africa, which it was hoped would also have the effect of raising global awareness of the morbidity and mortality caused by the disease. That initiative and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria were now by far the largest investments in malaria control by the United States, which encouraged all nations to support the Global Fund.

While Document CD46/17 placed strong emphasis on the need for new and innovative interventions in vector control methods, it was important to continue utilizing established methods such as impregnated mosquito nets and indoor residual household insecticide spraying where appropriate.

Also important was support to countries for testing rapid diagnostics and studying their effectiveness in isolated locations where laboratory support was not feasible. Malaria control and prevention was a particular problem in border regions, and the PAHO Secretariat could be a key player in developing and implementing special strategies for such areas.

He sought clarification on the table in paragraph 42 of the document where the available resources listed differed substantially from those presented in the proposed program budget for 2006-2007. The United States supported the proposed resolution and looked forward to seeing a revised version incorporating the amendments proposed by previous speakers.

La Dra. QUEZADA (República Dominicana) dice que en su país el problema de la malaria se considera de alta prioridad. Para luchar contra ella, cabe destacar la creación del Consejo Nacional de Salud y Turismo, compuesto por representantes de salud del sector turismo, el sector privado de la construcción, la hotelería y el sector educativo, en una iniciativa amplia para trabajar conjuntamente e intervenir en el tema de la malaria. Otro aspecto importante es la movilización nacional de tolerancia cero para enfrentar de manera amplia y participativa ocho grandes problemas de salud pública, entre ellos el de la malaria.

La República Dominicana apoya el proyecto de resolución y el llamado a la acción coordinada y conjunta, y se suma a la solicitud de celebrar el día de la lucha contra la malaria en las Américas.

La Dra. SAENZ MADRIGAL (Costa Rica) destaca la importancia del seguimiento de la malaria y del establecimiento de estrategias especiales para las zonas fronterizas y de atención a las poblaciones indígenas. Costa Rica participa en el proyecto de lucha contra la malaria y desearía compartir con otras partes de la Región algunas lecciones aprendidas. Por último, apoya la iniciativa para el día internacional de lucha contra la malaria, ya que no se puede bajar la guardia en el control de enfermedades porque resurgen rápidamente, y apoya también el proyecto de resolución.

El Dr. CARTER (OPS) agradece a los Delegados de Guyana y Suriname su enfoque sobre la política de género en relación con el uso de mosquiteros para mujeres, y dice que se alegra de que en países como Suriname y Guyana se haya registrado una reducción de la incidencia de malaria debido al uso combinado de medicamentos como artesunato-mefloquina y artemether.

No obstante, en algunos países como Venezuela se ha registrado un aumento de la incidencia de la enfermedad debido a los movimientos transfronterizos de las poblaciones y la falta de aplicación de las políticas de tratamiento, así como la administración de medicamentos falsos, como los supuestamente derivados de la artemether, a las personas infectadas por *P. falciparum*.

Respecto la cuestión de la participación de los distintos sectores en términos del control vectorial, que había planteado el Delegado de Cuba, el Dr. Carter considera que los mejores resultados se obtienen a partir de la integración de los distintos vectores, es decir, de utilizar estratificadamente el control químico, biológico y ambiental. Hay que examinar la situación particular de cada región, y trabajar integradamente con los distintos sectores, ya que en algunas zonas la malaria no es una enfermedad típicamente urbana, como lo es el dengue. Por esa razón, es necesario que los países amplíen sus áreas de trabajo dentro del programa de control vectorial de la malaria.

En cuanto a la intervención del Delegado de México, recuerda que este país ha logrado excelentes resultados colaborando estrechamente con los países de Centroamérica, dentro del proyecto del Fondo para el Medio Ambiente Mundial de las Naciones Unidas, a fin de eliminar, con participación comunitaria, los criaderos de mosquitos y reducir el uso de insecticidas.

Tal como ha recordado el Delegado de Ecuador, es necesario reforzar la prevención y controlar a las poblaciones más vulnerables, especialmente a las poblaciones indígenas, una idea que concuerda con la de muchos delegados.

Con respecto a la pregunta del Delegado de Canadá, el Dr. Carter señala que no cabe duda de que la política de control del tráfico de turistas a las regiones infectadas y de cooperación entre países ha dado buenos resultados, como lo demuestra el caso de la colaboración entre Haití y la República Dominicana.

En este sentido, en el documento que se examina, la OPS ha planteado una aportación mínima de recursos de \$200.000 por cada uno de los países endémicos, lo que supone un desembolso de \$8,4 millones en dos años. A través del Programa AID, se ha conseguido recabar una cantidad de dinero destinada a los países de la región del Amazonas, pero no se dispone de todos los recursos necesarios para otros países de la Región.

Por último, felicita al Delegado de Brasil por haber participado desde 1999 en la integración del programa de malaria en el servicio descentralizado de salud y en la cuestión del acceso expandido, un aspecto que la OPS desea tomar de ejemplo para aplicar en otros países de la Región.

La PRESIDENTA dice que, en vista de las modificaciones que se han sugerido al proyecto de resolución, éste se someterá posteriormente a la consideración del Consejo.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS AND DECISIONS PENDING
ADOPTION
CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN Y DE DECISIÓN
PENDIENTES DE APROBACIÓN

Item 4.6: Strategy for the Future of the Pan American Centers

Punto 4.6: Estrategia para el futuro de los Centros Panamericanos

La RELATORA presenta el proyecto de resolución (CD46/PR.1).

THE 46th DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed Document CD46/10 on the current status of the Pan American Centers;

Bearing in mind the current technical cooperation needs identified by Member States, the growing availability of institutional capacity in the countries of the Region, and the urgent need to make the best possible use of the resources allocated to the Organization;

Recalling that Resolution CSP20.R31 (1978) requested the Director to commence a regular evaluation process of the Pan American Centers;

Recognizing the Regional Program Budget Policy adopted by the 45th Directing Council in 2004 and the Managerial Strategy for the Work of the Pan American Sanitary Bureau in the Period 2003-2007, adopted by the 44th Directing Council in 2003;

Being in agreement on a set of general guiding principles or criteria to be applied when deciding on the disestablishment of a Pan American Center, such as: minimizing any potential negative impact on public health in the Region; maximizing the ability of the PAHO Secretariat to deliver technical cooperation in the most efficient and cost-effective way; ensuring that no resources from the PAHO regular budget not originally intended for a Center will be applied to substitute for a host government's or for subregional Member States' financial commitments; encouraging the financial contributions of a host government to be secure and sustainable over time; and ensuring the analysis of funding streams and arrearages of a Center, including the impact of such arrearages on a Center's operations;

Recalling the in-depth evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Science (CEPIS) presented to the Governing Bodies in 2002, and having reviewed the proposals for the reorganization of CEPIS and the Latin American Center for Perinatology and Human Development (CLAP) in light of the further decentralization of regional technical cooperation; and

Having analyzed the proposals for discontinuing the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) as a Pan American Center as presented in Document CD46/10,

