

## **DOCUMENTO PARA LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) RESOLUCIÓN SOBRE ACCESO A SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS**

### **1. ¿Por qué necesitamos Atención Global en Cirugía y Anestesia?**

Los accidentes matan a más de cinco millones de personas a nivel mundial cada año, representando una de cada diez muertes globalmente<sup>1</sup>. Muchas de las víctimas son el principal sustento de sus familias: investigaciones recientes demostraron que un tercio de las mortalidades relacionadas con accidentes afectan a aquellos con edades entre 15 y 44 años de edad, el sector más económicamente productivo de la población global<sup>2</sup>.

Adicionalmente, los accidentes constituyen una de las principales causas de pérdidas de niños y adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siete de las diez principales causas de muerte para personas entre 5 y 29 años están relacionadas con accidentes: accidentes de tránsito, heridas autoinflingidas, violencia interpersonal, heridas de guerra, ahogamientos, envenenamientos y quemaduras<sup>3</sup>.

Muchas de estas lesiones son tratables si los cuidados quirúrgicos y anestésicos tuvieran estándares apropiados y protocolos establecidos, de tal manera que las víctimas recibieran atención médica de manera eficiente. Además, el rol del cuidado quirúrgico se extiende más allá del cuidado de las lesiones. Los procedimientos quirúrgicos son un método de intervención necesario para niños con defectos congénitos. En un reciente reporte, la OMS estimó que para el año 2004 aproximadamente 260 000 muertes a nivel mundial (aproximadamente 7% de muertes neonatales) fueron a causa de anomalías congénitas. Una porción significativa de éstas pudieron ser evitadas con la implementación de un programa quirúrgico costo-efectivo<sup>4</sup>. Adicionalmente la OMS recientemente denominó cirugía como uno de los principales elementos de la atención primaria en salud<sup>5</sup>.

A pesar del reconocimiento de la comunidad global acerca del rol fundamental de la cirugía en salvar vidas y mejorar la salud de la población a nivel mundial, tal y como planteó el Dr. Paul E. Farmer, sigue siendo “el hijo abandonado de la salud global”<sup>6</sup>. En el momento no existe ninguna organización mundial que financie la provisión de cuidado quirúrgico y anestésico y ninguno de los mayores donantes están inclinados a reconocerlos como parte fundamental de cualquier programa de salud pública global. El resultado, como es de esperarse, es una falla en el acceso a servicios quirúrgicos para los más necesitados alrededor del mundo.

Según datos de la OMS, más de 90% de las muertes por accidentes ocurren en países de medianos y bajos ingresos (PMBI)<sup>3</sup>. Esta situación es explicada por el hecho que el tercio más pobre de la población mundial recibe únicamente 3.5% de los procedimientos quirúrgicos<sup>7</sup>. Recientes estudios demostraron que existen 0.2 cirujanos

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH

hospitalarios disponibles por cada 100,000 personas en Sierra Leona<sup>8</sup>. Esto representa 1500 veces menos personal médico que el disponible durante la Guerra Civil de Estados Unidos (EE.UU.) a mediados del siglo XIX (300 cirujanos/100,000 soldados)<sup>8</sup>. Adicionalmente, muchos hospitales en PMBI no poseen acceso a agua potable, combustible o anestésicos, lo cual convierte a la realización de los procedimientos quirúrgicos más básicos en un verdadero reto.

Contrario a lo que se pensaba anteriormente, existe evidencia emergente que sugiere que servicios de cirugía y anestesia pueden ser ofrecidos de una manera segura y eficiente incluso en países con presupuestos restringidos, a la par de otras intervenciones no-quirúrgicas que se llevan a cabo como medidas de salud pública. Según un reciente estudio, el costo por DALY de cuidado obstétrico de emergencia en un hospital rural en Bangladesh era US\$10.93/DALY evitado<sup>9</sup>. La misma medida para los cuidados quirúrgicos ofrecidos en un hospital en Sierra Leona fue de US\$32.78/DALY evitado<sup>10</sup>. Esto se compara de manera favorable con otras intervenciones de atención primaria en salud como distribución de vitamina A (US\$9/DALY evitado), detección y tratamiento domiciliario de infección respiratoria aguda baja (US\$20/DALY evitado) o vacunación contra sarampión (US\$30/DALY evitado)<sup>9</sup>.

