



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



38.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24 al 26 de marzo de 2004

SPP38/FR (Esp.)

26 marzo 2004

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día	4
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud.....	4
Observatorio de Recursos Humanos de Salud.....	13
Acceso a los medicamentos	19
Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA	25
Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas ...	33
Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud	39
Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional.....	45
Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas.....	50
El Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS.....	52
Otros asuntos	56
Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI	56
Puesta al día de la Oficina acerca de acontecimientos recientes y otros asuntos de interés para el Subcomité.....	58
Otros asuntos planteados por los Estados Miembros.....	61
Clausura de la sesión	62
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

1. La 38.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 24 al 26 de marzo de 2004.

2. La reunión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras y Perú. También estuvieron presentes observadores de México.

Mesa Directiva

3. Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité en la 38.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Barbados	(Sr. Jerome X. Walcott)
<i>Vicepresidencia:</i>	Argentina	(Dr. Carlos Vizzotti)
<i>Relatoría:</i>	Brasil	(Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez)

4. La Dra. Mirta Roses Periago (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretaria ex officio, y la Dra. Karen Sealey (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) actuó como Secretaria Técnica.

Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, dirigiendo un saludo especial a los observadores. Dijo que, como bien sabían los Miembros, el SPP era el cuerpo que se ocupaba de las cuestiones de planificación y programación; en tal virtud, brindaba orientación inestimable para las actividades de la Organización. Las sesiones del Subcomité se caracterizaban por la seriedad de su propósito y por una atmósfera ligeramente menos formal que la de las sesiones de los Cuerpos Directivos. Por lo tanto, constituía un foro ideal para el diálogo amistoso y productivo entre los Estados Miembros y la Oficina acerca de los aspectos fundamentales del trabajo de la Organización. La Directora manifestó su certeza de que los debates de la 38.^a sesión serían tan fructíferos como los de las sesiones anteriores del Subcomité.

6. A lo largo de la sesión, además de considerar los asuntos del orden del día oficial del Subcomité, los Estados Miembros tendrían la oportunidad de enterarse de diversas actividades actuales y futuras, incluidos los preparativos para la segunda Semana de Vacunación en las Américas, de periodicidad anual, y el Día Mundial de la Salud. Además, recibirían información acerca de la situación en Haití y los esfuerzos de la OPS por ayudar a este país. El Subcomité también escucharía el informe sobre los progresos del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI.

7. El Presidente se sumó a la bienvenida y agradeció a los Miembros su voto de confianza al elegir a Barbados para asumir la Presidencia del Subcomité.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP 38/1, Rev. 1, y SPP 38/WP/1, Rev. 1)

8. De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional y el programa de reuniones.

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (documento SPP38/4)

9. La Dra. Ilona Kickbusch (Consultora Principal para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud, OPS) describió los componentes principales de la estrategia de la OPS para reforzar el compromiso de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en los países americanos. Empezó por señalar que el enfoque de los ODM descrito en el documento reflejaba una nueva forma de cooperación técnica y de colaboración entre los programas dentro de la Organización. También mencionó que el documento no contenía muchos ejemplos de países de la Región. Estaba en marcha un estudio de los progresos logrados en el cumplimiento de los ODM, y en el documento que se presentaría al Comité Ejecutivo se incluiría más información propia de los países.

10. Era importante tener presente que los ODM formaban parte del Pacto de Desarrollo del Milenio celebrado entre los países desarrollados y en desarrollo, mediante el cual la comunidad internacional se había comprometido a colaborar para ayudar a que todos los países cumplieran los objetivos. Esa era una de las innovaciones de los ODM: no constituían objetivos de un sector específico, sino de la comunidad internacional y de los gobiernos en su totalidad. Si bien muchos de los objetivos habían sido por largo tiempo inquietudes del sector de la salud, la adopción de la Declaración del Milenio los

había convertido también en preocupaciones de todos los sectores gubernamentales, de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y del sector privado. De este modo, los ODM habían colocado la inversión en la salud de la gente en el centro del temario del desarrollo mundial.

11. No obstante, en un foro de alto nivel convocado recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial se había comprobado que el progreso logrado a la fecha en el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud había sido demasiado lento, particularmente en los países de bajos ingresos. Por consiguiente, la Directora de la Oficina había decidido que el trabajo de la Organización con respecto a los ODM debía centrarse sobre todo en cumplir los objetivos en los cinco países prioritarios (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) mencionados en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Como se creía que los ODM no se conocían como debieran en la Región, se habían organizado varias actividades importantes para darles mayor relieve y aumentar el compromiso de cumplirlos por parte de una amplia gama de sectores e interesados directos.

12. Una de ellas había sido la conferencia celebrada en Brasilia, en noviembre de 2003, que había reunido a líderes políticos y representantes de organizaciones regionales. La Declaración de Brasilia, adoptada en esa reunión, había recalcado la importancia de lograr el consenso político en torno al cumplimiento de los ODM en las Américas. La Declaración brindaba una buena orientación sobre lo que diferentes partes de la sociedad debían aportar para lograr el cumplimiento de los objetivos. Un aspecto crucial de la Declaración era el llamado a los parlamentarios y también al sector privado para que apoyaran los objetivos.

13. La OPS consideraba los ODM como un todo indivisible, dentro del cual cada objetivo y cada meta podían considerarse en función de los factores determinantes de la salud, incluidos los factores determinantes sociales clásicos, como la pobreza, la discriminación por razón de género y la educación; los factores determinantes ambientales, como el agua y el saneamiento; y nuevos factores determinantes mundiales, como los asuntos relacionados con el comercio y el alivio de la deuda de los países. Tal criterio permitía ver la sinergia existente entre el desarrollo y la salud, así como entre los objetivos sanitarios y los de otra índole, como una contribución al desarrollo, la reducción de la pobreza y una mejor calidad de vida. El hincapié que se hacía en el programa de salud inconcluso, tal como se expresaba en los ODM vinculados con la salud, también ayudaba a destacar las cuestiones de equidad, tanto en el interior de cada país como entre distintos países.

14. Cuatro principios básicos guiaban el enfoque de la OPS para apoyar a los países a cumplir los ODM, a saber: 1) el sentido de propiedad por parte del país; 2) el buen

gobierno con rendición de cuentas y un desarrollo con objetivos concretos; 3) el cálculo de costos para que la inversión llegue a los grupos de población más pobres, y 4) el concepto de que es un asunto de política, no de caridad. Las metas estratégicas de la Organización para apoyar a los países eran aumentar la inversión en prioridades sanitarias y la toma de conciencia al respecto; intensificar la actuación en la esfera del desarrollo sanitario nacional para apoyar el progreso en el cumplimiento de los ODM; integrar el trabajo relacionado con los ODM en las iniciativas sobre metas y objetivos de salud, así como sobre políticas sanitarias que apunten a lograr resultados en las Américas; aumentar los conocimientos de salud y el poder de decisión de las comunidades; mejorar la medición de los adelantos logrados mediante datos sanitarios desglosados de alta calidad a los niveles regional, subregional y nacional; iniciar investigaciones para fortalecer la base de datos probatorios y generar nuevos conocimientos; integrar las dimensiones estratégicas del trabajo relacionado con los ODM en otras iniciativas estratégicas; e involucrar a otros socios —particularmente en los países— y aumentar la cooperación con ellos para obtener resultados.

15. Un aspecto clave del enfoque de la OPS era incorporar el trabajo relacionado con los ODM en todas sus actividades actuales, en lugar de hacer que los objetivos fuesen el foco de interés de iniciativas o programas separados. Como parte de este empeño, la Organización había empezado a conversar con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo con miras a reflejar un mayor compromiso con los objetivos en la Agenda Compartida para la Salud de las Américas, y también estaba procurando integrar dichos objetivos en su colaboración con otros socios en los países. Por último, un aspecto de los ODM que se consideraba especialmente importante era su fuerte nexo con el desarrollo de la democracia, particularmente por la participación de las comunidades en su propia salud y la promoción del debate, en el seno de la sociedad, en cuanto a los derechos humanos, la equidad y el acceso a los servicios más básicos de salud que debían tener las personas, en particular los grupos más vulnerables.

16. El Subcomité aplaudió el compromiso de la OPS de ayudar a todos los países de la Región a que alcancen los objetivos y las metas planteados en la Declaración del Milenio y manifestó su apoyo general a los enfoques de cooperación técnica y las actividades descritas en el documento. Se manifestó un apoyo particular a los esfuerzos de la OPS por integrar su trabajo relacionado con los ODM en programas y actividades existentes, así como al hincapié que hacía en abordar el contexto particular de cada país y fomentar que los países asumieran la propiedad tanto del trabajo realizado para cumplir los objetivos como los beneficios obtenidos gracias a él.

17. Los delegados recalcaron la necesidad de concentrarse en lo que se requería a nivel de país para convertir los ODM en actos concretos, y varios de ellos describieron las medidas que ya se estaban tomando a tal efecto en sus países respectivos. La voluntad

política y el apoyo parlamentario se consideraban cruciales; sin embargo, se señaló que el apoyo político por parte de un solo gobierno no sería suficiente, ya que cumplir los objetivos requeriría un compromiso constante a lo largo del tiempo. El Delegado de Guatemala observó que se necesitaba cierto tipo de "armadura política" para proteger el trabajo relacionado con los ODM y evitar que sufriera interrupciones a causa de los cambios en el liderazgo político. Otro delegado señaló que, en muchos casos, los países que más podrían beneficiarse de las acciones comprendidas en los ODM eran los que aún no habían incorporado plenamente estos objetivos como parte integral de sus políticas nacionales o no les habían conferido la prioridad que se merecían. En parte, esto se debía a que los ODM todavía eran vistos como una iniciativa distinta e independiente, más que como un marco de política general capaz de abarcar muchas iniciativas. Por consiguiente, se necesitaba trabajar más para mostrar la relación estrecha entre estos objetivos y otras iniciativas de salud y desarrollo a escala mundial y regional, en particular, el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas. Además, se necesitaba convertir los ODM en planes nacionales, infranacionales y locales, con objetivos desglosados y medios de vigilancia para indicar dónde debían fortalecerse las acciones, a fin de lograr que el trabajo en las metas sirviera en efecto para disminuir las inequidades y las desigualdades.

18. La asignación y movilización de recursos también se consideraban fundamentales para que los países lograran cumplir los ODM. A este respecto, el Delegado de Honduras señaló que los países necesitaban ayuda, primero, para calcular cuánto se tendría que invertir en los próximos 10 a 15 años para que los gobiernos fuesen capaces de planificar con miras a su propia presupuestación y a sus solicitudes de cooperación externa. El Delegado del Perú puso de manifiesto el problema de los países como el suyo, que recientemente habían sido clasificados como países de ingresos medianos y, en consecuencia, habían visto gravemente reducida su capacidad para obtener recursos de los organismos internacionales de desarrollo y crédito. Sin embargo, al mismo tiempo carecían de recursos propios suficientes para financiar los costos en aumento que entrañaba cumplir los ODM. Esa situación, que de ninguna manera era exclusiva del Perú, debía tenerse presente en las conversaciones con los donantes mencionados en el párrafo 35 del documento de trabajo.

19. Se sugirió que otra manera en que la OPS podría apoyar a los países era ayudándoles a planificar más eficazmente la ayuda que ya recibían, así como a armonizar e integrar las actividades de cooperación de todos los socios internacionales. En ese sentido, un delegado señaló que los diversos organismos de cooperación disponían de sus propios métodos para medir los resultados, los cuales no necesariamente coincidían con los del país; además, recalcó que, para lograr que el programa fuese propiedad del país, había que trabajar intensamente para lograr el fin común de ayudar a los países a cumplir los ODM. Otro delegado subrayó la necesidad de la integración interministerial y exhortó a la OPS a ayudar a los países a facilitar las asociaciones y los esfuerzos mancomunados entre los diversos ministerios que tenían que participar en el cumplimiento de los ODM.

La cooperación entre los países también se consideró como una estrategia clave para movilizar los recursos técnicos y financieros necesarios, y se alentó a la OPS a ayudar a los países a forjar tales asociaciones bilaterales.

20. En cuanto al tema de los recursos, el Delegado de Canadá recordó que varios años antes su país había indicado que todos los documentos de trabajo destinados a los Cuerpos Directivos debían contener información sobre los costos relacionados con las actividades en cuestión y sobre la cantidad del presupuesto de la OPS que se les asignaba. Esta información permitiría a los Estados Miembro entender mejor las realidades presupuestarias y financieras de la Organización. Por consiguiente, Canadá alentaba a la Oficina a que en todos los documentos de trabajo futuros se incluyera información sobre el presupuesto y los recursos, tanto financieros como humanos. Su delegación también recomendó que todos los documentos incluyeran información sobre la repercusión prevista de las actividades de la Organización en las poblaciones vulnerables, sobre todo en los niños, las mujeres, las personas de edad y los grupos indígenas.

21. Aunque el Subcomité consideró que las propuestas mencionadas en el párrafo 38 del documento de trabajo constituían un buen punto de partida para el trabajo de la OPS con relación a los ODM, surgieron varias inquietudes y se formularon sugerencias para mejorar el enfoque de los objetivos por la Organización y la próxima versión del documento. Algunos delegados también presentaron sugerencias y comentarios por escrito.

22. La Delegada de Estados Unidos dijo que a su delegación le parecía tendenciosa y demasiado generalizada la perspectiva de la globalización presentada en el documento, en particular la premisa de que era la causa principal de la pobreza y la inequidad. En opinión de los Estados Unidos, la OPS carecía de la competencia y el mandato para emprender, como se proponía, el análisis sistemático de la repercusión sobre la salud de factores determinantes más amplios, tanto contextuales como de política, por ejemplo, los acuerdos comerciales, las políticas de inmigración y las políticas económicas. La oradora hizo hincapié en que la OPS debía centrarse en su mandato técnico, que abarcaba colaborar con los países a fin de crear la capacidad necesaria para usar los datos más eficazmente al formular las políticas nacionales, así como vigilar y evaluar los adelantos en el cumplimiento de los objetivos.