RESOLVES:

1. To thank the Director for the report on the current status of the Pan American Centers.
2. To accept the general guiding principles listed above as the criteria to be used whenever the Organization might consider disestablishing a Center.
3. To urge the Member States to:
 - (a) take note of the reorganization of the Bureau's Area of Sustainable Development and Environmental Health (SDE), which decentralizes regional technical cooperation in the area of water supply, sewerage, and waste management to CEPIS;
 - (b) take note of the reorganization of the Bureau's Area of Family and Community Health (FCH), which decentralizes regional technical cooperation for the

- monitoring and reduction of reproductive, perinatal, and women's health risks to CLAP.
4. To request the Director to:
 - (a) reorganize and streamline the technical cooperation capacity in food safety at country, subregional, and regional levels;
 - (b) disestablish the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ), created by Resolution CD35.R21 in 1991;
 - (c) conduct a cost-effectiveness analysis as part of an assessment to determine the reassignment of the food safety technical cooperation activities of INPPAZ to PANAFTOSA's or other facilities, including Headquarters (HQ);
 - (d) submit to the 138th Session of the Executive Committee in 2006 a review of the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (PANAFTOSA) and the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME), and a proposal to align the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), and the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) with the subregional allocation criteria set in the new regional policy, in consultation with the respective institutions.

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD46/10 sobre el estado actual de los centros panamericanos;

Teniendo presentes las necesidades de cooperación técnica reconocidas hoy en día por los Estados Miembros, la capacidad institucional cada vez mayor en los países de la Región y la necesidad urgente de hacer el mejor uso posible de los recursos asignados a la Organización;

Recordando que la Conferencia Sanitaria Panamericana, mediante la resolución CSP20.R31 (1978), solicitó al Director que comenzara un proceso de evaluación regular de los centros panamericanos;

Reconociendo la Política del Presupuesto Regional por Programas, adoptada por el 45.º Consejo Directivo en 2004, y la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período 2003-2007, adoptada por el 44.º Consejo Directivo en 2003;

Estando de acuerdo con un conjunto de principios orientadores o criterios generales que se aplicarán cuando se decida el cierre de un centro panamericano, como son: reducir al mínimo cualquier posible repercusión negativa sobre la salud pública en la Región; optimizar la capacidad de la Oficina Sanitaria Panamericana de prestar cooperación técnica de la manera más eficaz y económica; procurar que ninguna parte de los recursos del presupuesto ordinario de la OPS que no sean asignados originalmente a un centro se apliquen para suplir el incumplimiento de los compromisos financieros por parte de un gobierno anfitrión o de los Estados Miembros de la subregión a la que presta servicios el centro; promover que las contribuciones financieras del gobierno anfitrión sean seguras y sostenibles; y procurar que se analicen las corrientes de financiamiento y las cuotas atrasadas del centro, incluida la repercusión de tales atrasos en las operaciones de este;

Recordando la evaluación exhaustiva del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) presentada a los Cuerpos Directivos en 2002 y habiendo examinado las propuestas de reorganización del CEPIS y del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en el marco de la descentralización adicional de la cooperación técnica regional, y

Habiendo analizado las propuestas de cierre del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) como centro panamericano que se presentan en el documento CD46/10,

RESUELVE:

1. Agradecer a la Directora el informe sobre el estado actual de los centros panamericanos.
2. Aceptar los principios orientadores generales enumerados anteriormente como los criterios que deberán aplicarse cuando la Organización considere la posibilidad de cerrar un centro panamericano.
3. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que tomen nota de la reorganización del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) de la Oficina, que descentraliza al CEPIS la cooperación técnica regional en la esfera del abastecimiento de agua, el alcantarillado y la eliminación de desechos;
 - b) a que tomen nota de la reorganización del Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) de la Oficina, que descentraliza al CLAP la cooperación técnica regional

- para el monitoreo y la reducción de los riesgos reproductivos, perinatales y para la salud de la mujer.
4. Solicitar a la Directora:
 - a) que reorganice y racionalice la capacidad de cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos a los niveles de país, subregional y regional;
 - b) que cierre el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), creado por virtud de la resolución CD35.R21 en 1991;
 - c) que realice un análisis de costo-efectividad como parte de la evaluación para determinar la reasignación de las actividades de cooperación técnica relacionadas con la inocuidad de los alimentos del INPPAZ a las instalaciones de PANAFTOSA o a otras instalaciones, incluida la Sede;
 - d) que presente a la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo, en 2006, un examen del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), así como una propuesta para alinear el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) con los criterios de asignación subregional fijados en la nueva política regional del presupuesto por programas, en consulta con las instituciones respectivas.

Decision: The proposed resolution was adopted.²

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución².

Item 4.4: Midterm Assessment of the Implementation of the Strategic Plan for the Pan American Health Organization for the Period 2003-2007

Punto 4.4: Evaluación de mitad de período de la aplicación del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007

La RELATORA presenta el proyecto de resolución (CD46/PR.2).

THE 46th DIRECTING COUNCIL,

² Resolution CD46.R6
Resolución CD46.R6

Having reviewed Document CD46/8 “Midterm Assessment of the Implementation of the Strategic Plan for the Pan American Health Organization for the Period 2003-2007”;

Noting Resolution CSP26.R18 “Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007,” which requests the Director of PAHO to monitor and evaluate the Strategic Plan’s implementation, as appropriate;

Recognizing the inherent difficulties in assessing progress in terms of health outcomes when data for many health indicators are not consistently available throughout the Region on a timely basis; and

Acknowledging that achievement of the technical cooperation objectives contained in the Strategic Plan 2003-2007 is a collective effort that depends on the work of Member States and the Secretariat with various actors in the health arena in the Americas,

RESOLVES:

1. To express recognition for the Secretariat’s work in preparing the Midterm Assessment.
2. To endorse the proposed revisions to the technical cooperation objectives in the Strategic Plan 2003-2007.
3. To endorse the recommendations for improving the next Strategic Plan for the period 2008-2012.
4. To request the Director to:
 - (a) collaborate with Member States to improve and expand the collection and analysis of health data, especially as it relates to measuring achievement against the objectives of the Strategic Plan 2003-2007, and other regional and global commitments;
 - (b) take appropriate measures to ensure that the final evaluation of the Strategic Plan 2003-2007 is as complete and comprehensive as possible, especially with respect to availability and timeliness of data to evaluate achievement;
 - (c) submit an initial version of the final evaluation of the Strategic Plan 2003-2007 to the Subcommittee on Planning and Programming in March 2008, to facilitate incorporation of lessons learned into the next strategic planning cycle.