Sobre la base de lo planteado anteriormente, la seguridad en cirugía y anestesia no necesitan ser comprometidas en un contexto de escasos recursos económicos. Un reciente reporte de Médicos Sin Fronteras (Médecins Sans Frontières, MSF) indica que, mientras exista un miembro del personal capaz de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de baja complejidad con un mínimo de equipamiento como electricidad, agua potable, unidades de esterilización y anestesia, es posible proveer a poblaciones vulnerables con cuidados quirúrgicos manteniendo las tasas de mortalidad bajas<sup>11</sup>.

De esta manera, la interrogante que surge en este momento es *cómo* proveer a todos los países de servicios de cirugía y anestesia para aquellos que los necesitan. Alcanzar un acceso universal a éstos requiere de un esfuerzo multidisciplinario y multisectorial, de forma que se logren identificar problemas en la prevención, detección y tratamiento de accidentes, así como posibles mejorías en la infraestructura quirúrgica de estos sistemas de salud.

La comunidad global debería establecer terminología y metodología uniforme respecto al acceso a servicios quirúrgicos y anestésicos para lograr un apoyo consistente a la evaluación de condiciones e intervenciones realizadas en estos campos. Todos los países deberían conducir de manera regular, un monitoreo y evaluación de las necesidades quirúrgicas de su población y establecer planes a corto plazo para responder a necesidades no satisfechas. Las misiones o brigadas médicas de corta estancia mantienen un rol esencial en situaciones de crisis, sin embargo, debe existir una inversión sostenida en infraestructura y entrenamiento en PMBI para poder desarrollar capacidad quirúrgica a largo plazo en estos países.

Los esfuerzos mencionados anteriormente requerirán compromiso por parte de numerosos actores incluyendo entes gubernamentales, organizaciones internacionales,

organizaciones no-gubernamentales (ONG), instituciones académicas y miembros de la comunidad. Este abordaje integral no sólo proveerá de las capacidades quirúrgicas sino que mejorará el acceso a otros servicios de salud y facilitará el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio incluyendo reducción de la mortalidad materno-infantil y combatir VIH/SIDA<sup>13</sup>. La adopción de la Resolución sobre Acceso a Servicios Quirúrgicos y Anestésicos por parte de la Asamblea General de la OMS resultaría en un avance importante en esta iniciativa.

## **2. Asamblea General de la OMS y la Historia de su compromiso con Acceso a Servicios Quirúrgicos y Anestesia**

La Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el órgano encargado de la toma de decisiones y está compuesta por cada Ministro de Salud y/o su delegación de 193 Estados Miembros. Es presidida por la Junta Ejecutiva consistente de 34 individuos elegidos entre los Estados Miembros para un período de tres años.

Todas las delegaciones de los Estados Miembros se reúnen cada año en sesiones regulares (y sesiones extraordinarios por mandato de la Junta Ejecutiva o la mayoría de los Estados Miembros) para determinar las políticas de la OMS, establecer prioridades y recomendar acciones en el campo de salud pública. Para un problema de particular importancia, los Estados Miembros pueden adoptar una resolución. Ésta usualmente sirve el propósito de establecer el consenso de la Asamblea General sobre el tema y urgir a los Estados Miembros, Comités Regionales y al Director General a tomar ciertas acciones relacionadas.

Resoluciones de la Asamblea General ejercen gran influencia sobre las acciones tomadas por los gobiernos y organizaciones internacionales. A pesar de que no acarrear consecuencias legales para sus Estados Miembros, las resoluciones generalmente sirven de guía importante en el desarrollo de planes de desarrollo domésticos. Las resoluciones son siempre las formas primarias de recomendaciones dados por los Estados Miembros a la OMS para su propio desarrollo y establecimiento de prioridades.