23. Con respecto al párrafo 14 del documento comentado, se señaló que el término "bien público" no se definía claramente, ni quedaba claro cómo podría garantizarse el acceso a tales bienes en forma gratuita. Es más, no parecía que hubiese ninguna justificación para reorientar las políticas y la estrategia como se proponía en ese párrafo. Era necesario clarificar varios otros términos usados en el documento, pues se prestaban a muchas interpretaciones; por ejemplo, "gobernanza multidimensional" y "nueva pobreza". Además, en el documento había que distinguir entre los Objetivos de

Desarrollo del Milenio y los objetivos y las metas acordados por los Estados Miembros en la Declaración del Milenio, adoptada en 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio eran los formulados posteriormente por las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y otras organizaciones; si bien había mucha superposición entre la Declaración del Milenio y los objetivos, estos últimos no habían sido acordados necesariamente por los Estados Miembros.

24. Con respecto al párrafo 23, en el cual se exhortaba a los países a reforzar su compromiso con el principio de que los ciudadanos no debían ser excluidos del acceso a los servicios de salud, independientemente de su capacidad para pagar, se sugirió ampliar la última parte de la oración para que dijera: "independientemente de su edad, grupo étnico, sexo, ingresos o lugar de residencia". Con relación al párrafo 25, en el que se señalaba que la discriminación por razón de género era un factor determinante social clásico de la salud, se alentó a la OPS a que pusiera de relieve la importancia de la salud sexual y reproductiva en el logro de algunas metas de los ODM, incluida la salud materna, la reducción de la mortalidad en la niñez, la lucha contra la infección por el VIH/SIDA y la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. Se instó asimismo a la Organización para que las ideas sobre el enfoque integrador descritas en los párrafos 32 a 34 se insertaran a lo largo del documento, pues la integración de los objetivos y las metas en los programas existentes era un elemento central del nuevo enfoque que la OPS estaba proponiendo. Además, se sugirió que en el documento se definieran más claramente los enfoques que la OPS usaría para ayudar a los países a adaptar los objetivos y las metas más generales al contexto propio de cada uno.

25. Con respecto al párrafo 37, se pidió a la Oficina que explicara si las tentativas para armonizar su programación con los ODM significaría una reestructuración y que diera más detalles sobre cómo se ayudaría directamente a los cinco países prioritarios a cumplir los objetivos con apoyo de la OPS. Se opinó que la sección "Los próximos pasos", al final del documento, debía ampliarse para dar más detalles y proporcionar las fechas propuestas para notificar sobre el trabajo del equipo de los ODM. Con respecto a la propuesta de crear un foro intelectual de alto nivel o un grupo consultivo sobre políticas, se sugirió que el trabajo de dicho grupo debía concordar con las recomendaciones del Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la Salud, convocado en Ginebra en enero de 2004.

26. Por último, el Subcomité recalcó la necesidad del seguimiento continuo de los adelantos logrados en el cumplimiento de los ODM. Era de esperar que para dicha finalidad se usaran los sistemas ordinarios existentes de recopilación de datos. Los delegados recibieron con beneplácito la colaboración de la OPS en la red de sanimetría y

afirmaron su apoyo a un sistema de notificación regular de los adelantos logrados por región y por país.

27. La Dra. Kickbusch agradeció al Subcomité sus observaciones, que consideró muy útiles y se tendrían en cuenta al revisar el documento. En particular, la Oficina se esforzaría en aclarar algunos de los conceptos y términos resaltados por los delegados. También aclararía la relación existente entre los ODM y la Declaración del Milenio, explicaría cómo habían evolucionado los ODM desde la Cumbre del Milenio en 2000, y también trataría de mostrar los vínculos que había entre dichos objetivos y otros compromisos regionales y mundiales. Señaló que habían ocurrido varias cosas desde que se había redactado la primera versión del documento; por ejemplo, se había establecido en la OPS el equipo de estrategia de los ODM, y había empezado en serio el proceso de integrar los objetivos en los diversos programas y áreas de trabajo. La próxima versión del documento contendría más información sobre los sucesos recientes, tanto en la Oficina como en los Estados Miembros. Además, la Oficina crearía un sitio de intranet para mantener informados de lo que estaba sucediendo a los funcionarios de la OPS en la Sede y los países. Con el tiempo, el mismo sitio podría usarse como un instrumento de información para mantener a los Estados Miembros al tanto de las actividades en marcha y de los adelantos logrados en el cumplimiento de los objetivos.

28. Una de las inquietudes clave de la OPS era determinar qué conjunto de instrumentos podría ofrecer para ayudar a los países a entender cómo cumplir los ODM. Con ese fin, el equipo de ODM estaba en estrecho contacto con colegas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que también estaban trabajando en dichos instrumentos. Una de las primeras metas del equipo era crear, en colaboración con la red de municipios saludables, un conjunto de instrumentos para uso en el nivel local. El equipo también estaba examinando cómo establecer asociaciones. Las conversaciones con funcionarios de las representaciones de la OPS/OMS habían indicado que a causa de los ODM se veían obligados a trabajar con nuevos socios, pero que necesitaban apoyo para adquirir las aptitudes necesarias, y la Oficina estaba explorando la mejor manera de aprovechar esa oportunidad.

29. La oradora destacó tres puntos en particular que se habían planteado durante el debate. En primer lugar, con respecto al foro de alto nivel en Ginebra, no se había invitado a las regiones a que participaran ni se las consultó para saber qué personas de cada región debían estar representadas en el foro; en consecuencia, la Región de las Américas no había estado representada en grado suficiente o a un nivel lo bastante alto. La Oficina había tratado el asunto con colegas de la OMS y el Banco Mundial y estaba tratando de resolver el problema de la participación regional, en particular considerando la propuesta de celebrar foros regionales. La funcionaria aseguró al Subcomité que el

equipo de los ODM estaba examinado la forma como la OPS podría contribuir óptimamente a aplicar las recomendaciones que habían emanado del foro de alto nivel.

30. En segundo lugar, con relación a los nexos interministeriales que se habían mencionado, la Oficina había entablado conversaciones con la Organización de los Estados Americanos (OEA) sobre la manera como los ministerios de salud y educación podrían colaborar, especialmente para cumplir el objetivo de los conocimientos básicos de salud, y qué función gestora podría desempeñar la OPS para facilitar esa colaboración. La OPS consideraba que el vínculo entre la salud y la educación era crucial en el proceso de los ODM porque un mayor conocimiento de los temas sanitarios contribuiría a cumplir prácticamente todos los objetivos de salud. En tercer lugar, la Oficina estaba preparando una estrategia de comunicaciones con relación a dichos objetivos. Como un primer paso, se proponía revisar algunas de las experiencias actuales en un número especial de *Perspectivas de salud*, la revista ilustrada de la Organización. Además, la Oficina esperaba aprovechar el Día Mundial de la Salud del siguiente año, cuyo tema sería la salud maternoinfantil, como un vehículo de comunicación para los ODM.

31. En conclusión, la funcionaria recalcó que el objetivo de la Oficina era preparar un método matricial de los ODM que cumpliría uno de los objetivos principales de la Directora: lograr que la OPS trabajara de una manera más integrada. Los objetivos no se concebían como un "agregado", sino como algo que ayudaría a fortalecer el trabajo que ya estaba en marcha en diversas áreas y programas. En consecuencia, no había planes de emprender ninguna reestructuración o reorganización importante.

32. La Directora dijo que los ODM tenían para la OPS, y para ella personalmente, un carácter de urgencia, pues ya había transcurrido casi un tercio del plazo fijado para su cumplimiento pero aún no se habían aplicado las medidas necesarias para cumplirlos. Por ese motivo, la OPS consideraba los ODM como un llamado a la acción y su enfoque estaba imbuido de ese carácter de urgencia. La Organización entendía que para demostrar el liderazgo en la esfera de los ODM estos no podían considerarse como otro proyecto separado cuyos recursos tendrían que movilizarse durante cierto tiempo. Más bien, era esencial reorganizar y adaptar los recursos existentes para cumplir los objetivos en la fecha señalada.

33. Lamentablemente, desde el principio se había creído que los ODM no se aplicaban a la Región de las Américas, pues la mayoría de los países ya los habían cumplido o estaban por cumplirlos. Sin embargo, esta región tenía la mayor desigualdad en el mundo, y el valor fundamental consagrado en los ODM era la equidad. Por intermedio de la Iniciativa de Datos Básicos de Salud, la OPS tenía 10 años de experiencia en la evaluación de indicadores básicos y la medición de las inequidades, y las pruebas acumuladas durante ese período demostraban que la Región se enfrentaba con dos retos principales con relación a los ODM: 1) algunos países americanos —en

particular, los cinco prioritarios— estaban en una situación verdaderamente desfavorecida frente a los demás y necesitaban la asistencia de los países hermanos para lograr los niveles de salud y desarrollo previstos en los ODM; y 2) todos los países americanos presentaban inequidades internas, y varios de ellos estaban clasificados entre los países con mayor desigualdad en el mundo. Con relación a los países pobres muy endeudados y a los otros países prioritarios de la Región, la OPS creía que la comunidad internacional tenía una responsabilidad fundamental de prestarles apoyo y mostrarles solidaridad. Pero con respecto a los otros países, estos tenían la responsabilidad fundamental de reasignar recursos y formular políticas más equitativas en el ámbito nacional. En consecuencia, la Región tenía mucho trabajo que hacer con relación a los ODM.

34. Así pues, el primer paso de la OPS había consistido en desterrar la idea de que los ODM no eran asunto o motivo de inquietud para las Américas. A continuación, la Organización había tenido que decidir cómo enfocar su trabajo con respecto a los objetivos. Como había dicho la Dra. Kickbusch, la Oficina no consideraba los ODM una nueva iniciativa o proyecto que exigiría reestructuración ni reorganización alguna, excepto en un sentido funcional. Al igual que la meta de salud para todos, constituían un mandato de integración y un criterio mediante el cual la Oficina debía considerar todo lo que hacía, y cuyo fin último era lograr que para el año 2015 la Región de las Américas ya no fuera la de mayor desigualdad en el mundo.

35. Fortalecer las redes existentes —de municipios, instituciones religiosas, mujeres, jóvenes, escuelas promotoras de la salud y otros— y persuadirlas de adoptar los ODM era un componente importante del trabajo de la Organización, como lo era también integrar las iniciativas que ya estaban en marcha, como la de mortalidad materna, en la iniciativa global de los ODM. De manera análoga, el trabajo de la Organización en el área de los indicadores debía revisarse con miras a acelerar la identificación de grupos de población, zonas geográficas y sectores de los países que estuvieran verdaderamente necesitados o muy rezagados con respecto a los diversos conceptos reflejados en los ODM.

36. La OPS se anotaría un gran éxito si el año próximo pudiera impartirle un rostro humano a los ODM mediante la identificación, por ejemplo, de las personas y las comunidades para quienes los objetivos seguían siendo un sueño inimaginable y consideraban inconcebible que las condiciones de vida contempladas en los objetivos eran algo a lo que tenían derecho como seres humanos. Tal era la finalidad verdadera de la Organización con respecto a los ODM: hacer visibles a los que estaban viviendo en esa situación y hacer de los objetivos un motor para provocar el cambio en sus comunidades.

Observatorio de Recursos Humanos de Salud (documento SPP38/5)

37. El Dr. Charles Godue (Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS) presentó al Subcomité la información actualizada acerca del progreso de la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, lanzada en 1999 y ratificada por el Consejo Directivo en 2001, por medio de la resolución CD43.R6, que instaba a los Estados Miembros a “participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos de Salud, al facilitar la creación de grupos intersectoriales e interinstitucionales en cada país para analizar la situación, generar información esencial y formular propuestas acerca de la política, la reglamentación y la gestión de recursos humanos”. Recordó que la OPS había asumido una función importante de liderazgo en la esfera de los recursos humanos en la Región durante las reformas sectoriales de los años noventa. En particular, en 1997, había organizado una reunión regional en Costa Rica cuyo tema fue “Los recursos humanos: un factor fundamental de la reforma del sector de la salud”. Antes de esa fecha, casi no se había abordado el tema en los procesos de reforma, excepto desde un punto de vista meramente utilitario de cómo podría lograrse la congruencia entre los recursos humanos y los propósitos y objetivos de los sistemas de salud.

38. Agregó que la cuestión de los recursos humanos en la Región se caracterizaba por su dinamismo y por estar en constante evolución. Había problemas nuevos y emergentes, pero había también problemas antiguos asociados con 30 años de desajustes en la fuerza laboral sanitaria. Esos desajustes se debían, en parte, a condiciones geográficas, ya que la distribución del personal sanitario era muy desigual en relación con la distribución de la población y, en parte, a la combinación de destrezas, en particular en cuanto al predominio de los médicos con respecto a otros profesionales de la asistencia sanitaria. Había también problemas relacionados con el género y con los derechos dentro de los servicios de salud.

39. Esos problemas habían cobrado nuevas dimensiones en el curso de los procesos de reforma y descentralización, con consecuencias para la capacidad del gobierno central de definir las políticas y los reglamentos para la gestión de los recursos humanos. La globalización había traído nuevos retos o intensificado los antiguos, entre ellos los problemas en relación con la emigración del personal de salud y la armonización de las calificaciones profesionales en los procesos de integración. Algunos problemas podían convertirse en obstáculos estructurales al cumplimiento de las políticas sanitarias y al establecimiento de sistemas de salud orientados a la equidad, la eficiencia y el acceso universal.

40. Fundamentalmente, el Observatorio era un marco conceptual y metodológico dirigido a la formulación de políticas de recursos humanos en apoyo de las políticas del sector de la salud. Se fundamentaba en tres principios básicos: primero, la iniciativa se

llevaba a cabo por país; segundo, reunía a todos los actores pertinentes para colaborar en la toma de decisiones y en las políticas de formación en el ámbito de los recursos humanos; y, tercero, buscaba mejorar la disponibilidad de la información y aumentar el acceso y la utilización de las pruebas científicas para apoyar la formulación de políticas en el sector.

41. Un total de 21 países participaba actualmente en la iniciativa y algunos de ellos ya contaban con varios observatorios. La dinámica, los puntos de acceso, las prioridades y las líneas de trabajo variaban de un país a otro; pero todos coincidían en que la finalidad del Observatorio era proporcionar un foro para el debate interinstitucional e intersectorial destinado a la formulación de políticas en las esferas de planificación, reglamentación, educación y formación atinentes a los recursos humanos de salud.