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD46/8, “Evaluación de mitad de período de la aplicación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007”;

Tomando nota de la resolución CSP26.R18, “Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007”, que solicita al Director de la OSP que vigile y evalúe la ejecución del Plan Estratégico, según proceda;

Reconociendo las dificultades inherentes a la evaluación del progreso en cuanto a los resultados de salud cuando los datos de muchos indicadores de salud no se dan a conocer de manera sistemática ni oportuna en toda la Región, y

Reconociendo que el logro de los objetivos de cooperación técnica contenidos en el Plan Estratégico 2003-2007 exige un esfuerzo colectivo que depende del trabajo de los Estados Miembros y la Oficina con diversos actores en el ámbito de la salud en las Américas,

RESUELVE:

1. Expresar su reconocimiento por el trabajo de la Oficina al preparar la evaluación de mitad de período.
2. Respalda las modificaciones propuestas a los objetivos de la cooperación técnica en el Plan Estratégico 2003-2007.
3. Hacer suyas las recomendaciones para el mejoramiento del próximo plan estratégico para el período 2008-2012.
4. Solicitar a la Directora:
 - a) que colabore con los Estados Miembros para mejorar y ampliar la recopilación y el análisis de los datos de salud, especialmente con respecto a la medición del logro de los objetivos del Plan Estratégico 2003-2007 y los objetivos de otros compromisos regionales y mundiales;
 - b) que adopte las medidas apropiadas para velar por que la evaluación final del Plan Estratégico 2003-2007 sea lo más completa e integral que sea posible, especialmente con respecto a la disponibilidad y el carácter oportuno de los datos para evaluar el logro;

- c) que presente una versión inicial de la evaluación final del Plan Estratégico 2003-2007 al Subcomité de Planificación y Programación en marzo de 2008, para facilitar de este modo la incorporación de las enseñanzas extraídas en el próximo ciclo de planificación estratégica.

Decision: The proposed resolution was adopted.³

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.³

Item 4.8: Regional Declaration of the New Orientation for Primary Health Care (Declaration of Montevideo)

Punto 4.8: Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)

La RELATORA presenta el Proyecto de Declaración (CD46/PD.1)

Decision: The declaration was promulgated.

Decisión: Se promulga la declaración.

ITEM 4.1: PROPOSED PROGRAM BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE FINANCIAL PERIOD 2006-2007 (*continued*)

PUNTO 4.1: PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL EJERCICIO FINANCIERO 2006-2007 (*continuación*)

Hon. Jerome WALCOTT (Barbados) reported on the second meeting of the ad hoc working group on the budget, which had been attended by Delegates of Brazil, Canada, Cuba, Jamaica, the United States of America, Uruguay, and Venezuela.

The Delegate of Brazil had presented a proposal on which consensus had been reached, which had noted that the program budget for 2006-2007 represented a milestone in the history of PAHO, both because it was the first to be framed by the new Regional Program Budget Policy, and because it established criteria for prioritizing technical as well as non-technical areas. Additionally, it created the subregional level and identified where additional resources should be directed.

³ Resolution CD46.R7
Resolución CD46.R7

The working group had agreed that since zero growth in assessed contributions reflected the current economic situation in Member States, countries should be ready to support it, but with three important provisions. First, that the current zero growth in assessed contributions was not intended to signal a sustained zero growth policy for future program budget exercises, since that would diminish the relevance of the Organization and threaten the important reforms that had been approved and were in full progress.

Second, all countries should be encouraged to make voluntary contributions to support the priority areas as identified in the 2% scenario contained in *Official Document 317*, and the Secretariat should be asked to report on those efforts at the end of the biennium. Third, countries should be encouraged to pay their arrears and make timely payment of their assessed contributions.

El Sr. ALCÁZAR (Brasil) dice que, con el fin de dejar claro el tercer párrafo de la resolución, después del paréntesis donde se lee *Documento oficial 317* debería sustituirse todo lo que sigue por la siguiente oración: *en el entendimiento de que la propuesta de crecimiento cero refleja una situación coyuntural que no debe volverse una política presupuestaria.*

Mr. PREVISICH (Canada), after expressing appreciation for the constructive atmosphere in the working group, voiced the hope that, as a consensus position had been reached, any changes needed to reflect the concerns of Brazil should be discussed during the present meeting, rather than having the item reopened at a later time.

Dr. CAREY (Bahamas) suggested that part of the wording of operative paragraph 4 of the proposed draft resolution should be changed from *To encourage all countries to contribute voluntary contributions* to *To have all countries make voluntary contributions.*

Ms. BLACKWOOD (United States of America), after commending the efforts of the working group to try to reach an outcome acceptable to all parties, said that the United States found the proposed resolution acceptable as drafted, and would have some difficulty in agreeing to the modification proposed by the Delegation of Bahamas, as the obligation that it seemed to create was not in keeping with the concept of voluntary contributions.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) dice que está a favor del resultado del Grupo de trabajo, y que a su juicio el espíritu del párrafo 4 es alentar a los países y no volver obligatorio algo que es voluntario, por lo que pide al Ministro de Bahamas que reconsidere la propuesta.

El Dr. GARCÍA (Chile) dice que, en relación con el tercer punto, el texto se refiere claramente al no crecimiento presupuestario o crecimiento cero para el ejercicio

2006-2007, sin que ello signifique que aquellos países que no están en condiciones de pagar o de agregar 2% voluntariamente debido a su endeudamiento, tengan que hacerlo obligatoriamente. Por todo ello, Chile aprueba el contenido de la redacción.

Dr. CAREY (Bahamas) modified his proposed change to operative paragraph 4 of the draft resolution to: *To encourage all countries to make voluntary contributions.*

El Dr. LIRA (Venezuela) reconoce el esfuerzo del Grupo de trabajo y la flexibilidad de la que ha hecho gala la Delegación de los Estados Unidos en dicho Grupo, y propone no introducir modificaciones en el texto de la resolución para evitar reabrir el debate.

La PRESIDENTA pide a la Relatora preparar una versión revisada de la resolución.

La RELATORA, después de consultar con el Delegado de Brasil, informe que Brasil ha retirado su enmienda y que al final del párrafo 3 de la parte dispositiva, donde dice *crecimiento nulo*, debe decir *crecimiento cero*.

Continuing in English, she also pointed out that in the English version of operative paragraph 4, *contribute voluntary contributions* had been changed to *make voluntary contributions*.

La Relatora presenta el proyecto de resolución.