La resolución de la Asamblea General de la OMS No. 57.10 sobre seguridad vial y salud es un claro ejemplo de lo planteado anteriormente. Previo a la adopción de la resolución, la seguridad vial no se consideraba un problema de salud y había escaso financiamiento en este campo. No obstante, la Resolución No. 57.10 demostró la inseparable relación entre la seguridad vial y la salud pública, lo cual resultó en el incremento de las acciones gubernamentales, interés de donaciones y un programa actual de la OMS que se centra específicamente en este problema<sup>14</sup>.

A lo largo de los últimos años, la OMS ha reconocido de manera gradual la gravedad del reto global de proveer acceso a servicios quirúrgicos y anestésicos. En el año 2004, la OMS estableció la Unidad de Procedimientos Clínicos dentro del Departamento de Tecnologías Esenciales en Salud y la encargó con la responsabilidad de

Enero 11, 2011

Non-GSA Version [DRAFT]

SPANISH

asegurar “eficacia, seguridad y equidad en la provisión de procedimientos clínicos en cirugía, particularmente a nivel de hospitales distritales”<sup>12</sup>.

En el año 2005, la OMS inició la Iniciativa Global para Servicios Quirúrgicos Esenciales y de Emergencia (GIEESC, por siglas en inglés) con el propósito de facilitar la colaboración entre diferentes participantes para aumentar el rol de cirugía y anestesia en salud pública (este programa será discontinuado en el año 2011). Al año siguiente, la OMS realzó la importancia de cirugía como una intervención costo-efectiva, por primera vez, en su Proyecto de Control de Enfermedades y Prioridades<sup>2</sup>. En el año 2007, adoptó la Resolución No. 60.22 sobre Manejo de Trauma y Emergencias, haciendo énfasis en la importancia de los servicios quirúrgicos como parte integral del cuidado pre-hospitalario y de emergencias.

A pesar de estos avances, el compromiso de la OMS en lograr acceso universal a servicios quirúrgicos y anestésico permanece a un nivel rudimentario e insuficiente. Este es el resultado del fracaso persistente del liderazgo de la OMS para reconocer la carga global de enfermedades tratables y la importancia de proveer atención a las necesidades quirúrgicas de las poblaciones mundiales más necesitadas. Para poder rectificar esta postura y mantener el interés global en el desarrollo de capacidades globales en cirugía y anestesia, resulta crítico y esencial obtener de los Estados Miembros de la OMS apoyo en la materia. Nuestra propuesta para la nueva Resolución de la Asamblea General de la OMS provee dicha oportunidad.

### **3. Propuesta para la Resolución de la Asamblea General sobre Acceso a Servicios Quirúrgicos y Anestésicos**

Nuestra propuesta para esta nueva Resolución de la Asamblea General de la OMS, de ser aprobada, constituirá la primera resolución dedicada a los campos de cirugía y anestesia. Resta en los gobiernos, el Director General de la OMS y otros dentro de la comunidad de salud global comprometerse explícitamente para asegurar el incremento de la capacidad global y el acceso equitativo a servicios de cirugía y anestesia. Urgiría a los gobiernos y a la OMS a tomar numerosas medidas para lograr este propósito, como incrementar la consciencia pública sobre el impacto de las enfermedades quirúrgicas tratables en los individuos y sistemas de salud, y permitir el establecimiento de redes y asociaciones multisectoriales que promuevan el intercambio de información, soporte en entrenamiento y desarrollo de nuevas medidas de tamizaje e implementación de planes de acción relacionados con estos campos.

La resolución se centra en integrar el acceso a servicios quirúrgicos y anestésicos en sus esfuerzos con el fin de mejorar la salud pública global. Adicionalmente, promueve a coordinador a otros actores a construir y participar de un movimiento de salud pública coherente que incluya cirugía y anestesia como elementos esenciales. Dicha iniciativa uniría a la comunidad global en incrementar el rol de cirugía y anestesia en vez de crear antagonismos competitivos en una carrera por recursos escasos.

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH

Por ultimo, esta resolución ayudaría a lograr la meta de proveer servicios quirúrgicos a largo plazo alrededor del mundo; una meta que es difícil de lograr sin el apoyo de un sector público global fuerte y comprometido.