42. Entre los participantes en la iniciativa del Observatorio se encontraban ministerios de salud, instituciones académicas, así como organizaciones profesionales y laborales; también había una participación muy activa de las representaciones de la OPS/OMS en los países. Entre sus contribuciones recientes figuraban el financiamiento de talleres y seminarios, la creación de bancos de información, el desarrollo de los sitios web del Observatorio y el financiamiento de la investigación, estudios de casos y publicaciones. La sede de la OPS participaba mediante la prestación de asistencia técnica para la creación de observatorios. La iniciativa también recibía buena parte de su financiamiento del Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), cuya aportación era muy apreciada.

43. Había cuatro aspectos principales para el desarrollo futuro de la iniciativa. Primero, se trataba de un compromiso renovado por los gobiernos de la Región con el asunto prioritario del desarrollo de recursos humanos y, en particular, con la iniciativa del Observatorio. El segundo era la importancia que se asignaba a los cinco países prioritarios, donde se planteaba el reto doble de responder de inmediato a los problemas urgentes de recursos humanos, mientras que al mismo tiempo se trabajaba para implantar los mecanismos y las bases institucionales necesarios para concebir un enfoque a mediano plazo conducente a la formación de los recursos humanos. En tercer lugar, la intensificación del trabajo en el ámbito de la formación para los profesionales de recursos humanos, donde los programas todavía eran escasos en la Región. Por último, el cuarto aspecto era el reto fundamental de fortalecer la capacidad de investigación operativa en la esfera de los recursos humanos, de acuerdo con las inquietudes o las prioridades de los países.

44. La OPS estaba convencida de que la cuestión de los recursos humanos en el decenio actual era de importancia estratégica fundamental para el logro de los objetivos de salud y la creación de políticas sanitarias orientadas al acceso universal y la equidad, para asignar la debida importancia a la atención primaria de salud y para estar a la par de los cambios en los perfiles demográficos, epidemiológicos y sociales de las poblaciones. Si no se asignaba a la cuestión la prioridad necesaria, podía convertirse en un cuello de botella que obstaculizaría el logro de los objetivos principales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, así como la meta de la OMS de “tres millones para 2005” (suministro de tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas que viven con la infección por el VIH o el SIDA en países en desarrollo para fines de 2005). Por consiguiente, era esencial examinar cómo podrían resolverse los problemas de recursos humanos y los desajustes en la distribución y la combinación de aptitudes de la fuerza de trabajo sanitaria para alcanzar esas metas ambiciosas.

45. La cuestión de los recursos humanos era muy compleja, y suponía inevitablemente la adopción de un criterio a mediano plazo, ya que no había ninguna solución inmediata. Lo que se necesitaba era un compromiso fundamental de los diversos actores y un liderazgo fuerte de los ministerios de salud, junto a la inversión sostenida durante muchos años en la forja de capacidad en las esferas de la planificación, reglamentación, gestión y formación de recursos humanos.

46. El Subcomité acogió con beneplácito la ayuda que la iniciativa del Observatorio podría dar a los países en su formulación de políticas de recursos humanos. Varios delegados suministraron información sobre la situación en sus países y las medidas que se estaban tomando para contratar a más profesionales de la salud, entre otras, las iniciativas en materia de adiestramiento y formación. El Delegado de Barbados, observando con pesar que su país todavía no participaba en el Observatorio, informó que allí se estaba elaborando un plan de formación de recursos humanos y Barbados esperaba unirse pronto a la iniciativa. Instó a la OPS a que acelerara su programa para la participación de los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y del Foro del Caribe (CARIFORUM), y al mismo tiempo exhortó a los países de esa zona a participar activamente.

47. Se señaló que las causas de la escasez de recursos humanos de salud que afrontaban muchos países eran complejas, estaban arraigadas en la historia y, en gran medida, no estaban limitadas por las fronteras. Satisfacer la demanda cada vez mayor y en constante cambio de los servicios de asistencia sanitaria con una fuerza laboral capacitada, sana y motivada era una empresa formidable. Todos los países estaban experimentando dificultades para contratar y retener a los profesionales sanitarios en todos los planos, en un momento en que los sistemas de salud estaban tornándose cada vez más complejos y los entornos nacionales e internacionales estaban convergiendo en

cuanto a las prioridades y los retos, que exigían una gama de diferentes conjuntos de destrezas.

48. Entre las recomendaciones de los delegados para el trabajo futuro del Observatorio se encontraban: centrarse en el desarrollo de conjuntos de datos básicos de salud, válidos y fiables, lo que permitiría hacer comparaciones entre jurisdicciones y países; no ser únicamente una estructura de investigación académica, sino un recurso receptivo, actual y pertinente para los encargados de formular las políticas y de adoptar decisiones; integrar su trabajo con el que estaba en marcha en estructuras paralelas como la OMS y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), para evitar duplicación de esfuerzos; seguir considerando los recursos humanos de salud no solo como “importantes para el sistema de salud” sino como sus fundamentos mismos; tener en consideración los cambios constantes en la población, entre otros, los desplazamientos, tanto dentro como fuera de los países de la Región; y considerar la opción de que la OPS prestara un servicio valioso y de avanzada al auspiciar foros regulares de política sanitaria que reunirían a sus Estados Miembros para tratar temas de interés para el continente, como los desplazamiento de población y la acreditación de los profesionales de salud.

49. Se sugirió que las prioridades de recursos humanos debían incorporar la proyección de las necesidades de los países en función tanto de números como de la composición de la fuerza laboral en todos los planos, lo que abarcaría no solo los médicos, sino también las enfermeras, los dentistas, los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios. También se consideraba importante determinar cuáles eran las aptitudes necesarias, médicas o de otro tipo, y sobre esa base concebir programas de estudios y sistemas de aprendizaje para estar seguros de que se podría contar con esas aptitudes. Además, haría falta dar incentivos al personal para que prestara servicios de calidad y velar por que tuviera las aptitudes de gestión y liderazgo necesarias para prestar esos servicios.

50. Si bien el orador reconoció que la mayor movilidad de los recursos humanos de salud en toda la Región y en el mundo estaba creando nuevas dificultades, se lamentó de que en el documento no se mencionaran los aspectos positivos de la globalización, como mayores oportunidades para la cooperación técnica, la tecnología como una ventana a un mayor conocimiento en todos los ámbitos de la sociedad, y mejores oportunidades educativas, entre otras, intercambios y educación a distancia. Se percibía también que la iniciativa del Observatorio, tal como se describía en el documento, no tenía una estrategia definida de evaluación. Tales iniciativas serían más responsables si se incluyeran objetivos cuantificables para que pudiera hacerse el seguimiento del progreso e identificar y atender los puntos débiles en una etapa temprana. Además, se sugirió incorporar en el

documento la información sobre los recursos de la OPS, tanto humanos como financieros, que se habían invertido en la iniciativa, en relación con los resultados logrados.

51. Se señaló que día tras día aumentaba la comprensión de que una gama amplia de sectores, que iban mucho más allá del sector tradicional de la salud, tenían algo que ver con los asuntos de salud. También se podía influir en la salud mediante las comunicaciones, la ética, el sistema de educación y otros campos. El sector de la educación, en particular, tenía una función crucial que determinaría en gran parte la cantidad y la calidad de los recursos humanos de salud pública.

52. El Dr. Godue agradeció a los participantes sus observaciones útiles y estimulantes. Coincidió en la necesidad de disponer de un conjunto de datos básicos adecuados que, en condiciones ideales, debían permitir las comparaciones entre los países. Eso sería sumamente beneficioso, pero todavía había que superar dificultades importantes para implantar un sistema de ese tipo. También estuvo de acuerdo en que la participación de las instituciones educativas era importante y que el Observatorio no debería convertirse en una torre de marfil netamente académica. Por el contrario, tenía que ser un mecanismo para apoyar la toma de decisiones y la formulación de políticas. Con ese fin, era de importancia capital el trabajo con otras organizaciones. El Observatorio tenía una estrecha relación con los departamentos de recursos humanos de la OMS y la Organización Internacional del Trabajo.

53. Con respecto a las ventajas de la globalización para el intercambio de información y para la educación, señaló que la OPS estaba analizando una amplia gama de modalidades de formación, entre ellas, cursos en línea. La intención era generar una comunidad de ideas, donde pudieran intercambiarse los mejores métodos. Con relación a los comentarios acerca de las necesidades previstas, dijo que uno de los objetivos de la iniciativa del Observatorio había sido incluir a las instituciones educativas en los procesos reales de planificación de recursos humanos para el futuro, no solo en función de las aptitudes sino de las características demográficas. Recordó que había descrito la iniciativa del Observatorio como una iniciativa de carácter nacional pero, recalcó, cada país tenía que decidir sus propias prioridades con respecto a los recursos humanos. Era interesante observar los diferentes factores que determinaban el temario del Observatorio según el país. Podía tratarse de un conflicto con un sindicato, o de un problema de personal en un hospital, o cualquier otro de varios sucesos que generara un debate a fondo de temas más amplios.

54. El funcionario recibió con agrado la participación inminente de Barbados en el Observatorio, y agradeció a su delegado la sugerencia tan interesante con respecto a CARICOM y CARIFORUM. Al indicar que la escasez de enfermeras era un problema que afectaba particularmente a los países del Caribe, señaló que la iniciativa actual

relativa a la emigración de las enfermeras de esa subregión aportaría muchos conocimientos acerca de las políticas que pudieran mitigar el problema, no necesariamente con la intención de restringir la movilidad de las enfermeras, sino quizá mediante opciones de política, como un acuerdo sobre la compensación entre el país de destino y el país que había costado la educación y el adiestramiento de las enfermeras.

55. La Directora recalcó tres puntos principales con relación al tema de los recursos humanos. El primero era la cuestión importante de los desplazamientos de la fuerza laboral y su relación con los acuerdos comerciales y con la laxitud de muchos requisitos que en el pasado habían limitado esos desplazamientos entre países. Que la laxitud en las restricciones no necesariamente coincidía con la protección de los intereses de la población, en particular en el caso de los recursos humanos de salud. Expuso varios enfoques interesantes al problema que se habían adoptado en la esfera internacional. Por ejemplo, el Commonwealth tenía un código de comportamiento ético (en cuya elaboración había participado la OPS) de aplicación obligatoria cuando se contrataba a personal médico de otro país.

56. La Directora agregó que, obviamente, la salud no podía enfocarse sencillamente desde el punto de vista de las leyes del mercado. Por lo tanto, las políticas eran necesarias para velar por la protección de la salud de la población, especialmente en los países “exportadores” de profesionales sanitarios. En la Región se daba el caso de que se construían o se renovaban algunos establecimientos de salud, como centros de maternidad, pero luego no era posible encontrar personal para dotarlo, porque los trabajadores sanitarios habían emigrado a otros países que les ofrecían mejores condiciones de trabajo y remuneración. Algunos países no habían hecho planes con suficiente antelación para determinar el perfil del personal de salud que necesitarían; cuando se daban cuenta de la escasez, optaban por la solución de ofrecer remuneraciones más altas. En este caso, no quedaba duda de que hacían falta políticas que fuesen más allá de las fronteras nacionales. En este sentido, en los próximos meses se realizaría una conferencia internacional sobre dos temas vinculados: los desplazamientos de los profesionales de salud y la salud de las poblaciones que se desplazan, organizada por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Internacional para las Migraciones, con participación de la OPS.

57. En segundo lugar, podría justificarse la introducción del tema de la iniciativa del Observatorio no solo en el ámbito nacional sino también subregional, como había sugerido Barbados en el caso de la CARICOM. El momento era propicio para adoptar una posición más amplia en materia de acreditación, perfiles y reconocimiento recíproco de las calificaciones, que abarcaría todo el Caribe. Este tema se había abordado también en Centroamérica, en la región andina y en MERCOSUR, y se había iniciado un análisis

preliminar de la repercusión de la mayor apertura de las fronteras en el proceso de acreditación y en la libertad de practicar las profesiones médicas.

58. En tercer lugar, la oradora se refirió a la ampliación del alcance del Observatorio a otros temas que no estaban incluidos en ese momento, como el adiestramiento en las particularidades culturales, que era un tipo de formación especialmente necesaria en los países centroamericanos y andinos. Allí, era importante que los profesionales de la salud conocieran, al menos, uno de los idiomas de la población autóctona a la que estaban atendiendo. Había una necesidad similar de adiestramiento en las particularidades de género. Esas eran expresiones del enfoque basado en la equidad a las cuestiones de salud propugnado por la OPS. Otros temas que valdría la pena examinar eran el adiestramiento de los técnicos de salud —dado que al parecer varios centros de formación técnica estaban cerrando sus puertas— y el trabajo voluntario invisible que hacían las mujeres en la esfera de la salud. Con relación a esto último, el Observatorio podría ayudar a determinar la repercusión del trabajo voluntario en las pocas oportunidades que tenían las mujeres para desempeñar un papel activo en el avance de sus países.

Acceso a los bienes medicamentos (SPP38/6)

59. El Dr. James Fitzgerald (Asesor Regional en Sistemas de Gestión de Suministros de Salud, OPS) explicó que el concepto de los bienes esenciales de salud pública era una extensión del de los medicamentos esenciales, relacionado concretamente con los productos farmacéuticos y suministros médicos que se necesitaban para alcanzar las metas planteadas en los programas prioritarios de salud pública, cuyo uso racional tenía repercusión directa sobre la prevención y el control de enfermedades. Varios países de la Región habían creado departamentos especiales del ministerio de salud que promovían la reglamentación y el acceso equitativo a los bienes esenciales de salud pública. Estos departamentos debían elaborar y examinar las listas básicas de medicamentos esenciales y otros suministros fundamentales que necesitaban los programas y servicios prioritarios de salud pública.

60. El funcionario agregó que el debate en curso sobre el acceso a los bienes esenciales de salud pública continuaba en todos los estratos sociales del continente, guiado por la pregunta de cómo lograr acceso equitativo a los bienes públicos esenciales que se necesitaban para salvar y mejorar la vida, en particular la de los pobres y marginados. Al intentar responder esa pregunta, la OPS se había guiado por los siguientes Objetivos de Desarrollo del Milenio, el 4 (reducir la mortalidad en la niñez), el 6 (combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades) y el 8 (en particular, la meta 17: proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo).