THE 46th DIRECTING COUNCIL,

Having considered the Final Report of the 136th Session of the Executive Committee (Document CE136/FR);

Having examined the Proposed Program Budget of the Pan American Health Organization for the financial period 2006-2007 contained in *Official Document 317*;

Noting the significant mandatory cost increase in posts for 2006-2007, due primarily to currency adjustments in the international financial market with respect to the United States dollar, despite an unprecedented proposed reduction in the Secretariat's work force;

Mindful of the initiative of the Director to establish a priority-driven program budget process and to respond to the comments and recommendations received from Member States after the 136th Session of the Executive Committee;

Noting the efforts of the Director to propose a program budget that takes into account both the economic concerns of Member States and the Organization's public health mandates;

Mindful of the impact that the timely payment of assessments has on the Organization's ability to plan for and deliver appropriately funded programs; and

Bearing in mind Article 14.C of the Constitution of the Pan American Health Organization and Article III, paragraphs 3.5 and 3.6, of the PAHO Financial Regulations,

RESOLVES:

1. To thank the Executive Committee for its preliminary review of and report on the proposed program budget.
2. To express appreciation to the Director for the attention given to cost savings and priority setting in the development of the program budget.
3. To approve the Program of Work for the Secretariat with a zero increase in net assessments as outlined in the proposed Biennial Program Budget 2006-2007, *Official Document 317*, recognizing that this is not intended to signal a sustained zero growth policy for future program budget exercises presented to the Directing Council.
4. To encourage all countries to make voluntary contributions to support priorities as identified in the 2% scenario contained in *Official Document 317*, and ask the Secretariat to report on these efforts.
5. To encourage countries to pay their arrears and to provide timely payments of their assessments.
6. To appropriate an amount of \$288,781,638 for the financial period 2006-2007, as follows:

<u>SECTION</u>	<u>TITLE</u>	<u>AMOUNT</u>
1	Communicable Diseases	24,346,900
2	Noncommunicable Diseases and Reduction of Risk Factors	17,165,100
3	Sustainable Development and Environmental Health	30,236,800

4	Family and Community Health	15,759,700
5	Health Technologies	5,610,800
6	Health Systems Development	47,787,100
7	Knowledge Management and Information Technology	19,072,100
8	Managerial and Administrative Processes	49,260,900
9	Core Presence in Countries	46,378,600
10	Country Variable	4,950,000
11	Retirees' Health Insurance	5,000,000
	<u>Effective Working Budget for 2006-2007 (Parts 1-11)</u>	<u>265,568,000</u>
12	Staff Assessment (Transfer to Tax Equalization Fund)	23,213,638
	<u>Total – All Sections</u>	<u>288,781,638</u>

7. That the appropriation shall be financed from:

(a) Assessments in respect to:

Member Governments, Participating Governments, and Associate Members assessed under the scale adopted by the Organization of American States in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code or in accordance with Directing Council and Pan American Sanitary Conference resolutions196,513,638

(b) Miscellaneous Income14,500,000

(c) AMR share approved in Resolution WHA58.477,768,000

TOTAL288,781,638

8. In establishing the contributions of Member Governments, Participating Governments, and Associate Members, their assessments shall be reduced further by the amount standing to their credit in the Tax Equalization Fund, except that credits of those which levy taxes on the emoluments received from the Pan American Sanitary Bureau (PASB) by their nationals and residents shall be reduced by the amounts of such tax reimbursements by PASB.

9. That, in accordance with the Financial Regulations of PAHO, amounts not exceeding the appropriations noted under paragraph 4 shall be available for the payment

of obligations incurred during the period 1 January 2006 to 31 December 2007, inclusive. Notwithstanding the provision of this paragraph, obligations during the financial period 2006-2007 shall be limited to the effective working budget, i.e., Sections 1-11.

10. That the Director shall be authorized to transfer credits between the programmatic sections 1-9 of the effective working budget, provided that such transfer of credits between sections does not exceed 10% of the section from which the credit is transferred, exclusive of the provision made for transfers from the Regional Director's Development Program in Section 8. Except for the provision made for the Regional Director's Development Program in Section 8, transfers of credits between sections of the budget in excess of 10% of the section from which the credit is transferred may be made with the concurrence of the Executive Committee. The Director is authorized to apply amounts not exceeding the provision for the Director's Development Program to those sections of the effective working budget under which the program obligation will be incurred. All transfers of budget credits shall be reported to the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference.

11. Expenditure in Section 10 will be made in accordance with the criteria approved by the 39th Subcommittee on Planning and Programming, and as presented to the 46th Directing Council in *Official Document 317*. Expenditure from Section 10 will be added to the corresponding programmatic appropriation section at the time of reporting.

12. Expenditure in Section 11 is a statutory expenditure and will be apportioned proportionately across appropriation sections 1-9 at the time of reporting.

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe final de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo (documento CE136/FR);

Habiendo examinado el Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 que figura en el Documento oficial 317;

Observando que, a pesar de la propuesta sin precedentes de reducir el personal de la Oficina, ha habido un aumento considerable de los costos en concepto de puestos para el ejercicio financiero 2006-2007, debido principalmente a los ajustes monetarios en el mercado financiero internacional con respecto al dólar de los Estados Unidos;

Reconociendo la iniciativa de la Directora para establecer un proceso de elaboración del presupuesto por programas guiado por prioridades, y responder a las observaciones y recomendaciones recibidas de los Estados Miembros después de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo;

Observando el empeño de la Directora por proponer un presupuesto por programas que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización;

Reconociendo la repercusión que el pago oportuno de las cuotas tiene en la capacidad de la Organización para planificar y ejecutar programas apropiadamente financiados, y

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

RESUELVE:

1. Agradecer al Comité Ejecutivo su examen preliminar del proyecto de presupuesto por programas y el informe correspondiente.
2. Expresar su agradecimiento a la Directora por la atención prestada a la reducción de costos y al establecimiento de prioridades en la elaboración del presupuesto por programas.
3. Aprobar el Programa de Trabajo de la Oficina sin aumento de las cuotas tal como se describe en el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2006-2007 (*Documento Oficial 317*), reconociendo que con ello no se pretende indicar que en futuros presupuestos por programas presentados al Consejo Directivo haya que seguir una política de crecimiento cero.
4. Alentar a todos los países a que hagan contribuciones voluntarias para apoyar las prioridades indicadas en la situación hipotética del 2% que se presenta en el *Documento oficial 317*, y pedirle a la Secretaría que informe acerca de estos esfuerzos.

5. Alentar a los países a que paguen sus cuotas atrasadas y que paguen oportunamente sus contribuciones asignadas.

6. Asignar la cantidad de \$288.781.638 para el ejercicio financiero 2006-2007 como sigue:

<u>SECCIÓN</u>	<u>TÍTULO</u>	<u>CANTIDAD</u>
1	Enfermedades transmisibles	24.346,900
2	Enfermedades no transmisibles y reducción de los factores de riesgo	17.165,100
3	Desarrollo sostenible y salud ambiental	30.236,800
4	Salud familiar y comunitaria	15.759,700
5	Tecnologías sanitarias	5.610,800
6	Desarrollo de sistemas de salud	47.787.100
7	Gestión del conocimiento y tecnología de la información	19.072.100
8	Procesos de gestión y administración	49.260.900
9	Presencia básica en los países	46.378.600
10	Asignación variable a los países	4.950.000
11	Seguro de salud de los jubilados	5.000.000
	<u>Presupuesto efectivo para 2006-2007 (secciones 1 a 11)</u>	<u>265.568.000</u>
12	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	23.213.638
	<u>Total (todas las secciones)</u>	<u>288.781.638</u>

7. Que la asignación se financie mediante:

a) Las cuotas correspondientes a:

Los Gobiernos Miembros, los Gobiernos Participantes y los Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana.....196.513.638

b) Ingresos varios.....14.500.000

c) Porción para la Región de las Américas aprobada mediante la resolución WHA58.4.....77.768.000

TOTAL 288.781.638

8. Al establecerse las contribuciones de los Gobiernos Miembros, los Gobiernos Participantes y los Miembros Asociados, estas se reducirán en la cantidad que tengan abonada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se exceptúan los fondos de aquellos que gravan con impuestos los sueldos que sus ciudadanos y residentes perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), los cuales se reducirán en una cantidad equivalente a los reembolsos tributarios realizados por la OSP.