#### **4. Procedimientos para la Adopción de la Resolución sobre Acceso a Servicios Quirúrgicos y Anestésicos por parte de la Asamblea General**

Bajo la Constitución de la OMS, la Junta Ejecutiva tiene la autoridad y responsabilidad de preparar la agenda en las reuniones pautadas de la Asamblea General. El Manual de Procedimientos de la Junta Ejecutiva (RPEB, por siglas en inglés) establece que cualquiera de los siguientes actores puede solicitar la inclusión de un ítem determinado en la agenda provisional de la sesión: la Asamblea General; un Estado Miembro o Miembro Asociado; la ONU (previa consulta con el Director General); cualquier agencia especializada con la cual la OMS mantenga relaciones efectivas; y el Director General.

Para lograr que un Estado Miembro someta una propuesta a ser incluida en la agenda, ésta debe ser recibida por el Director General “no más tarde que 12 semanas tras la circulación del borrador de la agenda provisional o 10 semanas antes del inicio de la sesión, cualquiera que sea más temprano”.

El Director General llevó a cabo de manera pautada la distribución del borrador de la agenda para la sesión No. 128, de acuerdo a lo planteado por RPEB (es decir, cuatro semanas tras la finalización de la sesión No. 127 del 22 de Mayo de 2010). Cualquier ítem adicional a la agenda provisional debía haber sido entregado al Director General para el 11 de Septiembre de 2010. Cabe destacar que la regla permite que el Director General o un Estado Miembro adicione un ítem de manera urgente para la inclusión en la agenda provisional después de esta fecha. El problema radica en que resulta difícil demostrar la naturaleza “urgente” de la resolución que califica para dicha adición *ad hoc* en este caso.

Sobre la base de lo planteado anteriormente, resultaría más probable intentar la inclusión de esta propuesta para la agenda de la sesión No. 129, que está pautada para ocurrir en algún momento de Mayo del año 2011. El borrador de la agenda provisional probablemente circulará antes de Febrero 22 de 2011. Considerando los estatutos mencionados anteriormente, y considerando que las fechas exactas para esta sesión de la Asamblea General no han sido definidas, la propuesta debería someterse a consideración al Director General a más tardar a mediados de Febrero 2011.

La entrega de la propuesta de manera temprana resulta importante para proveer al Director General con el tiempo requerido para preparar el material que será circulado en la sesión. Bajo los lineamientos de RPEB, el Director General debe reportar a la Junta Ejecutiva sobre las implicaciones técnicas, administrativas y financieras de todos los ítems incluidos en la agenda. Además, es común que el Director General prepare un reporte sobre un ítem si él/ella determina que sea necesario. Si dichos reportes no están

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH

disponibles a tiempo para la sesión de la Junta Ejecutiva, tanto el Director General como esta última puede proponer el traslado de fecha o la negación del ítem para la agenda.

Una vez el Director General propone la resolución para la agenda provisional, la Junta Ejecutiva discutirá lo adecuado de la misma con sus miembros. A pesar que los Estados Miembros (sin importar si tienen representantes en la Junta Ejecutiva o no) pueden atender y participación de la discusión, únicamente los miembros de la Junta Ejecutiva están autorizados para dirigir el debate y someter el ítem a discusión. Dos tercios de los miembros de la Junta Ejecutiva constituyen un quórum, y la mayoría de los votos presentes son requeridos para la adopción de la resolución.

Asumiendo que la resolución atraiga suficientes votos, la Junta Ejecutiva la incluiría en la agenda provisional de la Asamblea General de la OMS. El Director General debe reportar una vez más a la Asamblea General sobre las implicaciones técnicas, administrativas y financieras de los ítems de la agenda provisional antes de ser considerados en sesión plenaria. Adicionalmente, el Director General debe consultar cualquiera de los ítems relacionados con nuevas actividades por parte de la OMS, ONU u otras organizaciones. Posteriormente, debe reportar los medios disponibles para lograr uso coordinado de recursos de las organizaciones involucradas.