61. El marco conceptual para presentar los factores determinantes del acceso podría verse de varias maneras, pero, independientemente del modelo elegido, el acceso a los bienes esenciales de salud pública dependería de las decisiones que se tomaran en el proceso de selección, acerca del precio y de los factores que influyen en el precio, a la gestión de la oferta de productos básicos, a la disponibilidad de financiamiento suficiente y al sistema financiero en cuestión. Sin embargo, esos no eran los únicos factores: con gran frecuencia las opciones disponibles y las decisiones que se tomaban en esas esferas estaban guiadas por opciones y decisiones de otro sitio, como en la formulación de políticas, la reglamentación del sector, las normas de calidad y el uso racional de los productos. También tenía que tomarse en cuenta la repercusión de las economías mundial, regional y nacional, que influían en la cantidad de recursos que podrían tomarse en consideración en el tema del acceso desigual a los suministros de salud pública, y de las condiciones del mercado, que podrían afectar al suministro de los productos existentes en un mercado dado.

62. Las líneas estratégicas presentadas en la política farmacéutica de la OMS para 2004-2007 comprendían cuatro ámbitos principales, a saber: política, calidad e inocuidad, acceso y uso racional. Adaptando los elementos de la política propuesta de la OMS al contexto regional, el documento SPP38/6 proponía que debían definirse cuatro líneas principales de trabajo: la promoción de una política farmacéutica coherente sobre los medicamentos genéricos como un medio para aumentar la disponibilidad y el uso de medicamentos esenciales de calidad; la elaboración de estrategias de control de costos para los bienes esenciales de salud pública, centrándose en las dos áreas de asignación de precios y propiedad intelectual; el fortalecimiento de los sistemas de suministro de productos básicos de salud pública para lograr la continuidad y la disponibilidad; y la creación de mecanismos regionales comunes de adquisiciones, como una opción viable para suministrar los productos esenciales de salud pública a bajo costo.

63. La estrategia propuesta se basaría en la principal ventaja de los medicamentos genéricos, a saber: su eficacia en función de los costos en la prestación de asistencia sanitaria. Sin embargo, la formulación de una política coherente de los fármacos genéricos no dejaba de presentar grandes dificultades. Era imprescindible llegar a un consenso acerca de lo que quería decir “genérico” y que la definición aceptada se incluyera en la legislación y los reglamentos apropiados. Además, habría que poner en práctica sistemas eficaces de garantía de la calidad para velar por que las normas fuesen congruentes con los requisitos establecidos en la legislación nacional y para que las autoridades nacionales contaran con las herramientas apropiadas para evaluar la calidad del producto. También sería necesario asegurarse de que los fabricantes observaran las prácticas adecuadas de fabricación y que los mayoristas garantizaran que la calidad de los productos no había sufrido menoscabo mientras recorría la cadena de suministro.

64. La aceptación por el público de los medicamentos genéricos, que seguían siendo fundamentales para el éxito de la política, solo podía lograrse por intermedio de alianzas entre los sectores público y privado. Por ejemplo, los gobiernos podrían elaborar un marco de incentivos económicos para la fabricación, registro, receta y uso racional de los medicamentos genéricos. En su apoyo a los países por conducto de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (RPARF), la OPS estaba en buena posición para asesorarlos acerca de la reglamentación de los medicamentos genéricos. El trabajo que se estaba llevando a cabo por intermedio de la Red podría complementarse con los intercambios entre los países y la formulación y ejecución de la política, haciendo hincapié en la aceptación y los incentivos para promover el uso racional.

65. El término “control de costos” era relativamente nuevo y solía aplicarse a los procesos bien establecidos. Numerosos estudios habían revelado que la manera más eficaz de reducir el costo de los medicamentos y otros productos para la salud pública consistía en aumentar el número de opciones en materia de proveedores. Era importante que los que participaban en la reglamentación y las adquisiciones de los productos contaran con información suficiente sobre los factores que regían la competencia y entendieran los factores que influían en el precio.

66. En cuanto a la tercera línea de acción propuesta, había poca información acerca de las características, los puntos fuertes y los puntos débiles de los sistemas actuales de gestión de los suministros en los países de la Región. Había que definir y evaluar esos sistemas y examinar lo que se había aprendido en el diseño de sistemas centralizados o descentralizados. Esa necesidad se había hecho mucho más evidente en vista de la mayor importancia que asignaban las fuentes de financiamiento, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), a la gestión del suministro de productos básicos. Dentro de los sistemas de gestión de los suministros, los mecanismos de adquisiciones para los bienes esenciales de salud pública eran una esfera de especial importancia. Debido a que diversos actores aportaban recursos a la Región, era esencial lograr que el centro de interés fuese nacional, asignando prioridad a las necesidades del país y no a las obligaciones del organismo financiero. Debían promoverse los principios de precalificación de los proveedores para facilitar las adquisiciones y el registro de los productos.

67. Al examinar las opciones para las adquisiciones compartidas, sería importante examinar la experiencia adquirida con el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Adquisición de Vacunas de la OPS, y aplicar esas lecciones al diseño de otros mecanismos de adquisiciones. El Fondo Rotatorio se había capitalizado inicialmente, en 1979, en \$1.000.000,¹ con la participación de 19 países, para la compra

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

de cinco vacunas. A la fecha, las cifras correspondientes eran \$24 millones, 35 países y 12 vacunas, y el Fondo había contribuido considerablemente al logro de los objetivos prioritarios de la vacunación en el continente al apoyar a los países en las adquisiciones, el suministro y la utilización de los productos básicos. Otra opción para las adquisiciones compartidas era el Fondo Regional para la Adquisición de Suministros Estratégicos de la OPS, que se había creado para ayudar a los países en la compra de productos contra la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Aunque 11 países habían firmado convenios de participación en el Fondo, hasta la fecha pocos lo habían utilizado. El Fondo podría convertirse en un instrumento eficaz para velar por el suministro continuo de bienes de salud pública y la creación de capacidad en la gestión de la oferta; sin embargo, para lograrlo era necesario reafirmar el compromiso político, reorientar las actividades de cooperación técnica que apoyan al Fondo, examinar los procedimientos administrativos que rigen la operación y promover líneas de comunicación con los países.

68. Las líneas estratégicas estipuladas en el documento se proponían como esferas fundamentales para el trabajo futuro, destinadas a complementar los programas existentes. Por ser de naturaleza interprogramática, el trabajo utilizaba los recursos de diversos componentes de la Oficina, en particular de las unidades que trabajaban en las cuestiones relativas a la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Se obtendría más apoyo del conocimiento y la experiencia adquiridos por los países, así como de la capacidad y la experiencia de los centros colaboradores de la Región. Las líneas de acción propuestas las debatiría y perfeccionaría más un grupo de trabajo, que probablemente se reuniría en la sede de la OPS, en Washington, en mayo de 2004, con aportaciones de los representantes de la OPS/OMS en los países, así como de otros colaboradores externos importantes.

69. El Subcomité agradecía a la Oficina el informe y el apoyo firme expresado a las cuatro líneas principales de acción propuestas. Con respecto a los medicamentos genéricos, se acordó que había necesidad de proseguir el debate conceptual, buscando un consenso entre los puntos de vista de los países acerca de lo que era un medicamento genérico e indagando en su gama de ideas cuál sería la mejor manera de promover el acceso a ellos. También debía prestarse atención a la repercusión de los acuerdos comerciales, multilaterales y bilaterales, en el acceso a los medicamentos, particularmente a los nuevos, como los antirretrovíricos. Otro tema que merecía consideración era determinar si el desarrollo de medicamentos genéricos iba a repercutir en el desarrollo de medicamentos nuevos. Se había percibido que la cuestión de la calidad del medicamento era muy importante, y que el tema debía ampliarse aún más en vista de que la reglamentación gubernamental de los medicamentos genéricos era esencial para dar seguridad al público en cuanto a su utilización. El Subcomité manifestó su complacencia de ver que la OPS estaba dispuesta a dar ayuda a los países para establecer las normas fundamentales que conducirían a la aceptación del público.

70. En la esfera de las estrategias de control de costos, se instaba a la OPS a que diera su asesoramiento de manera imparcial y fundamentada en datos fidedignos, y que tuviera en cuenta la investigación en curso y diversos modelos. Se señaló que la OMS había iniciado recientemente un estudio sobre la fijación de precios de los medicamentos, y se esperaba que la OPS se basara en ese trabajo. Una delegación indicó que los controles rígidos de precios no eran apropiados, ya que a menudo tenían el efecto imprevisto de que los usuarios pagaran más por los medicamentos genéricos que necesitaban. Otro tema planteado en este sentido era la necesidad de reglamentación de las farmacias para lograr que los ahorros de costos que podían lograr los gobiernos a escala de los mayoristas no se perdieran en la venta al por menor. Se instó a la OPS a que prestara asesoramiento técnico y apoyo a los países para ayudarlos a abordar ese problema.

71. El Subcomité señaló que muchos países necesitaban mejorar sus procesos de adquisiciones. Esa era una tarea para el gobierno central, ya que las adquisiciones de los bienes y servicios incumbían no solo a los ministerios de salud sino también a otros ámbitos, pero la OPS podría prestar un apoyo valioso. En el área de fortalecimiento del suministro de productos básicos y de los sistemas de distribución, se sugirió que las condiciones de almacenamiento y transporte, así como el estado físico de la planta, debían agregarse a los elementos que se examinaban en la cadena de gestión de los suministros. Los países también necesitaban ayuda para la proyección de sus necesidades, ya que algunas veces el continente sufría una escasez crítica tanto de medicamentos como de suministros no farmacéuticos.

72. El Subcomité expresó su agradecimiento por el trabajo del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, pero señaló que, antes de considerar la conveniencia de crear otro fondo regional, era esencial comprender el costo y los métodos de operación de los dos existentes y determinar el compromiso en recursos que había contraído la Oficina para su funcionamiento.

73. Varios Miembros del Subcomité suministraron información sobre los problemas en cuanto al acceso a los medicamentos en sus países y las iniciativas que se habían emprendido para promover la utilización de los medicamentos genéricos o para mejorar el acceso a ellos. Algunos también dieron detalles de los sistemas normativos que regían el suministro de medicamentos genéricos a los mercados de sus países, y ofrecieron poner esta información al alcance de la Oficina y de otros Estados Miembros.

74. El Dr. Fitzgerald agradeció a los delegados sus observaciones, y les aseguró que el grupo de trabajo tendría en cuenta los temas planteados mientras perfeccionaba el enfoque de la OPS a la cooperación técnica en esta esfera. Agradeció especialmente a los diversos países que habían ofrecido compartir su experiencia. Estuvo de acuerdo en que las adquisiciones de suministros eran un tema fundamental, y señaló que los diferentes países que participaban en las propuestas del FMSTM podrían beneficiarse del apoyo

técnico en esa materia. La combinación de las necesidades de varios países daría lugar a economías de escala considerables. Aclaró que no se había propuesto crear un fondo de nuevas adquisiciones, sino la revitalización del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud, la reconsideración de su dinámica, la reorientación de sus actividades de cooperación técnica, el examen de ciertos asuntos administrativos y el aprendizaje a partir de la experiencia con el Fondo de Vacunas. La intención era crear una herramienta de cooperación técnica que ayudaría a los países al elaborar los planes de adquisiciones para sus propuestas al FMSTM y para formar la capacidad nacional de gestión de suministros.

75. El funcionario estuvo de acuerdo en que el enfoque al control de costos debía fundamentarse en datos fidedignos y explicó que había que determinar con exactitud con qué datos de este tipo podía contarse en relación con ciertos entornos de recursos o con tipos particulares de medicamentos, y evaluar si harían falta enfoques diferentes de acuerdo con la situación. Con respecto a los medicamentos genéricos, opinó que los medicamentos genéricos y los patentados no eran mutuamente excluyentes. La investigación y el desarrollo eran sumamente importantes en el tratamiento y la prevención de las enfermedades, y era posible avanzar tanto en la formulación de nuevos medicamentos patentados como en la fabricación de medicamentos genéricos. Por último, confirmó que la ayuda para la reglamentación de las farmacias sería un elemento importante del trabajo de la OPS en el ámbito del control de la cadena de suministros, y el objetivo era ayudar a los países a velar por que cualquier ahorro en los costos que se lograra en las etapas iniciales del proceso no se perdiera al llegar al consumidor.

76. La Directora confirmó que no había intenciones de crear un nuevo sistema de adquisiciones. En efecto, la OPS ya tenía tres sistemas de adquisiciones: el sistema general de adquisiciones, Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas y el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud, conocido también como el Fondo Estratégico de Salud. Además, en el plano mundial había otros mecanismos de adquisiciones para apoyar a los países en las negociaciones y las adquisiciones de medicamentos.

77. En el enfoque que la OPS estaba proponiendo para mejorar el acceso a los medicamentos, un concepto totalmente fundamental era la transparencia, que era crucial para ganar la confianza y aceptación del público. Por ejemplo, ella había encontrado en sus visitas a los países de la Región que la prensa y el público no confiaban en los medicamentos genéricos. En vano, ella había señalado que 30% del mercado de los medicamentos en Estados Unidos de América correspondía a los productos genéricos, o que en Suiza 100% de los medicamentos adquiridos por el sector público eran genéricos (excepto si no había ningún medicamento genérico para una enfermedad particular), pero

persistía la sospecha de que los genéricos eran medicamentos de segunda categoría que se desechaban en los países pobres. A menudo, esas sospechas estaban vinculadas a la falta de transparencia en las adquisiciones públicas.

78. En consecuencia, había una gran necesidad de transparencia, para que el público pudiera ver lo que su gobierno estaba comprando y por qué. Otra necesidad igualmente importante era la transparencia en el proceso de emisión de recetas médicas y en las relaciones entre el proveedor y el paciente, a fin de que todos contaran con suficiente información para utilizar los productos racionalmente. La falta de conocimientos de la gente acerca de los medicamentos también fomentaba la falsificación y otros fenómenos indeseables. A este respecto, estuvo de acuerdo en que, en algunos casos dentro de la Región, las farmacias eran los eslabones más débiles en la cadena de suministro, y algunas de ellas hasta vendían medicamentos falsificados. Esos temas los estaba abordando la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, cuya secretaría era ejercida por la OPS.

79. La Directora se mostró muy complacida de que el Subcomité hubiese respaldado el enfoque propuesto por la Oficina y que estuviese de acuerdo en que el centro de la labor debía ser aumentar el acceso a los medicamentos. En relación con el grupo de trabajo mencionado por el Dr. Fitzgerald, aclaró que se trataba de un grupo interno y no de un cuerpo de consulta regional. Dicho grupo evaluaría la situación actual en la Región y procuraría identificar los puntos fuertes y los débiles de la OPS en esta esfera, en especial, la disponibilidad de recursos humanos, para permitirle a la Organización mejorar el apoyo a los países a fin de aumentar el acceso a los medicamentos y a otros suministros de salud pública.

Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA (Documento SPP38/7)

80. La Dra. Carol Vlassoff (Jefa de la Unidad de Infección por el VIH/SIDA, OPS) expuso ante el Subcomité las iniciativas de la OPS para acelerar y mejorar la respuesta a la epidemia de infección por el VIH/SIDA en la Región. Empezó por presentar estadísticas acerca de la magnitud y las tendencias de la epidemia en América Latina y el Caribe, y resaltó que esta última subregión ocupaba el segundo lugar en cuanto a prevalencia en todo el mundo y que en algunos países de América Latina, particularmente en Centroamérica, esas tasas también habían venido subiendo en forma sostenida. Pero, a pesar de las grandes dificultades que tenía que superar la Región, había muchas oportunidades para responder de manera clara y enfocada. Ya se contaba con intervenciones fructíferas comprobadas contra la infección por el VIH/SIDA, tanto en materia de prevención como de tratamiento; además, la mayor disponibilidad de

medicamentos antirretrovíricos y los precios más bajos negociados en la Región en 2003 hacían del tratamiento universal una meta realizable.

81. El establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), las dos sesiones especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicadas a la infección por el VIH/SIDA y la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio habían ayudado a lograr un mayor compromiso político y financiero a escala mundial. En el plano regional, en junio de 2003, la OPS había encabezado una mayor cooperación entre los copatrocinadores regionales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), al iniciar reuniones ordinarias de los directores regionales de esos organismos. La iniciativa de “Tres millones para 2005”, lanzada por el Director General de la OMS y respaldada por la OPS, ofrecía una oportunidad más para ampliar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en la Región. En todo el mundo, la iniciativa procuraba suministrar tratamiento con medicamentos antirretrovíricos a tres millones de personas infectadas con el VIH o enfermas de SIDA en el mundo en desarrollo para fines de 2005. En la Región, la meta que habían ratificado los jefes de Estado y de gobierno en la Cumbre Extraordinaria de las Américas, celebrada recientemente en Monterrey, México, era la de facilitar el tratamiento a no menos de 600.000 personas para finales de 2005.

82. La OPS había tomado varias medidas para el avance de la iniciativa “Tres millones para 2005” en la Región. Había formado un grupo central interno y un grupo de estudio que comprendía el grupo central, otros funcionarios de la OPS y representantes de países y de ONG. El grupo de estudio denominado “Tres millones para 2005” se había reunido en Washington en enero de 2004 y había convenido en la meta siguiente para la OPS: trabajar conjuntamente con los Estados Miembros para lograr la mayor contribución posible destinada a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA en la Región, a la vez que se avanzaba hacia la meta definitiva del acceso universal a los antirretrovíricos para quienes los necesitaban, como un derecho humano, como un método de prevención eficaz y como una medida contra la discriminación para las personas infectadas por el VIH o que tienen SIDA. El grupo de estudio también había definido las orientaciones estratégicas, las acciones y los indicadores, a los que se podía tener acceso en el sitio web de la OPS. La Oficina estaba actualmente en el proceso de traducir esas estrategias en acciones en los países y subregiones prioritarios, y el presupuesto bienal por programas se había ajustado y realineado en consecuencia. La responsabilidad de la ejecución de las orientaciones estratégicas sería compartida por la Unidad de Infección por el VIH/SIDA en la Sede y otras unidades de la OPS, tanto en Washington como en los países. El presupuesto también se había ajustado para permitir misiones y actividades conjuntas.

83. La brecha calculada en cuanto al tratamiento en América Latina y el Caribe era de 174.000 personas, pero esa cifra se estaba actualizando para contar con un análisis más reciente de la situación, que proporcionaría datos de referencia para hacer el seguimiento de la iniciativa en la Región. Se había asignado un orden de prioridad a los países según la prevalencia de la infección por el VIH y la cobertura del tratamiento con antirretrovíricos. Los países con prevalencia alta y cobertura baja tenían la prioridad más alta, ya que era evidente que necesitaban atención urgente para colmar la brecha en el tratamiento, pero también eran prioritarios los países con prevalencia baja y cobertura baja porque ofrecían la posibilidad de adoptar un enfoque integral de prevención y tratamiento, con lo cual se evitaría una carga elevada de la infección en el futuro. El Caribe y Centroamérica eran las subregiones de prioridad más alta.

84. Afortunadamente, cada vez había más recursos para el tratamiento con antirretrovíricos al alcance de la mayoría de los países prioritarios, y la OPS podría desempeñar un papel importante coordinando los esfuerzos para maximizar esos recursos. Dado el aumento en los recursos, la iniciativa “Tres millones para 2005” era el motor que hacía funcionar el tren, que era el sistema de salud. Había lagunas evidentes que la OPS podría ayudar a colmar para fortalecer los sistemas de salud, entre otros, en los servicios de laboratorio, las adquisiciones y el monitoreo de la calidad de los medicamentos y los productos básicos, la formación de capacidad para las pruebas voluntarias y la orientación del público, la prevención de la transmisión maternoinfantil, la prestación de atención y el tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA, así como el suministro, el seguimiento y la evaluación de información estratégica.

85. Con respecto al financiamiento disponible dentro de la OPS y externamente para las actividades relacionadas con la infección por el VIH/SIDA, los fondos del presupuesto ordinario de la Unidad de Infección por el VIH/SIDA habían subido 44% en el presupuesto por programas para 2004-2005, en comparación con el presupuesto para 2002-2003; pero el financiamiento extrapresupuestario había bajado en 31%, con lo cual se había reducido la cantidad total de financiamiento al pasar de \$2.771.783 a \$2.192.379. Sin embargo, se preveía que los fondos extrapresupuestarios aumentarían más adelante en el período. La recaudación de fondos para la iniciativa “Tres millones para 2005” a escala regional era una prioridad y se estaban preparando varias propuestas. Los recursos de la OMS habían sido limitados, pero se acababa de recibir el financiamiento destinado a un puesto de coordinador regional para la iniciativa “Tres millones para 2005”, y a un coordinador para Haití. Se había previsto la necesidad de recursos adicionales para Guyana como parte del segundo grupo de países, pero había que reconocer que el apoyo de la OMS a la Región tenía pocas probabilidades de ser suficiente para lograr sus metas. Los recursos humanos en la Región también se habían limitado, con sólo cuatro profesionales, una de ellas designada conjuntamente por la OPS y el ONUSIDA. Para compensar la falta de otros funcionarios, la unidad dependía de la ayuda de otros miembros del equipo de la Sede y estaba colaborando

con otros socios, tanto a escala regional como de los países. Además, el nombramiento del coordinador de la iniciativa “Tres millones para 2005” vendría a llenar un vacío importante en la unidad.

86. Se esperaba que la repercusión de las actividades de la iniciativa “Tres millones para 2005” en los grupos vulnerables sería sustancial. Por ejemplo, las mujeres y los niños recibirían ayuda mediante la prevención de la transmisión materno-infantil; con el adiestramiento que se daría acerca de la orientación y las pruebas, sensible a las necesidades especiales de las mujeres y de los jóvenes, como parte de un esfuerzo conjunto entre la Unidad de Infección por el VIH/SIDA y la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, y mediante un proyecto nutricional para los niños afectados por la infección por el VIH/SIDA, que ejecutarían conjuntamente la Unidad de Infección por el VIH/SIDA y la Unidad de Nutrición. Además, se estaban efectuando conversaciones con las empresas farmacéuticas para suministrar tratamiento con antirretrovíricos sin costo alguno, a las poblaciones más desfavorecidas de los países de la Región.

87. Se invitaba al Subcomité a que formulara sus comentarios acerca de la estrategia propuesta y que hiciera sugerencias con respecto a la función de la OPS para fortalecer los sistemas de salud y lograr una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA.

88. El Subcomité encomió a la OPS en sus esfuerzos por aumentar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA por medio de la iniciativa “Tres millones para 2005” y ratificó su apoyo a las estrategias presentadas en el documento. Los delegados expresaron su apoyo, en particular, a la importancia que estaba asignando la Organización a la ejecución de la iniciativa “Tres millones para 2005” como parte de un esfuerzo más amplio para fortalecer los sistemas de salud; su promoción de una respuesta integrada e integral que incluía prevención, tratamiento y atención; su incorporación de una perspectiva de derechos humanos y su atención al problema del estigma y la discriminación contra las personas que viven con la infección por el VIH o el SIDA”.

89. A pesar de que el Subcomité estaba de acuerdo con las estrategias propuestas, varios delegados opinaron que debía hacerse más hincapié en la prevención y en evitar los comportamientos de riesgo. Aunque se consideraba muy importante alcanzar la meta del suministro de tratamiento a 600.000 personas infectadas por el VIH/SIDA para 2005, se señaló que la prevención seguía siendo una estrategia fundamental en la lucha contra esta enfermedad. También se dijo que la mayor disponibilidad del tratamiento con antirretrovíricos quizá haría que las personas se tornaran más laxas en cuanto a la prevención y a evitar los riesgos; por consiguiente, se consideraba vital seguir promoviendo el cambio de comportamientos y alentar los comportamientos saludables, como la abstinencia sexual para los jóvenes, la fidelidad para las personas casadas y para quienes se encontraban en una relación de compromiso, así como el uso adecuado y habitual de condones para los grupos de alto riesgo. Se recalcó la importancia de dirigirse

a los jóvenes en las campañas de prevención. A este respecto, se señaló que los sectores de la educación y de comunicaciones de masas ofrecían muchas posibilidades para llegar a los jóvenes, pero no se utilizaban lo suficiente en las actividades de prevención en esta esfera. Se instaba a la OPS a que utilizara su prestigio e influencia en la Región para incluir más a esos sectores.

90. Se señaló que una gran dificultad que había que superar para el fortalecimiento de los sistemas de salud era la de mejorar la capacidad de los sistemas para identificar y llegar hasta las personas que necesitaban medicamentos antirretrovíricos. En algunos países, aunque los recursos del FMSTM y otros habían permitido suministrar el tratamiento a un número considerablemente mayor de personas infectadas por el VIH/SIDA, el sistema no tenía la capacidad para buscar a todas las personas que estaban excluidas del tratamiento. Otra dificultad era que la presión para satisfacer la demanda de los servicios relacionados con esta enfermedad estaba limitando la capacidad de los sistemas de salud para responder a otros problemas igualmente importantes.

91. El Subcomité recalcó la importancia de la colaboración entre los países, y diversos Miembros ofrecieron compartir su experiencia, sus conocimientos técnicos y sus recursos con otros países la Región. El Delegado del Brasil señaló que su país estaba colaborando con Bolivia, Ecuador y Perú en un proyecto muy eficaz de prevención de la infección por el VIH/SIDA que la OPS había apoyado. También estaba trabajando con el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe, en una base de datos de precios de los medicamento antirretrovíricos, que era una herramienta importante para reducir los precios. El grupo solicitó el apoyo de la OPS también para esa iniciativa. El Delegado de Barbados, al afirmar el deseo de su país de compartir con otros países sus establecimientos y conocimientos y de aprender de sus experiencias, expresó sorpresa de que el ejemplo sobresaliente de Barbados en la prevención de la infección por el VIH/SIDA, tanto en la atención como en el tratamiento, no se hubiese mencionado en el documento. Desde el principio de la epidemia, en Barbados se había observado un apoyo político firme a la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA, lo que quedaba demostrado con la creación de una comisión de infección por el VIH/SIDA, con la gestión directa y el liderazgo del Primer Ministro. Desde julio de 2002, la respuesta a la enfermedad había aumentado con resultados sobresalientes, entre otros, reducciones considerables en la morbilidad y la mortalidad y menor número de ingresos a hospitales y de los días de hospitalización relacionados con la enfermedad.

92. Los delegados también recalcaron la necesidad de colaboración entre los países para fortalecer la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA en las zonas fronterizas. En relación con lo anterior, el Observador por México informó que en el marco del Plan Puebla-Panamá su país iba a presentar pronto un proyecto sobre la

infección por el VIH/SIDA en las poblaciones itinerantes, junto con Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, para solicitar financiamiento del FMSTM.

93. Se instó a la OPS a que siguiera ayudando a los países a elaborar propuestas para presentarlas al FMSTM y a que siguiera utilizando su influencia para bajar el precio de los medicamentos antirretrovíricos que todavía no eran asequibles para muchos en la Región. En cuanto al FMSTM, los delegados lamentaban que, según los criterios actuales para la admisión, muchos países de ingresos medios y medios altos no podían beneficiarse de la ayuda que prestaba. El Delegado de los Estados Unidos señaló que su país había estado trabajando y seguiría haciéndolo para cambiar los criterios de admisión, de manera que todos los países de América Latina y el Caribe pudieran aspirar a recibir su ayuda, y agradeció a la Oficina su apoyo en esta tarea.

94. Estados Unidos también apreciaba que el trabajo de la OPS promoviera los regímenes de tratamiento simplificados, las herramientas estandarizadas, los protocolos para la orientación y las pruebas, así como la utilización de asociaciones medicamentosas en dosis fijas inocuas y eficaces de gran calidad para aplicar el tratamiento de la manera más eficiente y fomentar la adherencia de los pacientes. En ese sentido, el Delegado de Estados Unidos anunció que su país, junto con la OMS, el ONUSIDA y la Comunidad de Desarrollo de África Meridional, iban a patrocinar una conferencia técnica, que se celebraría en Botswana la semana siguiente, para tratar el tema de las asociaciones medicamentosas en dosis fijas para tratar el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Le complacía constatar que varios países americanos iban a participar en dicha reunión.

95. En respuesta a las observaciones del Subcomité, la Dra. Vlassoff aclaró que las cifras del presupuesto que había presentado antes incluían solo las cantidades asignadas a la Unidad de Infección por el VIH/SIDA; no reflejaban todos los recursos que se estaban dedicando a las actividades relacionadas con la enfermedad por conducto de la Organización. Reconoció que Barbados brindaba un ejemplo notable que podría ser provechoso para otros países, y agregó que la información sobre la experiencia barbadense se incluiría en la próxima versión del documento. La base de datos sobre precios de medicamentos mencionada por el Delegado del Brasil también había resultado sumamente útil, y aunque la OPS opinaba que era función de los países negociar sus propios precios, no cabía duda de que la Organización podría ayudar facilitando el acceso a la información sobre los precios obtenida por otros países.