9. Que, en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan las asignaciones mencionadas en el párrafo 4 se liberarán para atender el pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007, inclusive. No obstante lo dispuesto en el presente párrafo, las obligaciones que se contraigan durante el ejercicio financiero 2006-2007 se limitarán al presupuesto efectivo, es decir, a las secciones 1 a 11.

10. Que la Directora estará autorizada a transferir fondos entre las secciones 1 a 9 del presupuesto efectivo, a condición de que el monto de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de esta; se exime la disposición relativa a las transferencias del Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo de la sección 8. Salvo por lo previsto en relación con dicho programa, las transferencias de fondos entre secciones del presupuesto que excedan del 10% de la dotación de la sección desde la cual se transfieren podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. La Directora está autorizada a asignar cantidades que no excedan lo estipulado en el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo a las secciones del presupuesto efectivo a las cuales se cargarán las obligaciones contraídas. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

11. Los gastos correspondientes a la sección 10 se efectuarán en conformidad con los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación en su 39.^a sesión y presentados al 46.^o Consejo Directivo en el Documento oficial 317. Los gastos correspondientes a la sección 10 se agregarán a la categoría de asignación programática correspondiente en el momento de la notificación.

12. El gasto correspondiente a la sección 11 es estatutario y se prorrateará proporcionalmente entre las asignaciones de las secciones 1 a 9 en el momento de la notificación.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.⁴

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado⁴.

⁴ Resolution CD46.R8
Resolución CD46.R8

Con relación a las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la OPS para 2006-2007, la PRESIDENTA somete a consideración el siguiente proyecto de resolución:

THE 46th DIRECTING COUNCIL,

Whereas, Member Governments appearing in the scale adopted by the Organization of American States (OAS) are assessed according to the percentages shown in that scale, adjusted to PAHO Membership, in compliance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code; and

Whereas, adjustments were made taking into account the assessments of Cuba, the Participating Governments, and Associate Members; now, therefore,

RESOLVES:

To establish the assessments of the Member Governments, Participating Governments, and Associate Members of the Pan American Health Organization for the financial period 2006-2007 in accordance with the scale of quotas shown below and in the corresponding amounts.

(1) Membership	(2) Scale Adjusted to PAHO Membership		(3) Gross Assessment		(4) Credit from Tax Equalization Fund		(5) Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		(6) Net Assessment	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
Antigua and Barbuda	0.019993	0.019993	19,637	19,637	2,313	2,313			17,324	17,324
Argentina	4.897907	4.897907	4,810,570	4,810,570	566,534	566,534			4,244,036	4,244,036
Bahamas	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Barbados	0.079965	0.079965	78,539	78,539	9,249	9,249			69,290	69,290
Belize	0.029987	0.029987	29,453	29,453	3,469	3,469			25,984	25,984
Bolivia	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Brazil	8.546348	8.546348	8,393,955	8,393,955	988,544	988,544			7,405,411	7,405,411
Canada	12.354723	12.354723	12,134,421	12,134,421	1,429,054	1,429,054	25,000	25,000	10,730,367	10,730,367
Chile	0.539769	0.539769	530,144	530,144	62,434	62,434			467,710	467,710
Colombia	0.939599	0.939599	922,845	922,845	108,682	108,682			814,163	814,163
Costa Rica	0.129945	0.129945	127,628	127,628	15,031	15,031			112,597	112,597
Cuba	0.730372	0.730372	717,348	717,348	84,481	84,481			632,867	632,867
Dominica	0.019993	0.019993	19,637	19,637	2,313	2,313			17,324	17,324
Dominican Republic	0.179924	0.179924	176,716	176,716	20,812	20,812			155,904	155,904
Ecuador	0.179924	0.179924	176,716	176,716	20,812	20,812			155,904	155,904

(1) Membership	(2) Scale Adjusted to PAHO Membership		(3) Gross Assessment		(4) Credit from Tax Equalization Fund		(5) Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		(6) Net Assessment	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
El Salvador	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Grenada	0.029987	0.029987	29,453	29,453	3,469	3,469			25,984	25,984
Guatemala	0.129945	0.129945	127,628	127,628	15,031	15,031			112,597	112,597
Guyana	0.019993	0.019993	19,637	19,637	2,313	2,313			17,324	17,324
Haiti	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Honduras	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Jamaica	0.179924	0.179924	176,716	176,716	20,812	20,812			155,904	155,904
Mexico	6.077403	6.077403	5,969,035	5,969,035	702,965	702,965			5,266,070	5,266,070
Nicaragua	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Panama	0.129945	0.129945	127,628	127,628	15,031	15,031			112,597	112,597
Paraguay	0.179924	0.179924	176,716	176,716	20,812	20,812			155,904	155,904
Peru	0.409825	0.409825	402,517	402,517	47,404	47,404			355,113	355,113
Saint Kitts and Nevis	0.019993	0.019993	19,637	19,637	2,313	2,313			17,324	17,324
Saint Lucia	0.029987	0.029987	29,453	29,453	3,469	3,469			25,984	25,984
Saint Vincent and the Grenadines	0.019993	0.019993	19,637	19,637	2,313	2,313			17,324	17,324
Suriname	0.069971	0.069971	68,723	68,723	8,093	8,093			60,630	60,630
Trinidad and Tobago	0.179924	0.179924	176,716	176,716	20,812	20,812			155,904	155,904
United States of America	59.444615	59.444615	58,384,637	58,384,637	6,875,878	6,875,878	5,100,000	5,100,000	56,608,759	56,608,759
Uruguay	0.259889	0.259889	255,255	255,255	30,061	30,061			225,194	225,194
Venezuela	<u>3.198634</u>	<u>3.198634</u>	<u>3,141,598</u>	<u>3,141,598</u>	<u>369,982</u>	<u>369,982</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2,771,616</u>	<u>2,771,616</u>
Subtotal	<u>99.448227</u>	<u>99.448227</u>	<u>97,674,933</u>	<u>97,674,933</u>	<u>11,503,044</u>	<u>11,503,044</u>	<u>5,125,000</u>	<u>5,125,000</u>	<u>91,296,889</u>	<u>91,296,889</u>