Los procedimientos de la Asamblea General de la OMS sobre la adopción de una resolución son los siguientes: la mayoría de los Estados Miembros presentes de la sesión constituye el quórum para la toma de decisiones en cualquier sesión plenaria. Un delegado o representante de un Estado Miembro puede llevar el debate sobre una cuestión determinado así como votar sobre la resolución. Sin embargo, a diferencia de la sesión de la Junta Ejecutiva, la decisión sobre si se debe someter el ítem a votación debe ser decidida por votación a su vez. Únicamente después que la mayoría de los Estados Miembros estén presentes y voten a favor de la propuesta, podría emitir votos sobre la resolución. La adopción de la resolución requiere los votos de la mayoría de los Estados Miembros presentes.

Basado en los procedimientos de la OMS planteados anteriormente, resulta crítico que sea contactada la delegación de un Estado Miembro que patrocine la moción, y de ser posible, al menos un miembros de la Junta Ejecutiva. Para lograr que la Junta Ejecutiva y, eventualmente, la Asamblea General adopten la resolución debemos recolectar todo el apoyo posible de los Estados Miembros al debatir, negociar y discutir la propuesta con anterioridad. El soporte del Director General resulta importante considerando su influencia en los aspectos procedimentales de la resolución.

Debemos ser capaces de proveer análisis sobre los aspectos técnicos, financieros y administrativos relacionados con la resolución a solicitud del Director General y/o cualquier otro oficial de la OMS. Por último, debemos familiarizarnos con los requerimientos procedimentales que una resolución debe cumplir para poder ser puesta en la agenda tanto para la sesión de la Junta Ejecutiva como para la sesión plenaria de la Asamblea General.

## **Apéndice No. 1: Resolución Propuesta**

Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) No. \_\_\_\_

Reconociendo que cada año a nivel mundial más de 100 millones de personas sufren accidentes, que más de cinco millones de personas mueren a causa de hechos violentos y lesiones, y que más de 90% de la carga global de esta última recae en países de medianos y bajos ingresos;

Reconociendo que la mayoría de estas lesiones son tratables con acceso a servicios quirúrgicos y anestesia con estándares apropiados y protocolos establecidos;

Destacando que más de 500,000 mujeres mueren cada año en trabajo de parto y que estas muertes son atribuibles a la ausencia de disponibilidad de servicios quirúrgicos y anestésicos;

Reconociendo que la provisión de servicios quirúrgicos y anestésicos de manera sostenible es una parte fundamental de la atención primaria en salud, disminuye mortalidad y discapacidad, reduce las tasas de mortalidad resultante de defectos congénitos y previene otros resultados adversos en salud que resulten de la carga generadas por accidentes;

Recordando la resolución de la Asamblea General No. 54.24 que solicitó al Director General proveer soporte técnico para el mejoramiento de servicios de trauma disponibles a víctimas de violencia, y que la resolución No. 57.10 recomendaba a los Estados Miembros mejorar los servicios de emergencia y rehabilitación para víctimas de accidentes de tránsito y/o viales;

Recordando la resolución de la Asamblea General No. 60.22 sobre sistemas de salud de emergencia que reconocía la mejoría en la organización y planeamiento en la provisión de servicios de trauma y emergencia, incluyendo cirugía como parte de la atención primaria en salud;

Recordando la resolución de la Asamblea General No. 58.23 sobre discapacidad, que recomendaba a Estados miembros promover la intervención temprana para prevenir y reducir la discapacidad y fortalecer programas de rehabilitación basados en la comunidad que estén ligados a atención primaria en salud;

Reconociendo que el logro de tres de las Metas de Desarrollo del Milenio – reducir la mortalidad materno-infantil así como combatir VIH/SIDA – pueden verse imposibilitado por la falta de servicios quirúrgicos en países de medianos y bajos ingresos;

Preocupados por la falta de inversión en infraestructura de sistemas de salud, el entrenamiento inadecuado de cirujanos y la ausencia de provisión de equipos médicos y

Enero 11, 2011

Non-GSA Version [DRAFT]

SPANISH

necesidades en muchos países que impiden el progreso de provisión de servicios quirúrgicos;