96. En cuanto al tema de la prevención, la OPS reconocía su importancia, pero la Unidad de Infección por el VIH/SIDA era pequeña y debía hacer frente a muchas exigencias. Se consideraba que su función en materia de prevención era ayudar a fortalecer y ampliar la capacidad de prevención que existía actualmente dentro de los servicios de salud. En vista de su tamaño, la unidad consideraba que tenía que focalizar

bien su trabajo y que la iniciativa “Tres millones para 2005” le daba la oportunidad de conseguir ese objetivo. Sin embargo, ello no excluía la prevención. Por ejemplo, uno de los delegados había mencionado la importancia de trabajar con las escuelas en la prevención de la infección por el VIH/SIDA, que era algo que la OPS estaba tratando de fomentar por medio de sus copatrocinadores del ONUSIDA. La Organización también estaba tratando de mejorar su colaboración con la Organización Internacional del Trabajo, que tenía un modelo excelente para lograr mejorar la protección social en el lugar de trabajo de las personas infectadas por el VIH o con SIDA.

97. Con respecto a los jóvenes, un proyecto sobre la salud del niño y del adolescente, que había estado en marcha durante varios años, se estaba ampliando para incorporar un método de orientación y consejos por los compañeros, con una importante participación de los jóvenes. En cuanto a la comunicación y la función de los medios en los programas de prevención de la infección por el VIH/SIDA, la unidad había desempeñado un función importante en la formación de capacidad en esa materia.

98. La funcionaria señaló que aunque en su ponencia no se había extendido mucho en el problema del estigma, en realidad quizás era el factor más importante al hacer el trabajo de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Tal como había indicado el Subcomité, el estigma hacía sumamente difícil llegar a las poblaciones que necesitaban tratamiento, y los ministerios de salud habían dicho en varias ocasiones que era el obstáculo más importante que se encontraba al administrar los antirretrovíricos. La OPS estaba muy consciente del problema y estaba trabajando para encontrar maneras de ayudar a los servicios de salud a que se vincularan mejor con las personas infectadas por el VIH o con SIDA.

99. Por último, el proyecto mencionado por México era muy oportuno. Se sabía que las poblaciones itinerantes constituían un grupo sumamente vulnerable, pero a la vez eran difíciles de alcanzar y de lograr influenciarlas con respecto a cambios de comportamiento. Deseó al grupo de países interesados el mayor éxito con su propuesta al FMSTM.

100. La Directora observó que aunque el documento se había titulado “Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA”, en realidad se había dicho muy poco acerca del fortalecimiento de los sistemas de salud. En cambio, tanto la ponencia como el debate se habían centrado principalmente en cómo ejecutar la iniciativa “Tres millones para 2005” en las Américas y en lo que la OPS debía hacer para apoyar a los países. Según había comentado antes al Presidente del Subcomité, se trataba de un ámbito en el que la Organización necesitaba mucha orientación de los Estados Miembros para saber cómo podría satisfacer las innumerables exigencias de apoyo y de asistencia, cuando sus recursos eran tan limitados. La OPS estaba haciendo

todo lo posible por responder a las solicitudes de ayuda de los países, pero esas solicitudes sólo parecían aumentar, mientras que la cantidad de recursos a disposición de la Organización no aumentaba.

101. Por ejemplo, cuando algunos Estados Miembros habían pedido ayuda a la OPS para la formulación de las propuestas que iban a presentar al FMSTM, la Organización había respondido. No se habían asignado recursos especiales en el presupuesto de la OPS para esa finalidad, pero desplazando recursos de otras áreas y suspendiendo ciertas actividades en otras, la Oficina había logrado movilizar el equivalente de \$1,5 millones en 2002-2003 para apoyar a los países de la Región en la formulación de proyectos. Y aunque se había previsto que los países de las Américas no tenían esperanzas de recibir mucho del FMSTM, se había aprobado una cifra récord de esas solicitudes, lo que revelaba mucho acerca de la calidad de las propuestas que los países habían formulado con el apoyo de la OPS.

102. De manera análoga, en la esfera de las negociaciones de medicamentos, aunque inicialmente la posición mundial por parte del ONUSIDA, la OMS y la industria farmacéutica había sido que no se aceptaría ninguna negociación multipaíses, a petición de los Estados Miembros de las Américas la Oficina Sanitaria Panamericana había insistido en las negociaciones conjuntas y había tenido éxito al hacer de ellas una realidad, y esto se había hecho también sin que se hubiese asignado concretamente ningún recurso nuevo para esa finalidad. Ahora los países estaban pidiendo a la Organización que les diera más apoyo en esta cuestión, pero sencillamente no tenía los recursos para prestar tal apoyo.

103. De igual manera, en el ámbito de la cooperación horizontal, la OPS había hecho todo lo que podía para apoyar a los países. Pero allí, también, sus recursos eran limitados y la Organización había recibido fondos extrapresupuestarios solo del Gobierno del Reino Unido, lo que le había permitido apoyar la colaboración entre el Brasil y los países andinos.

104. La Oficina había estructurado el presupuesto por programas para 2004-2005, tal como lo habían solicitado los Estados Miembros, para aumentar el financiamiento con el presupuesto ordinario de las actividades relacionadas con la infección por el VIH/SIDA. También había creado un grupo central e incorporado el tema de esta enfermedad en toda la Organización, de tal manera que todos los programas estaban colaborando y compartiendo sus recursos en apoyo a la respuesta integrada al SIDA. Al mismo tiempo, había hecho lo máximo posible para mejorar la respuesta regional mediante una coordinación más estrecha con los otros copatrocinadores del ONUSIDA en sus áreas respectivas de trabajo —educación, discriminación y estigma, atención para huérfanos del SIDA, programas contra la infección por el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, etc.— pero

todavía quedaban muchas necesidades y muchas solicitudes de cooperación en diversas esferas que no se estaban atendiendo. La OPS no podía responder a todas esas exigencias con el monto actual de sus recursos.

105. Por consiguiente, la Directora apeló a los Estados Miembros para que dieran su orientación acerca de cómo podría la Organización dar la respuesta que le estaban pidiendo y cómo los Estados Miembros podrían ayudar a la Organización para organizar una respuesta regional verdaderamente integrada al problema de la infección por el VIH/SIDA en las Américas.

106. El Delegado de Canadá dijo que le habían impresionado pero, a la vez, desconcertado ligeramente las observaciones de la Directora, que interpretaba como una solicitud a los países para que aportaran más recursos financieros e insumos para el problema de la infección por el VIH/SIDA. Le parecía que esa solicitud era desconcertante porque consideraba que los países acudían a la OPS pensando que había recursos suficientes para atender el problema de esta enfermedad. En efecto, era difícil pensar en otro problema de salud importante que estuviese recibiendo tanto dinero como este; no obstante, la Oficina parecía opinar que los recursos de la Organización no eran suficientes. Por consiguiente, pedía a la Directora que preparara un documento donde se ampliara la información financiera que se había presentado en la ponencia y se mostrara detalladamente cómo se estaba asignando actualmente el presupuesto dentro de la Organización, identificando áreas donde hubiese otras necesidades, especificando la cantidad de recursos complementarios que harían falta para esas áreas e indicando cómo proponía la Organización que se gastaran los recursos; posteriormente, ese documento se presentaría a los países para su consideración y debate en el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo o en otro foro adecuado.

107. El Presidente agradeció al Delegado de Canadá su propuesta, que a su modo de ver era excelente. Esperaba que el debate sobre el tema continuaría durante el Comité Ejecutivo.

Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas (documento SPP38/8)

108. El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional, Enfermedades Transmisibles, OPS) dijo que su ponencia acerca del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se referiría a tres puntos principales: los aspectos clave del proceso de revisión del Reglamento actualmente en marcha, las actividades de cooperación técnica de la OPS en esta esfera y los próximos pasos necesarios para concluir la revisión y empezar a aplicar el Reglamento.

109. La revisión del Reglamento se había vuelto necesaria como resultado del aumento de los viajes y del comercio internacional, así como del surgimiento o resurgimiento, en los veinte últimos años, de más de treinta agentes patógenos que representaban una amenaza internacional. Los cambios fundamentales que se estaban proponiendo en el proceso de revisión eran: 1) ampliación del alcance de la notificación para incluir a toda emergencia de salud pública de interés internacional, en lugar de que se hiciera la notificación de sólo tres enfermedades específicas, según exige el Reglamento en vigor; 2) designación por los gobiernos nacionales de puntos focales nacionales para servir de puntos de contacto y enlaces para la comunicación con la OMS; 3) definición de las principales capacidades de vigilancia y de respuesta que se necesitan a nivel nacional, lo que abarca las capacidades especiales de vigilancia y respuesta en los puntos de entrada; 4) medidas recomendadas para manejar las emergencias de salud pública de interés internacional y que plantean riesgos constantes para la salud pública; y 5) establecimiento de dos órganos consultivos de la OMS: el Comité de Emergencia, cuya función sería la de asesorar al Director General en cuanto a si un suceso constituía una emergencia de salud pública de interés internacional y en la emisión de recomendaciones de emergencia, y el Comité de Examen, que examinaría, vigilaría y asesoraría sobre la aplicación del Reglamento y las recomendaciones permanentes, además de considerar las controversias en cuanto a la interpretación o la aplicación del Reglamento.

110. El proceso que había dado lugar a la versión preliminar del Reglamento que actualmente estaba delante de los Estados Miembros para su consideración y observaciones había empezado con una serie de consultas técnicas amplias durante 2002, que había generado recomendaciones concretas sobre medidas de vigilancia y control. En 2003, luego del brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS por la sigla en inglés), que había brindado la oportunidad de probar algunas de las revisiones propuestas, se habían introducido cambios en dos ámbitos principales, a saber: el uso de las fuentes no oficiales para obtener información sobre los brotes de enfermedades transmisibles y la participación de la OMS en la investigación de los brotes. El próximo paso consistiría en consultas subregionales, que irían seguidas de una reunión programada para noviembre de 2004 de un grupo de trabajo intergubernamental, el cual grupo prepararía la versión definitiva para presentarlo a la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2005.

111. Las principales actividades de cooperación técnica de la OPS con relación al Reglamento se habían destinado a mantener informados a los Estados Miembros y a facilitar su participación en el proceso de revisión, mediante sesiones de consulta y el intercambio constante de información. Además, la Organización había apoyado el establecimiento de redes subregionales para la vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes (EIE) a objeto de complementar los mecanismos nacionales de vigilancia y permitir a los países colaborar para controlar la posible propagación de enfermedades infecciosas a través de las fronteras nacionales. Un componente importante de esas redes subregionales era el de fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y establecimiento

de laboratorios de referencia para agentes patógenos específicos. El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) había asumido una función particularmente activa en el proceso de revisión del Reglamento, tanto a escala subregional como dentro de cada país miembro. Sin embargo, también se habían efectuado a escala subregional y nacional talleres y otras actividades en las subregiones andina, centroamericana y del Caribe de habla inglesa.

112. El próximo paso en el proceso de revisión sería regional y, en el caso de las Américas, se harían reuniones subregionales para escuchar los puntos de vista y las inquietudes de los Estados Miembros con respecto al contenido del Reglamento revisado y su aplicación en cada país. Se instaría a los países a que incorporaran a la consulta una gama de sectores, además del sector de la salud, entre ellos todos los que tenían que ver con el desplazamiento de personas y el trasiego de productos, y a que incluyeran en sus delegaciones tanto a políticos con poder de decisión como a personal técnico. Entre abril y junio se celebrarían cuatro reuniones subregionales, cuyo resultado sería la contribución de la Región de las Américas al grupo de trabajo intergubernamental, que a su vez refundiría las observaciones recibidas de todas las regiones y prepararía la versión preliminar definitiva del Reglamento revisado.

113. Con la mirada en el futuro, una vez que se aprobara el Reglamento, la OPS planeaba ayudar a los países a ponerlo en práctica mediante la cooperación técnica en las siguientes áreas estratégicas: apoyo continuo a la vigilancia de las redes subregionales de vigilancia de las EIE y de laboratorio; mejoramiento de los mecanismos operativos de alerta y respuesta tanto en el plano regional como nacional; fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y de las redes de laboratorio en los países de América Latina y el Caribe; y creación de capacidad y fortalecimiento de la capacidad nacional de respuesta de emergencia y de control sostenido de las enfermedades transmisibles.

114. El Subcomité expresó su apoyo decidido al proceso de revisión del Reglamento y acogió con beneplácito los esfuerzos de la OPS para velar por que se tuvieran en cuenta los puntos de vista de los gobiernos de las Américas. Los delegados elogiaron a la OPS por la organización de las consultas subregionales y esperaban participar en esas reuniones. Los miembros también elogiaron la calidad del documento, que aportaba antecedentes sólidos acerca del Reglamento y de la necesidad de modificarlo, además de describir el procedimiento para tal efecto, aunque se sugirió que las versiones futuras deberían centrarse más en las actividades que están en marcha actualmente en la OMS y la OPS y menos en el trabajo realizado por la OPS en el pasado, ya que el período que llegaría hasta mayo de 2005 iba a ser sumamente importante para determinar la redacción y los conceptos que se incluirían en la versión definitiva del Reglamento revisado.

115. Se recalcó que el Reglamento Sanitario Internacional revisado debía ser flexible pero también debía aclarar la autoridad y las condiciones bajo las cuales sería apropiado para los Estados Miembros restringir el desplazamiento de personas, animales o cargamentos para controlar la propagación de enfermedades. Además, era preciso mantener un equilibrio cuidadoso entre los esfuerzos de control de enfermedades, la violación de las libertades individuales y el derecho de una nación de participar en el comercio, los negocios y los viajes internacionales. También se recalcó la importancia de la colaboración entre los países y las regiones en la detección y la respuesta temprana a los brotes de enfermedades. Se puso de relieve la función crucial de las entidades internacionales y regionales, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes (RMARB) de la OMS y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), para facilitar esa colaboración. Además, la cooperación técnica entre los países se consideró esencial para ayudar a los que quizá carezcan de la experiencia o de los recursos humanos necesarios para detectar y responder a los brotes de enfermedades.