(1) Membership	(2) Scale Adjusted to PAHO Membership		(3) Gross Assessment		(4) Credit from Tax Equalization Fund		(5) Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		(6) Net Assessment	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Participating Governments:										
France	0.289876	0.289876	284,708	284,708	33,530	33,530			251,178	251,178
Kingdom of the Netherlands	0.089961	0.089961	88,357	88,357	10,406	10,406			77,951	77,951
United Kingdom	<u>0.059974</u>	<u>0.059974</u>	<u>58,904</u>	<u>58,904</u>	<u>6,937</u>	<u>6,937</u>			<u>51,967</u>	<u>51,967</u>
Subtotal	<u>0.439811</u>	<u>0.439811</u>	<u>431,969</u>	<u>431,969</u>	<u>50,873</u>	<u>50,873</u>			<u>381,096</u>	<u>381,096</u>
Associate Member:										
Puerto Rico	<u>0.111962</u>	<u>0.111962</u>	<u>109,965</u>	<u>109,965</u>	<u>12,950</u>	<u>12,950</u>			<u>97,015</u>	<u>97,015</u>
Subtotal	<u>0.111962</u>	<u>0.111962</u>	<u>109,965</u>	<u>109,965</u>	<u>12,950</u>	<u>12,950</u>			<u>97,015</u>	<u>97,015</u>
TOTAL	<u>100.000000</u>	<u>100.000000</u>	<u>98,216,867</u>	<u>98,216,867</u>	<u>11,566,867</u>	<u>11,566,867</u>	<u>5,125,000</u>	<u>5,125,000</u>	<u>91,775,000</u>	<u>91,775,000</u>
(5) This column includes estimated amounts to be received by the respective Member Governments in 2006-2007 in respect of taxes levied by them on staff members' emoluments received from PASB, adjusted for the difference between the estimated and the actual for prior years.										

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que las cuotas de los Gobiernos Miembros que figuran en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se asignan según los porcentajes que figuran en dicha escala, ajustada a los Miembros de la OPS, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que este reajuste fue hecho tomando en cuenta las cuotas de Cuba, los Gobiernos Participantes y Miembros Asociados; por consiguiente,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 de conformidad con la escala de cuotas indicadas a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuesto		Reajustes por Impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la remuneración del personal de la Oficina		Cuota neta	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Miembros de la OPS*	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros:										
Antigua and Barbuda	0,019993	0,019993	19.637	19.637	2.313	2.313			17.324	17.324
Argentina	4,897907	4,897907	4.810.570	4.810.570	566.534	566.534			4.244.036	4.244.036
Bahamas	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Barbados	0,079965	0,079965	78.539	78.539	9.249	9.249			69.290	69.290
Belize	0,029987	0,029987	29.453	29.453	3.469	3.469			25.984	25.984
Bolivia	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Brasil	8,546348	8,546348	8.393.955	8.393.955	988.544	988.544			7.405.411	7.405.411
Canadá	12,354723	12,354723	12.134.421	12.134.421	1.429.054	1.429.054	25.000	25.000	10.730.367	10.730.367
Chile	0,539769	0,539769	530.144	530.144	62.434	62.434			467.710	467.710
Colombia	0,939599	0,939599	922.845	922.845	108.682	108.682			814.163	814.163
Costa Rica	0,129945	0,129945	127.628	127.628	15.031	15.031			112.597	112.597
Cuba	0,730372	0,730372	717.348	717.348	84.481	84.481			632.867	632.867
Dominica	0,019993	0,019993	19.637	19.637	2.313	2.313			17.324	17.324
República Dominicana	0,179924	0,179924	176.716	176.716	20.812	20.812			155.904	155.904
Ecuador	0,179924	0,179924	176.716	176.716	20.812	20.812			155.904	155.904

(1) Miembros de la OPS*	(2) Escala ajustada a los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuesto		(5) Reajustes por Impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la remuneración del personal de la Oficina		(6) Cuota neta	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros:										
El Salvador	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Granada	0,029987	0,029987	29.453	29.453	3.469	3.469			25.984	25.984
Guatemala	0,129945	0,129945	127.628	127.628	15.031	15.031			112.597	112.597
Guyana	0,019993	0,019993	19.637	19.637	2.313	2.313			17.324	17.324
Haití	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Honduras	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Jamaica	0,179924	0,179924	176.716	176.716	20.812	20.812			155.904	155.904
México	6,077403	6,077403	5.969.035	5.969.035	702.965	702.965			5.266.070	5.266.070
Nicaragua	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Panamá	0,129945	0,129945	127.628	127.628	15.031	15.031			112.597	112.597
Paraguay	0,179924	0,179924	176.716	176.716	20.812	20.812			155.904	155.904
Perú	0,409825	0,409825	402.517	402.517	47.404	47.404			355.113	355.113
Saint Kitts and Nevis	0,019993	0,019993	19.637	19.637	2.313	2.313			17.324	17.324
Santa Lucía	0,029987	0,029987	29.453	29.453	3.469	3.469			25.984	25.984
San Vicente y las Granadinas	0,019993	0,019993	19.637	19.637	2.313	2.313			17.324	17.324
Suriname	0,069971	0,069971	68.723	68.723	8.093	8.093			60.630	60.630
Trinidad y Tabago	0,179924	0,179924	176.716	176.716	20.812	20.812			155.904	155.904
Estados Unidos de América	59,444615	59,444615	58.384.637	58.384.637	6.875.878	6.875.878	5.100.000	5.100.000	56.608.759	56.608.759
Uruguay	0,259889	0,259889	255.255	255.255	30.061	30.061			225.194	225.194
Venezuela	<u>3,198634</u>	<u>3,198634</u>	<u>3.141.598</u>	<u>3.141.598</u>	<u>369.982</u>	<u>369.982</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.771.616</u>	<u>2.771.616</u>
Subtotal	<u>99,448227</u>	<u>99,448227</u>	<u>97.674.933</u>	<u>97.674.933</u>	<u>11.503.044</u>	<u>11.503.044</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>91.296.889</u>	<u>91.296.889</u>

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuesto		Reajustes por Impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la remuneración del personal de la Oficina		Cuota neta	
Miembros de la OPS*	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Participantes:										
Francia	0,289876	0,289876	284.708	284.708	33.530	33.530			251.178	251.178
Reino de los Países Bajos	0,089961	0,089961	88.357	88.357	10.406	10.406			77.951	77.951
Reino Unido	<u>0,059974</u>	<u>0,059974</u>	<u>58.904</u>	<u>58.904</u>	<u>6.937</u>	<u>6.937</u>			<u>51.967</u>	<u>51.967</u>
Subtotal	<u>0,439811</u>	<u>0,439811</u>	<u>431.969</u>	<u>431.969</u>	<u>50.873</u>	<u>50.873</u>			<u>381.096</u>	<u>381.096</u>
Miembro Asociado:										
Puerto Rico	<u>0,111962</u>	<u>0,111962</u>	<u>109.965</u>	<u>109.965</u>	<u>12.950</u>	<u>12.950</u>			<u>97.015</u>	<u>97.015</u>
Subtotal	<u>0,111962</u>	<u>0,111962</u>	<u>109.965</u>	<u>109.965</u>	<u>12.950</u>	<u>12.950</u>			<u>97.015</u>	<u>97.015</u>
TOTAL	<u>100.000000</u>	<u>100.000000</u>	<u>98.216.867</u>	<u>98.216.867</u>	<u>11.566.867</u>	<u>11.566.867</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>91.775.000</u>	<u>91.775.000</u>

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los gobiernos Miembros en 2006-2007 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la Oficina los funcionarios de sus nacionalidades respectivas debidamente reajustadas para tener en cuenta cualquier diferencia entre los calculado y la cantidad real de los años anteriores.
*Orden alfabético del inglés

Decision: The proposed resolution was adopted.⁵

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución⁵.