1. CONSIDERAMOS que esfuerzos adicionales deberían ser tomados a nivel global para fortalecer la provisión de acceso a servicios quirúrgicos y anestesia de manera que estén disponibles de manera efectiva a aquellos más necesitados, en el contexto de sistemas de salud, y propuesta de promoción de la salud relacionadas;
2. URGIMOS a los Estados Miembros:
  - a. A priorizar la provisión de acceso a servicios quirúrgicos y anestésicos, y asegurar que los respectivos ministerios de salud estén involucrados, y un mecanismo de coordinación intersectorial esté presente para fortalecerlos;
  - b. A evaluar de manera exhaustiva la capacidad de los servicios de atención quirúrgica y anestésica de los hospitales distritales y centros de atención primaria para identificar necesidades en infraestructura no satisfechas, necesidades en recursos humanos y servicios básicos;
  - c. A mejorar el monitoreo y seguimiento de la carga global de enfermedad quirúrgica, y contribuir al entendimiento de necesidades quirúrgicas no satisfechas;
  - d. A mejorar la recolección de datos, y análisis estadístico de los mismos para cuantificar y proveer de información actual sobre la capacidad y necesidades no satisfechas de servicios quirúrgicos y anestésicos;
  - e. A establecer políticas relacionadas con servicios quirúrgicos y anestésicos, programas y legislaciones basadas en la evidencia y consideraciones relacionadas con el Derecho Humano a la Salud, junto a otros participantes para asegurar estándares mínimos en el entrenamiento, equipamiento, infraestructura y comunicación de servicios quirúrgicos;
  - f. A identificar un núcleo de servicios quirúrgicos y anestésicos esenciales, y desarrollar métodos para asegurar y documentar que dichos servicios sean provistas de manera apropiada;
  - g. A asegurar que competencias adecuadas sean parte del curriculum en salud y promover el entrenamiento y educación de estudiantes de enfermería y medicina, así como la educación continuada de profesionales relacionados con la provisión de servicios quirúrgicos y anestésicos;
  - h. A considerar la creación de incentivos para los proveedores del sector salud a que se involucren en la provisión de servicios quirúrgicos y anestésicos y mejoramiento de las condiciones de trabajo;
  - i. A integrar los servicios quirúrgicos y anestésicos en sus programas de salud pública, en particular asegurar que la capacidad en estas áreas sea tomada en cuenta dentro de los mismos, especialmente en programas de salud materna, salud infantil, prevención y tratamiento de VIH/SIDA, así como cualquier otro sector que demande la inclusión de servicios quirúrgicos y anestésicos en su agenda;
  - j. A revisar y actualizar la legislación vigente, incluyendo aquella donde mecanismos de administración y financiación sean tratados, para lograr que los servicios quirúrgicos y anestésicos sean accesibles a poblaciones vulnerables.



3. SOLICITAMOS al Director General:

- a. Colaborar con Estados Miembros en el establecimiento y mejoramiento de un sistema de recolección y análisis de datos que evalúen las capacidades y necesidades en servicios quirúrgicos y anestésicos a nivel mundial;
- b. Evaluar necesidades no satisfechas y mejorar la capacidad global en cirugía y anestesia, así como someter un reporte de progreso a la Asamblea General de la OMS No. 65;
- c. Incrementar el conocimiento del público acerca de la magnitud de enfermedades tratables quirúrgicamente y lesiones resultantes de accidentes y su impacto clínico y económico en los individuos y sistemas de salud;
- d. Promover asociaciones y redes multisectoriales, crear políticas y planes de acción multidisciplinarios, apoyar esfuerzos regionales, nacionales y globales para desarrollar abordajes basados en la evidencia para prevención, detección e implementación de cuidado quirúrgico y anestésico y para mejorar los programas de entrenamiento en estas áreas;
- e. Asistir y facilitar la colaboración entre Estados Miembros en intercambio de información, habilidades y tecnologías esenciales al desarrollo de cirugía y anestesia;
- f. Proveer apoyo a Estados Miembros para la integración de servicios quirúrgicos y anestésicos como parte esencial de cualquier programa de salud pública y diseñar programas adecuados y otros métodos para la provisión competente y eficiente de los mismos.
- g. Promover la investigación y colaboración con Estados Miembros, instituciones académicas y otros participantes en establecer políticas y programas basados en la evidencia que fortalezcan los servicios quirúrgicos y anestésicos;
- h. Aumentar la consciencia pública sobre la existencia de medios de bajo costo para reducir mortalidad a través de mejor organización y planeación de servicios quirúrgicos y anestésicos, incluso en contextos de escasos recursos, y organizar reuniones regulares de expertos para promover el mejoramiento en esta área;
- i. Proveer a Estados Miembros del apoyo necesario para movilizar los recursos adecuados de donantes y socios, en la implementación de esta resolución;
- j. Reportar el progreso logrado con la implementación de esta resolución a la Asamblea General de la OMS, a través de la Junta Ejecutiva.