116. El Delegado de Canadá señaló que en el documento se indicaba que varios países estaban empezando a reorganizar sus sistemas de vigilancia con el fin de estar preparados en caso de brotes futuros de enfermedades, y agregó que su país debería agregarse a esa lista. Después del brote de SARS del año anterior, Salud Canadá había encargado un análisis de cómo se había manejado la situación; el informe correspondiente había revelado la necesidad de un organismo nuevo de salud pública, que el país estaba en proceso de planificar y diseñar. Canadá esperaba con interés aprender más acerca de las experiencias de otros países que estaban participando en iniciativas similares para modernizar sus sistemas.

117. El Delegado de Estados Unidos dijo que, si bien a su país le había parecido que la versión preliminar del Reglamento publicada en enero de 2004 era un buen esfuerzo inicial, tenía algunas inquietudes que se detallaban en las observaciones escritas que había presentado a la OMS. Esas observaciones también se habían distribuido al Subcomité, y se esperaba que fuesen una aportación útil a los debates que tendrían lugar durante las reuniones subregionales. En particular, Estados Unidos estaba totalmente en desacuerdo con la propuesta de la OMS con respecto al uso de un algoritmo como el único medio para determinar los acontecimientos notificables y por eso consideraba que el aval evidente de la OPS de ese método como el único enfoque (en los párrafos 8 a 10 del documento SPP38/8) era prematuro, ya que la OMS todavía no había examinado los puntos de vista de todos los Estados Miembros. Estados Unidos apoyaba el uso de un algoritmo para determinar si ciertos casos constituían “emergencias de salud pública de interés internacional”, siempre y cuando el término se definiera cuidadosamente, pero creía que el Reglamento revisado también debería exigir la notificación de una lista específica de las enfermedades transmisibles comprobadamente graves capaces de

ocasionar emergencias internacionales de salud pública. En las observaciones escritas de la delegación estadounidense se había incluido una lista sugerida de esas enfermedades.

118. El Delegado de Barbados señaló que los pequeños estados insulares del Caribe que dependían en gran medida del turismo para su supervivencia económica tenían la necesidad apremiante de contar con una vigilancia temprana y eficiente, así como una respuesta rápida, a cualquier enfermedad importada. En el caso de su país, que servía de punto de tránsito para los turistas que viajaban a las islas más pequeñas del Caribe, tal información era aun más crucial, ya que otros países dependían de ella para llevar a cabo las funciones de vigilancia y servir de centro de distribución de información.

119. El Dr. Libel agradeció el apoyo financiero y técnico que la OMS había dado para las reuniones de consulta que se celebrarían en la Región. También agradeció al Gobierno de Estados Unidos, que, junto con el Gobierno del Brasil, había sido uno de los participantes más activos en el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional mediante el aporte de conocimientos técnicos y comentarios sobre los cambios propuestos.

120. Con respecto al deseo de Canadá de conocer mejor las experiencias de Argentina, Bolivia, Brasil y otros países que estaban modernizando sus sistemas de vigilancia, dijo que esos países habían mostrado un compromiso extraordinario, asignando recursos de préstamos obtenidos para el desarrollo de los servicios de salud especialmente a la reorganización y el fortalecimiento de sus sistemas de vigilancia y respuesta, no solo al nivel central sino también en los servicios locales de salud. Además, en varios casos se habían establecido laboratorios de bioseguridad de nivel 3. La OPS consideraba que el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio era esencial para mejorar las capacidades de diagnóstico de los países del hemisferio sur y, por lo tanto, evitar la necesidad del transporte internacional de muestras biológicas, lo que podría entrañar un riesgo de transmisión de enfermedades.

121. Varias de las actividades mencionadas ya se estaban llevando a cabo en el marco de otra iniciativa que recibía apoyo de la OPS y se relacionaba directamente con la observación del Delegado de Barbados: las evaluaciones de la capacidad nacional de detección, confirmación y respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas. Esa iniciativa procuraba ayudar a los países a identificar las deficiencias de sus sistemas. Al reconocer que varios otros organismos podrían colaborar con el ministerio de salud en cuestiones de vigilancia y respuesta, el enfoque de la OPS a la evaluación procuraba reunir a todos los organismos interesados.

122. Agradeció al Delegado de Estados Unidos que hubiese entregado a la OPS la respuesta detallada de su país al primer borrador del Reglamento varias semanas antes de

la sesión del Subcomité. Por lo tanto, la Oficina Sanitaria Panamericana había podido compartir esas observaciones con los otros países y obtener sus comentarios sobre el grado en que las inquietudes expresadas por Estados Unidos eran pertinentes para ellos. Eso era importante porque debía lograrse un equilibrio en el proceso de revisión del Reglamento entre los intereses colectivos de todos los países y los intereses nacionales de cada país y su capacidad de cumplir los compromisos que estaría contrayendo cuando se aprobara el Reglamento.

123. En relación con el documento presentado al Subcomité, el funcionario aclaró que su única finalidad había sido la de informar a los Estados Miembros de las propuestas que actualmente estaban sobre el tapete para su consideración. El foro para el debate de temas específicos serían las consultas subregionales, y era en esas reuniones donde se abordarían las inquietudes expresadas por Estados Unidos. En consecuencia, no se iba a extender en comentarios sobre esos temas; sin embargo, deseaba señalar que la decisión de usar el concepto de las “emergencias internacionales de interés para la salud pública” había provenido de la experiencia con el Reglamento en vigor, que sí comprendía una lista de las enfermedades. De acuerdo con ese enfoque, los países en general no habían prestado suficiente atención a los brotes de enfermedades infecciosas que no tenían un diagnóstico concreto. Esa era una de las justificaciones para adoptar el nuevo enfoque propuesto. Otra era que, como ocurría en los sistemas nacionales de vigilancia, cuando había una lista de enfermedades, el sistema tendía a concentrarse exclusivamente en esa lista. Si un caso no satisfacía la definición de casos para poder clasificarlo como una de esas enfermedades, no se consideraba una amenaza internacional frente a la que debían tomarse medidas. No obstante, dependería de los Estados Miembros decidir si debería incluirse una lista complementaria de enfermedades en el Reglamento revisado.

124. En cuanto a las observaciones sobre el equilibrio entre el control de las enfermedades y los derechos de los países y las personas, dijo que ese sería otro punto importante para tratarlo en las reuniones subregionales. Para que esas reuniones fueran lo más productivas posible, instó a todos los Estados Miembros a que se tomaran el tiempo necesario para examinar el borrador del Reglamento detalladamente a fin de llegar a las reuniones con sugerencias concretas.

125. La Directora observó que, debido a que el Reglamento era un tratado y, por consiguiente, un instrumento jurídico de carácter obligatorio, era apropiado que los gobiernos lo examinaran a fondo. Al apoyar la iniciativa de revisión, la OPS se había centrado en el nivel subregional porque dentro de los diversos grupos de integración los países ya habían implantado ciertos mecanismos y contraído algunos compromisos con respecto al intercambio de información, los problemas fronterizos, las aduanas, el transporte y otros asuntos directamente relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional.

126. Como había dicho el Dr. Libel, la preparación a nivel nacional sería crucial para lograr el éxito de las consultas subregionales. Parte de esa preparación, según el punto de vista de la Oficina, debería ser incluir y recoger aportes de otros sectores, no solo a nivel del gobierno nacional sino también a los niveles infranacional y local. Debido a que ahora había tantas vías, tanto legales como ilegales, para el desplazamiento de las personas y, por consiguiente, tantas rutas para la transmisión de las enfermedades a través de las fronteras, era esencial la participación de las autoridades a todos los niveles. Era también importante buscar las perspectivas de otros sectores —comercio y defensa, por ejemplo— que tenían interés en los temas abordados por el Reglamento. La revisión de este era similar al proceso para elaborar el Codex Alimentarius y otros reglamentos internacionales y, por lo tanto, exigía puntos de vista de muchos sectores diferentes.

127. La Oficina, desde luego, tendría presente las observaciones del Subcomité acerca del documento; sin embargo, como había dicho el Dr. Libel, la finalidad de cualquier documento elaborado acerca del Reglamento sería la de mantener a los países al corriente de lo que se estaba tratando. La OPS no tenía una posición al respecto; su función era facilitar el intercambio de información para que los países pudieran comprender las posiciones mutuas, para luego negociar y llegar a un acuerdo común. En consecuencia, la OPS procuraba aclarar los asuntos y señalar tanto los puntos fundamentales que tenían grandes probabilidades de ser polémicos como los puntos en los que era probable el consenso, para hacer avanzar el proceso lo más rápidamente posible.

Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud (documento SPP38/10)

128. El Dr. Carlos Castillo Salgado (Gerente del Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, OPS) recordó que el trabajo de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud (IRDBS) se había lanzado en 1995 para hacer el seguimiento del logro de las metas de salud y del cumplimiento de los mandatos aprobados por los Estados Miembros y, además, contar con un conjunto básico de datos que permitiría caracterizar y vigilar la situación sanitaria en las Américas. Casi diez años después, se había enviado una encuesta a todos los países de la Región para conocer sus ideas acerca de cómo mejorar la Iniciativa y fijar sus orientaciones futuras.

129. La Iniciativa abarcaba el conjunto mínimo de información necesaria para planificar y evaluar los programas de salud pública de los países, con los indicadores esenciales que daban información fundamental sobre la gestión de salud pública para los ministerios y otros organismos sanitarios. En el transcurso de 10 años, la Iniciativa había dado pautas para las iniciativas y las orientaciones estratégicas de los países, había facilitado la determinación de las prioridades y las necesidades insatisfechas de diversos grupos nacionales y había permitido examinar las tendencias sanitarias en los países.

130. De los 37 países encuestados, 21 habían indicado que habían utilizado la Iniciativa para determinar las necesidades y las prioridades para la atención y el servicio a las poblaciones principales, mientras que 16 habían indicado que la habían utilizado para la medición específica de las desigualdades de salud y para evaluar los programas de salud pública concebidos para abordar las desigualdades; 22 países mencionaron otras funciones y actividades.

131. También se había preguntado a los países si la Iniciativa había sido útil para la vigilancia del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Diecisiete habían contestado que en realidad había un vínculo positivo, mientras que 13 habían dicho que todavía no habían comenzado esa actividad de vigilancia. Los datos básicos ya incluían 12 de los 19 indicadores relacionados con la salud que formaban parte de los ODM. En breve se agregaría uno más y la OPS estaba participando en conversaciones especiales con los países acerca de la mejor manera de poner en práctica cuatro más. Los últimos indicadores agregados exigirían un esfuerzo especial de recopilación de datos.

132. Uno de los resultados obtenidos a partir de las respuestas de los países era que todavía quedaban obstáculos a la puesta en práctica y el mantenimiento de la Iniciativa en el ámbito nacional, debido a la escasez de recursos humanos, las limitaciones en el acceso a la información, y el limitado respaldo financiero y político. Sin embargo, las respuestas también habían indicado que la Iniciativa era esencial para seguir mejorando la corriente de información entre los países y la OPS y la OMS, y se puso de relieve la importancia de tomar medidas conducentes a evitar duplicación de las actividades de los países.

133. La encuesta también incluía preguntas acerca de productos concretos a nivel nacional. En 1995, apenas cinco países de la Región habían publicado folletos acerca de los indicadores de salud. Diez años más tarde, 24 países estaban publicando sistemáticamente esa información, desglosada a nivel infranacional. La producción de esa información había tenido un gran efecto en los ministerios de salud, la comunidad académica y las negociaciones bilaterales y multilaterales relativas a la cooperación técnica. Un total de 14 países había puesto su información directamente al alcance de los interesados por medio de la internet, lo cual era un logro importante porque el público en general tendría a su alcance este tipo de información fundamental.

134. En particular, Brasil y Argentina habían hecho un esfuerzo extraordinario para actualizar sus sistemas nacionales de datos básicos, así como para publicar regularmente cada año las actualizaciones de estos, lo cual había resultado enormemente beneficioso para sus actividades de salud pública. Brasil había establecido la red Interinstitucional de Información para la Salud (RIPSA), la primera en su tipo de la Región, que había permitido armonizar sistemáticamente todos los indicadores de salud del país. El logro de ese nivel de armonización era sumamente significativo, en especial porque al comienzo

de la Iniciativa gran parte de los datos publicados por los países no eran más que cálculos aproximados, que comprendían versiones optimistas y versiones pesimistas sin indicación de cuál tenía mayor probabilidad de ser exacta. Más aún, se observaban variaciones amplias en las cifras para el mismo indicador de un organismo a otro, y todos los cálculos se clasificaban como igualmente oficiales. Una inversión de un millón dólares, junto con un cambio fundamental en el enfoque a la gestión de la información, había permitido al Brasil obtener datos coordinados y armonizados de todos los organismos pertinentes.

135. La Iniciativa había dado lugar a varios resultados en el plano subregional, que habían exigido una coordinación considerable. El primer folleto de datos básicos para el Caribe se había elaborado en 1996, seguido de uno que abarcaba toda Centroamérica y suministraba datos a nivel infranacional. En 2003, una actividad conjunta de Estados Unidos y México había generado el primer folleto de datos básicos que abarcaba una zona fronteriza; este trabajo podría servir de ejemplo para otros países con fronteras comunes.

136. Uno de los resultados importantes de la Iniciativa era la publicación en el mes de septiembre de cada año del folleto regional *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos*, el instrumento más importante para la utilización estratégica de la información sanitaria en la Región. La Iniciativa también había generado un sistema coordinado de información sanitaria gracias a la colaboración entre la OPS, la División de Estadísticas y la Comisión Estadística de las Naciones Unidas para lograr la armonización total de los indicadores; esta tarea había abarcado la elaboración de un glosario y de notas técnicas especiales para cada indicador.

137. Otro resultado de la Iniciativa era el Atlas de Indicadores Básicos, que muchos países utilizaban en sus negociaciones para la cooperación técnica y había permitido por primera vez presentar indicadores no solo de todo un país sino de sus subdivisiones políticas. Solamente en la Región de las Américas se cuenta con esta información tan detallada. Por lo tanto, las iniciativas de datos básicos nacionales habían permitido conocer mejor el panorama epidemiológico complejo de la Región.