ITEM 4.13: REGIONAL STRATEGY FOR THE CONTROL OF TUBERCULOSIS FOR 2005-2015

PUNTO 4.13: ESTRATEGIA REGIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PARA 2005-2015

La Srta. GIDI (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Comité Ejecutivo había examinado este punto después de escuchar la ponencia de la Dra. Mirta del Granado, Asesora Regional en Tuberculosis, de la OPS. El Comité señala que en la

⁵ Resolution CD46.R9
Resolución CD46.R9

Región se han hecho avances en el cumplimiento de las metas y los indicadores establecidos en la resolución WHA58.14, así como en la Declaración del Milenio.

Pese a encomiar los esfuerzos de la OPS para reducir los costos de los medicamentos, señala que algunos países aún están lejos de alcanzar las metas fijadas para la detección y tratamiento de la tuberculosis, especialmente allí donde el número de pobres es elevado.

Señala que los fondos presupuestarios podrían reducirse en un 45% en el bienio 2006-2007. Propone aplazar la decisión del Comité sobre si declarar a la tuberculosis como una de las prioridades de la OPS hasta examinar todas las situaciones. Además, propone que una de las líneas estratégicas de trabajo sea la promoción de la investigación en materia de medicamentos nuevos para avanzar en la lucha contra la tuberculosis multiresistente.

Añade que otra de las funciones de cooperación técnica señalada por la Organización es prestar apoyo a los Estados Miembros para que formularan los proyectos de control y de la tuberculosis y lo presentaran a los posibles donantes. Aún cuando en el documento se recalca correctamente la necesidad de proporcionar acceso a los servicios y medicamentos, es necesario la mejora de las prácticas universales de atención, incluido el diagnóstico certero, la calidad del tratamiento, los medicamentos adecuados, el registro, la notificación de las prácticas y la evaluación de los resultados.

En este sentido, la Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado recientemente una resolución en materia de salud pública sobre la tuberculosis e insta a la Oficina a que vele para que toda la resolución que proponga la OPS al respecto se ajuste bien a las metas establecidas en la resolución WHA58.14.

En la resolución aprobada por el Comité, se recomienda al Consejo Directivo que adopte una resolución por la cual se inste a los Estados Miembros a que ratifiquen el control de la tuberculosis como un programa de salud y a que amplíen, fortalezcan y sostengan la aplicación de la estrategia DOTS, así como para que tengan en cuenta el plan estratégico regional para el control de la tuberculosis, según los objetivos previstos en la Declaración del Milenio para el año 2015 según la cual se asignan recursos financieros y humanos para lograr un acceso universal de atención, basado en un diagnóstico, trata-miento y notificación adecuados y coherentes con la estrategia DOTS.

En el proyecto de resolución, se solicita a la Directora que consolide y fortalezca el compromiso de la OPS para apoyar la expansión y la sostenibilidad de la estrategia DOTS en la Región.

La Dra. DEL GRANADO (OPS), haciendo uso de diapositivas, dice que, antes de presentar la estrategia regional de control de la tuberculosis 2005-2015, que está plasmada en un plan regional, va a describir los principales aspectos de la epidemiología de la tuberculosis. De acuerdo con las tasas de incidencia de tuberculosis estimadas por la OMS en 2003, un país de la Región de las Américas tiene una incidencia de más de 300 casos por 100.000, y en algunos es menor de 25 por 100.000. Además de esta heterogeneidad, ha de destacarse la existencia de subdiagnóstico y subnotificación de casos.

Al hablar de tuberculosis no puede obviarse la infección por VIH ni la multidrogorresistencia. Si bien la prevalencia de infección por VIH en pacientes con tuberculosis es menor de 5% en la Región, en algunos países, sobre todo el Caribe, supera 20%. La prevalencia de multidrogorresistencia en casos nuevos es menor de 3%, excepto en cuatro países donde es mayor o igual a 3%.

Uno de los grandes logros alcanzados en 2003 ha sido la expansión exitosa del DOTS. Aunque la difusión del DOTS no es suficiente en algunos países, 78% de la población de las Américas vive en lugares donde existen servicios de salud que ofertan DOTS. En ese mismo año, en áreas DOTS se han notificado 50% de los casos positivos al bacilo y se ha tratado exitosamente 81%. No obstante, 14% de los tratamientos aún fracasan, fundamentalmente a resultas de abandonos en países con problemas de implantación de calidad del DOTS.

Merece la pena recalcar que, pese a que la tuberculosis es prevenible y curable, sigue siendo un importante problema de salud pública en las Américas. Según estimaciones de la OMS de 2003, en la Región hubo 400.000 mil nuevos enfermos y murieron por tuberculosis 54.000 personas.

Por ello, si no se fortalece la estrategia y no se emprenden acciones sostenidas de control, se espera que las condiciones se deterioren como consecuencia de la propagación sostenida del VIH, la aparición de multi droga resistencia y la acción de determinantes sociales que han aumentado la pobreza, la inequidad y la marginalidad además de hacer obstáculo al acceso a los servicios de salud.

Respecto a las metas del Milenio, según un indicador de implementación, es preciso detectar 70% de los casos de tuberculosis en 2005 y, además, debe conseguirse que 85% de los tratamientos sean exitosos. Si se alcanzan estas metas, se conseguirán las de impacto, según las cuales en 2015 deberán haberse reducido un 50% la prevalencia y la mortalidad en 2015. Por su parte, la incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en la mayoría de los países de la Región y se espera que en 2005 se habrán detectado cerca de 70% de los casos positivos al bacilo en áreas DOTS y que se habrá curado a 85%.

En cuanto a las metas de impacto, entre 1990 y 2003 la prevalencia ha disminuido de 100 a 58, es decir que restan 8 y 1 puntos para alcanzar las metas del Milenio de reducción de la prevalencia y la mortalidad, respectivamente. Sin embargo, ha de recordarse que estos logros se han conseguido en países de ingresos altos y medianos dotados con programas exitosos y de larga duración.

El proceso de elaboración del plan estratégico se ha basado en evidencias, estrategias e iniciativas establecidas internacionalmente; también ha sido participativo y se ha beneficiado de las aportaciones del grupo técnico asesor, en cuyo seno los expertos de los países de la Región han debatido y sometido a valoración crítica sus planteamientos dentro y fuera de la Organización. Este plan afronta cierta heterogeneidad tanto en la situación epidemiológica como en la repuesta que se ha dado al problema de la tuberculosis.