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH

## **Apéndice No. 2: Miembros del Comité Ejecutivo**

A continuación se presenta la lista de los 34 miembros, cada uno designado por un Estado Miembro que los ha elegido para servir a la Asamblea General de la OMS por períodos de tres años.

Sus afiliaciones aparecen en el estilo y lenguaje utilizado por el miembro correspondiente del Comité Ejecutivo.

ARMENIA 2010-2013  
Mr A.S. Babloyan  
Chairman, Standing Committee on  
Health Care, Maternal and Child Health  
National Assembly  
Yerevan

BANGLADESH 2008-2011  
Professor A.F.M.R. Haque  
Minister of Health and Family Welfare  
Dhaka

BARBADOS 2010-2013  
Mr D. Inniss  
Minister of Health  
Ministry of Health, National Insurance  
and Social Security  
Bridgetown

BRAZIL 2008-2011  
Dr P.M. Buss  
President, Fundação Oswaldo Cruz  
Manguinhos  
Rio De Janeiro

BRUNEI DARUSSALAM 2009-2012  
Mr P.D.S. Osman  
Minister of Health  
Bandar Seri Bagwan

BURUNDI 2009-2012  
Dr N. Birintanya  
Directeur général de la Santé publique  
Ministère de la Santé  
Bujumbura

CANADA 2009-2012  
Dr K. Dodds  
Assistant Deputy Minister  
Health Policy Branch  
Health Canada  
Ottawa

CHILE 2009-2012  
Dra L. Jadue Hund  
Subsecretaria de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Santiago

CHINA 2010-2013  
Dr Ren Minghui  
Director-General, Department of  
International Cooperation  
Ministry of Health  
Beijing

ECUADOR 2010-2013  
Dr D. Chiriboga  
Ministro de Salud Pública  
Quito

ESTONIA 2009-2012  
Dr M. Jesse  
Director, National Institute for Health  
Development  
Tallinn

FRANCE 2009-2012  
M. D. Houssin  
Directeur général de la Santé  
Ministère de la Santé et des Sports  
Paris

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH

GERMANY 2009-2012  
Dr E. Seeba  
Head, Central Directorate General  
European and International Policy Issues  
Bundesministerium für Gesundheit  
Berlin

HUNGARY 2008-2011  
Dr M. Kókény  
President of the Health Committee of the  
National Assembly  
Budapest

INDIA 2009-2012  
Ms K. Sujatha Rao  
Secretary, Health and Family Welfare  
New Delhi

JAPAN 2009-2012  
Dr S. Omi  
Professor, Jichi Medical University  
Tochigi

MAURITANIA 2008-2011  
Dr C.E.M. Ould Horma  
Ministre de la Santé  
Nouakchott

MAURITIUS 2008-2011  
Dr N. Gopee  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Quality of Life  
Port Louis

MONGOLIA 2010-2013  
Mr S. Lambaa  
Minister of Health, Member of  
Parliament  
Ulaanbaatar

MOROCCO 2010-2013  
Mme Y. Baddou  
Ministre de la Santé  
Rabat

MOZAMBIQUE 2010-2013  
Dr M.O. de Assunção Saíde  
National Director for Public Health  
Maputo

NIGER 2008-2011  
Dr A. Djibo  
Directeur Général de la Santé publique  
Ministère de la Santé publique  
Niamey

NORWAY 2010-2013  
Dr B.-I. Larsen  
Norwegian Directorate for Health  
Oslo

OMAN 2008-2011  
Dr A.J. Mohamed  
Advisor, Health Affairs  
Ministry of Health  
Muscat

RUSSIAN FEDERATION 2008-2011  
Dr V. I. Starodubov  
Director, Central Research Institute of  
Health Management and Information  
Systems  
Ministry of Health and Social  
Development  
Moscow

SAMOA 2008-2011  
Mrs G.A. Gidlow  
Minister of Health  
Apia

SERBIA 2009-2012  
Dr T. Milosavljević  
Minister of Health  
Belgrade

SEYCHELLES 2010-2013  
Dr B. Valentin  
Special Adviser for Health  
Victoria

Enero 11, 2011  
Non-GSA Version [DRAFT]  
SPANISH  
SOMALIA 2009-2012  
Dr A.I. Abdi  
Health Advisor  
Ministry of Health  
Mogadishu

SYRIAN ARAB REPUBLIC 2009-2012  
Dr R. Said  
Minister of Health  
Damascus

TIMOR-LESTE 2010-2013  
Ms M. Hanjam Soares  
Vice-Minister of Health  
Dili

UGANDA 2008-2011

Dr S. Zaramba  
Director-General, Health Services  
Ministry of Health  
Entebbe

UNITED STATES OF AMERICA  
2010-2013  
Dr N. Daulaire  
Director, Office of Global Affairs,  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

YEMEN 2010-2013  
Dr A.K Yahia Rasae  
Minister of Public Health and Population  
Sanaa

## **Bibliografía**

1. Peden M, McGee K, Sharma G. The Injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. McQueen KAK, Parmar P, Kene M, Broaddus S, Casey K, Chu K, et al. Burden of Surgical Disease: Strategies to Manage an Existing Public Health Emergency Prehospital and Disaster Medicine. 2008;24(Supp. 2):s228-s31.
3. Peden M, McGee K, Krug E. Injury: A leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. WHO. Birth Defects: Report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2010.
5. WHO. Primary Health Care Now More than Ever. Geneva: WHO; 2008.
6. Farmer PE, Kim JY. Surgery and Global Health: A View from Beyond the OR. World Journal of Surgery. 2008;32(4):533-6.
7. Weisner TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet. 2008;372(9349):139-44.
8. Crompton J, Kingham TP, Kamara TB, M.F. B, A.L. K. Comparison of Surgical Care Deficiencies between US Civil War Hospitals and Present-Day Hospitals in Sierra Leone. World Journal of Surgery. 2010;34(8):1743-7.
9. McCord C, Chowdhury Q. A cost effective small hospital in Bangladesh: what it can mean for emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2003;81(1):83-92.
10. Gosselin RA, Thind A, Bellardinelli A. Cost/DALY averted in a small hospital in Sierra Leone: what is the relative contribution of different services? World Journal of Surgery. 2006 Apr;30(4):505-11.
11. Chu KM, Ford N, M. T. Operative Mortality in Resource-Limited Settings: the Experience of Me' decins Sans Frontières in 13 Countries. Archives of Surgery. 2010;145(2):154-60.
12. Spiegel DA. WHO and Essential Surgical Care. Health Volunteers Overseas: Issues in Global Health 2010 [cited 2010 October 18, 2010]; Available from: <http://www.hvousa.org/pdfs/who-and-essential-surgical-care.pdf>
13. Kushner AL, Cherian MN, L. N, Spiegel DA, Groth S, Etienne C. Addressing the Millennium Development Goals from a Surgical Perspective: Essential Surgery and Anesthesia in 8 Low- and Middle-Income Countries Archives of surgery. 2010;145(2):154-9.
14. Mock C, Arafat R, Chadbunchachai W, Joshipura M, Goosen J. What World Health Assembly Resolution 60.22 Means to Those Who Care for the Injured World Journal of Surgery. 2008;32:1636-42.