Por ello, sus acciones, estrategias y pautas han de ser diferenciadas. Esto explica que se haya estratificado en cuatro grupos a los países de acuerdo con la incidencia estimada y la cobertura de DOTS en 2003: un grupo con baja incidencia y una exitosa expansión del DOTS, uno con una incidencia media (entre 25 y 50 por 100.00) y expansión exitosa del DOTS, otro con alta incidencia, pero con una expansión del DOTS mucho menos de 90%, en el cual existe un subgrupo que corresponde a los países donde la expansión del DOTS se divide en tres grupos: entre 50 y 70%, de 20 a 50% y por debajo de 20%.

Al analizar en estos cuatro grupos la situación de los indicadores del Milenio se aprecia que en el primero una gran parte de los países han alcanzado las metas marcadas para los indicadores de implementación y de impacto. En el segundo grupo, varios países han alcanzado el indicador de detección aunque no el de tratamiento, lo cual sugiere la existencia de problemas en la aplicación de la estrategia DOTS. (En este grupo, además, ningún país ha llegado a las metas de impacto).

En el tercer grupo, los países solo han alcanzado las metas de tratamiento, no las de detección. Uno o dos de ellos han manifestado tener problemas de acceso y otros dos han alcanzado las metas de impacto. El cuarto grupo aún está lejos de alcanzar tanto de las metas de implementación como las de impacto.

La justificación del plan se basa en proteger los logros conseguidos, mantener la expansión exitosa del DOTS y el abastecimiento regular de medicamentos, finalizar los temas pendientes de las agendas aprobadas, expandir el DOTS en países con baja cobertura, mejorar el acceso de las poblaciones marginales (indígenas, prisioneros, de las zonas periurbanas), fortalecer la formación de recursos humanos, la investigación operativa y la epidemiológica, enfrentar los nuevos retos, fundamentalmente aquellos ligados a la tuberculosis y a la infección por VIH, a la tuberculosis resistente, al

debilitamiento del sector sanitario, a las reformas de salud, al fortalecimiento de la estrategia DOTS, e implantar nuevas iniciativas para mejorar la calidad de atención.

Entre esas iniciativas cabe citar en primer lugar al PAL (*Practical Approach to Land Health*), que consiste en el abordaje de las enfermedades respiratorias en atención primaria para establecer un diagnóstico oportuno y de calidad de la tuberculosis.

En segundo lugar se encuentra la PPM (*Public Private Mixed*), que incluye a los prestadores y proveedores de servicios de salud públicos y privados que ofrecen acceso al paciente con tuberculosis a servicios de calidad, es decir a servicios que cumplen los estándares internacionales de tratamiento y atención del paciente con tuberculosis.

Y, por último, al DOTS comunitario, que promueve la participación comunitaria a través de la formación y capacitación de líderes comunitarios promotores de salud, el fortalecimiento de la comunicación social para obtener el compromiso en niveles de decisión, y la coordinación con socios y nuevos actores, especialmente con el Fondo Global y con la red Latinoamericana de Enfermería.

El objetivo general del plan persigue que los Estados Miembros expandan y consoliden la estrategia DOTS y apliquen iniciativas inscritas en él, incluyendo la multidrogorresistencia y la tuberculosis asociada con la infección por HIV para revertir la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis. Por añadidura, el plan tiene seis objetivos específicos que, a su vez, contemplan líneas de trabajo que diferencian acciones y estrategias de acuerdo con los grupos de países.

El primer objetivo es extender, consolidar o profundizar la estrategia DOT mediante la aplicación de diferentes iniciativas para lograr un control de la tuberculosis de calidad y equitativo. Ello se pretende conseguir integrando a todos los proveedores de salud en una línea estratégica fundamentalmente dirigida a la elaboración de planes de expansión de DOTS en el grupo cuatro, planes de sostenimiento en el grupo tres, planes de profundización y fortalecimiento de DOTS para mejorar la calidad en el grupo dos, y planes de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública en el grupo uno.

El segundo objetivo consiste en disminuir la incidencia de la tuberculosis y de la infección por VIH en poblaciones afectadas por ambas enfermedades. Esta línea se dirige principalmente a implantar y fortalecer las actividades de colaboración entre ambos programas de tuberculosis y VIH.

El tercer objetivo pretende fortalecer las redes de laboratorio de tuberculosis para garantizar un diagnóstico oportuno y de calidad, y contiene una línea encaminada a fortalecer las redes de países, la red regional de laboratorios y la red supranacional, para

ofrecer no solamente diagnóstico y seguimiento oportunos y de calidad, sino además vigilancia permanente y periódica de la resistencia a los fármacos.

El cuarto objetivo se destina a implantar el manejo integral de la tuberculosis resistente a los medicamentos dentro del DOTS, y la estrategia DOTS Plus, con una línea estratégica que contempla implantar o extender el DOTS Plus en los países. El quinto objetivo se dirige a promover el uso de estrategias de comunicación para cambiar comportamientos y su línea estratégica busca prestar asesoramiento para implantar las estrategias de cambio de comportamiento, así como la participación y la movilización sociales. El sexto y último objetivo se encamina a promover la elaboración y aplicación de estrategias para el desarrollo de recursos humanos en el control de la tuberculosis.

El plan también incluye la constitución de la alianza regional contra la tuberculosis, que estará formada por socios técnicos financieros y sociales. Entre sus objetivos destacan el abogar por el compromiso político y social, participar y facilitar la ejecución del plan regional, y movilizar recursos técnicos y financieros. Esta alianza tendrá un embajador, que será la imagen pública y la voz de la lucha contra tuberculosis en la Región. Además, se promoverá la formación de alianzas en todos los países.

Entre las principales aportaciones a los sistemas de salud que se esperan del plan sobresale el fortalecimiento de las redes de servicios de atención básica en el ámbito de la atención primaria, para lo cual se pretende fortalecer la red de laboratorios, que ya está funcionando con calidad, reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia ya existente, la gestión de medicamentos, así como el sistema de vigilancia epidemiológica, no entendido solamente como un sistema de registro sino también de análisis.

Debe hacerse hincapié en el hecho de que los programas de lucha contra la tuberculosis crean sinergias, porque en ellos se trabaja muy estrechamente con programas tales como el del VIH, el PAI, los de nutrición y los de medicamentos esenciales.

La Dra. Del Granado finaliza su intervención solicitando la ratificación del control de la tuberculosis como una prioridad en las políticas de salud, cuyo éxito exige la expansión y el fortalecimiento de la estrategia DOTS, un financiamiento sostenible y los recursos humanos necesarios, y que se tenga en cuenta el Plan estratégico regional de control de la tuberculosis 2005-2015 cuando se formulan los planes nacionales destinados a alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio.

*The meeting rose at 6:25 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.25 p.m.*