138. También podían consultarse en la internet el tan encomiado generador multidimensional de cuadros —que tenía la capacidad de suministrar información dinámica y detallada por indicador, por país, por grupo de países o por año— y el sistema de perfiles de salud de los países, que se actualizaba anualmente y donde figuraba información sanitaria y demográfica de cada país de la Región. Después de que los sistemas de la OPS se habían presentado a la Organización Mundial de la Salud en 2003, otras regiones habían empezado a publicar sus datos básicos, siguiendo el mismo modelo. Además, la OPS había suministrado a la Región de Asia Sudoriental los sistemas que se encontraban en la web sin costo alguno y actualmente estaba examinando con la OMS las posibilidades de hacer lo mismo con otras regiones.

139. El Subcomité elogió a la OPS por sus considerables esfuerzos en la promoción de la recopilación sistemática de los datos ordinarios de salud en toda la Región, lo que unido a la labor de los Estados Miembros había generado un aumento en la utilización de los datos para la planificación sanitaria y un mejor seguimiento de los programas de salud. Varios delegados suministraron información acerca de los sistemas y mecanismos de sus países para recopilar y publicar los datos básicos. El Delegado del Brasil agradeció al ponente sus observaciones positivas sobre el trabajo de RIPSAs y agregó más información acerca del funcionamiento del sistema. El Delegado de Canadá señaló a la atención del Subcomité la labor que se había emprendido en ese país durante los diez últimos años para elaborar informes anuales de los indicadores de salud, así como el informe anual “¿Cuán sanos son los canadienses?”

140. El Subcomité recalcó la conveniencia de desglosar los datos aun más por grupos de población específicos, por ejemplo, por poblaciones especialmente marginadas como las personas de edad, los pueblos indígenas y los niños. También puso de relieve la importancia del análisis de los problemas de género en el estudio de las inequidades sociales. Los datos desglosados por sexo eran muy importantes, como lo eran los datos que consideraban la repercusión del género como un concepto social resultante de estructuras y formas de poder políticas, sociales, legales y de otro tipo. Los delegados pidieron información acerca de cómo podría ayudarse a los países de pocos recursos para que mejoraran su capacidad de recopilar los datos básicos para la Iniciativa y de analizarlos, una vez que los hubieran recabado. También se preguntó si la Iniciativa estaba resultando útil a los Estados Miembros; por ejemplo, en qué grado había contribuido a la planificación y el establecimiento de políticas en los ministerios de salud.

141. Se sugirió que para evaluar a cabalidad el programa regional de datos básicos, sería útil ver una lista de los indicadores recomendados a los Estados Miembros. Igualmente importante sería conocer la documentación técnica que sustentaba la preparación del conjunto de indicadores por la OPS. Se consideró que sería conveniente que el documento expusiera con más detalle la disponibilidad de datos de la IRDBS en todo los países y en la Región, además de la información acerca de los niveles de participación individual de cada país en la Iniciativa; esta información complementaria sería muy útil, ya que la recomendación presentada al final del documento estipulaba que deberían asignarse más recursos humanos a la promoción del acceso a la información así como a su análisis y difusión, pero no indicaba si esos recursos debían provenir de la OPS, de los Estados Miembros o de ambos. También se sugirió que se agregara un análisis más detallado de los recursos humanos y financieros disponibles, junto con una proyección de las necesidades.

142. Los delegados señalaron que ahora podía contarse con una cantidad descomunal de información que podría utilizarse para analizar las tendencias y los comportamientos,

además de predecir los posibles adelantos o las cosas que no estaban evolucionando tal como se había previsto. Debían realizarse otros esfuerzos para obtener información desglosada a nivel supranacional, al objeto de que los países recibieran señales anticipadas acerca de las zonas donde debían concentrarse las intervenciones. Esta actividad de recopilación de datos debía mejorarse durante los años venideros.

143. El Dr. Castillo Salgado agradeció a los participantes las observaciones y sugerencias formuladas, en particular a los delegados que habían suministrado información sobre sus países respectivos, e hizo notar que tanto Argentina como Brasil habían adoptado el método de publicar cada año información acerca de un tema en particular, como la mortalidad infantil o las cuestiones de género, además de los datos básicos suministrados. Señaló que Canadá era un país pionero en la gestión estratégica de la información y la OPS reconocía los esfuerzos tan importantes que había hecho para crear y estructurar la serie de datos básicos, por lo que el diseño de la Iniciativa se había basado en los logros de ese país.

144. Si bien la OPS reconocía la importancia de desglosar los datos por sexo, en muchos países los sistemas habituales de recopilación de datos no incluían esa variable; la Organización estaba trabajando con los países para lograr mejoras en ese ámbito. Luego de expresar su acuerdo con la importancia de la información sobre las poblaciones indígenas, el funcionario explicó que la OPS estaba preparando un folleto especial con datos de salud de los pueblos indígenas de toda la Región, cuya publicación estaba prevista para el año en curso.

145. Pasando a la pregunta sobre la repercusión de la Iniciativa en el ámbito nacional, recordó algunos de los resultados de la encuesta que la OPS había llevado a cabo en 37 países. Treinta países la habían contestado y, de esos, 21 habían indicado que estaban aplicando la Iniciativa para determinar las prioridades de salud y las necesidades específicas a nivel infranacional. Dieciséis países la estaban utilizando para medir las inequidades en materia de atención de salud y doce para evaluar la repercusión de sus programas de salud pública.

146. Con respecto al aumento de los recursos humanos, el orador aclaró que las recomendaciones que figuraban en el documento eran las que habían hecho los países a la OPS. Los tres problemas más importantes de los identificados por los países en la encuesta eran la insuficiencia de recursos, el acceso limitado a los datos de la mayoría de las zonas marginales de los países y, en algunos casos, la inexistencia de una red electrónica. A pesar de estas dificultades, los países estaban realizando un esfuerzo valeroso para producir los datos; por ejemplo, incluso Haití, a pesar de su situación sumamente difícil, había elaborado dos folletos de datos básicos. Con respecto a la solicitud de añadir más información acerca de los indicadores, aclaró que los documentos

que detallaban esa información ya estaban en la internet y comprendían, entre otros, el glosario, las explicaciones de cómo se elaboraron los indicadores e información sobre la armonización.

147. El funcionario estuvo de acuerdo en que el tema del adiestramiento en materia de recopilación y análisis de datos era uno de los cuellos de botella principales que amenazaban la misión de la Iniciativa de suministrar información válida y fidedigna para facilitar el análisis de la situación sanitaria. La OPS estaba trabajando con el Banco Mundial en la elaboración de los cursos en línea acerca del análisis de las situaciones sanitarias; el primero estaría listo en unos dos meses, y el costo para los países sería mínimo. También suministró información sobre el lanzamiento, en 2004, de la primera red de sanimetría, destinada a que los gobiernos y los organismos conocieran la pertinencia estratégica crucial de las estadísticas sanitarias recabadas sistemáticamente a los niveles nacional, regional y mundial. Agregó que la red se había creado con asistencia de los gobiernos de México y Sudáfrica, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Fundación Bill y Melinda Gates y muchos otros socios.

148. La Directora aclaró que si bien la exposición se había centrado principalmente en los indicadores, la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud tenía muchos otros aspectos, como la asistencia que la OPS estaba dando para la formación de recursos humanos en la generación de datos y el fortalecimiento de la capacidad de análisis de los países. Coincidió con la opinión expresada por varios delegados de que lo esencial era saber cómo se estaban utilizando los datos básicos recopilados y observó que, en algunos casos, los países los estaban utilizando para propósitos que iban más allá del alcance original de la Iniciativa, como la preparación de una serie de publicaciones técnicas sobre temas especiales, entre otros, la salud de la mujer, la salud de los pueblos indígenas y los emigrantes, y la salud de los niños.

149. Otro aspecto importante del trabajo de la Organización en esta esfera era el renacimiento del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud (CRAES), una iniciativa conjunta de la OPS y varios otros organismos. Ese grupo estaba trabajando para mejorar la calidad y la uniformidad, tanto de las estadísticas sanitarias como de las estadísticas vitales, aunque a su modo de ver las estadísticas vitales no entraban realmente en la esfera de responsabilidad del sector de la salud. El sector era un usuario importante de las estadísticas vitales, pero no le incumbía la responsabilidad de recopilarlas. No obstante, mejorarlas era importante, ya que un buen sistema de estadísticas vitales resultaba esencial para el ejercicio de la democracia representativa y de ciertos derechos fundamentales en las sociedades democráticas, en particular el derecho a la identidad, pero también el derecho al voto, el derecho a tener propiedades y otros. Lamentablemente, algunos países de la Región todavía carecían de un sistema de estadísticas vitales, y los sistemas de otros países se habían deteriorado durante los

últimos treinta o cuarenta años, debido a la falta de la inversión necesaria para mantenerlos.

150. Las estadísticas vitales interesaban a la OPS, además, porque eran una cuestión de equidad. Los grupos que sufrían mayores inequidades, los grupos con la menor cantidad de recursos y un poder mínimo, a menudo quedaban completamente fuera de las estadísticas vitales de un país. Con frecuencia, eso ocurría porque sencillamente no se registraban los nacimientos. En algunos casos, eso resultaba de una legislación anticuada que imponía el pago de una multa si el nacimiento no se registraba antes de una fecha dada. En otros casos, se debía a los métodos de manipulación o extorsión por las entidades privadas que administraban los registros de estadísticas vitales sin el control adecuado del gobierno.

151. Por consiguiente, la OPS estaba trabajando, en particular por conducto del CRAES, para destacar la necesidad de fortalecer los sistemas de estadísticas vitales y alentar a los Estados Miembros a que hicieran la inversión necesaria para mejorar y mantener sus sistemas.

Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional (documentos SPP38/3 y SPP38/3, add. I)

152. La Dra. Karen Sealey (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) rindió cuentas al Subcomité acerca del progreso logrado en el examen y la revisión de la política de presupuesto por programas de la Organización. Empezó por examinar la historia de la formulación de las políticas de presupuesto por programas en la OPS. La política vigente databa de 1985, cuando el Consejo Ejecutivo de la OMS había pedido a las regiones que formularan políticas regionales de presupuesto por programas para apoyar la labor conducente al logro de la meta de salud para todos; sin embargo, la OPS ya había empezado la tarea de formular una política a fines de los años setenta. En 1998, cuando la resolución WHA51.31 de la Asamblea Mundial de la Salud redujo la asignación a la Región de las Américas, con entrada en vigor a partir del bienio 2000-2001, la OPS había reconocido la necesidad de examinar su política regional de presupuesto por programas, dado que la asignación de la OMS iba a disminuir unos \$9 millones. En 1999, se había creado un grupo de trabajo formado por miembros del Comité Ejecutivo para emprender esa tarea en colaboración con la Oficina, que había presentado un informe al SPP en 2000. En ese informe se evaluaba la experiencia con la política vigente y se mencionaban algunos principios y criterios para la revisión. En ese entonces, aunque el SPP apoyaba los principios determinados, solicitó que la continuación de los trabajos sobre la política presupuestaria se difiriera hasta que se hubiese terminado el plan estratégico para 2003-2007.

153. Como sabía el Subcomité, el plan estratégico se había adoptado en 2002 y le había asignado prioridad a cinco países prioritarios. Más tarde ocurrieron otras dos cosas que eran directamente pertinentes para el debate de la política presupuestaria: el Director General de la OMS había decidido, en 2003, descentralizar las operaciones de la OMS a las regiones y los países y había empezado a desplazar los recursos para apoyar ese enfoque centrado en los países; y ese mismo año el Consejo Directivo de la OPS había señalado la urgencia de actualizar los criterios para la asignación de recursos entre los países, sobre la base de la necesidad.

154. La funcionaria pasó a describir las medidas que se habían adoptado o planificado en el examen de las políticas presupuestarias, cuyo objetivo era hacer del presupuesto un instrumento estratégico de la política. El Director de Gestión de Programas había creado un grupo consultivo de expertos en planificación y presupuesto para trabajar con la Oficina en el proceso de formulación de criterios para la revisión de la política presupuestaria. Con ese fin, le había solicitado al grupo que inicialmente examinara y evaluara los criterios para la política vigente, y luego examinara las tendencias en las políticas presupuestarias de otros organismos internacionales y seleccionara las prácticas pertinentes, para luego recomendar principios y criterios que seguirían orientando la formulación de la política presupuestaria. El grupo consultivo de expertos sobre la política presupuestaria regional de la OPS había celebrado su primera reunión los días 4 y 5 de marzo de 2004, con la participación de expertos de Canadá, Guatemala y Trinidad y Tabago. Los representantes de otros cuatro países y dos organismos internacionales de desarrollo no habían podido asistir, pero seguían formando parte del grupo. El informe de esa reunión (documento SPP38/, add. I) se había distribuido al Subcomité. Sobre la base del trabajo del grupo consultivo, la Oficina prepararía un proyecto de propuesta de política durante el mes de abril, que se trataría con el grupo consultivo a principios de mayo. Las observaciones de los miembros del grupo y de otros países se incorporarían luego en la propuesta para presentarla al Comité Ejecutivo en junio.

155. Volviendo al informe del grupo consultivo, la oradora observó que en el documento SPP38/3 se mencionaban algunos de los temas principales que, según el modo de ver de la Oficina, deberían tenerse en cuenta al actualizar la política de presupuesto por programas. Esos temas los había tratado el grupo consultivo en su reunión de marzo, y había concluido, entre otras cosas, que se necesitaba lograr un equilibrio entre la capacidad de previsión y la flexibilidad en la distribución del presupuesto entre los países, de tal manera que estos pudiesen depender de un cierto nivel de apoyo de la OPS pero, al mismo tiempo, que hubiese flexibilidad suficiente para incluir los cambios que pudieran ocurrir en un país determinado o en toda la Región. El grupo, después de mucho debate, había recomendado un enfoque de dos partes a las asignaciones a los países, a saber: una parte central, que estaría basada en las necesidades, y una parte variable, que permitiría a

la Oficina y a los Estados Miembros determinar los criterios o las prioridades que debían centrarse en un bienio particular; por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

156. Con respecto a los criterios para determinar la necesidad, el grupo consultivo había reconocido que a pesar de que los indicadores tradicionales, como la mortalidad infantil, seguían siendo válidos, se necesitaban otros nuevos o modificados para orientar mejor la labor de la Organización, así como para identificar países con necesidades y las zonas necesitadas dentro de los países. En cuanto a la presencia de la OPS en el país, el grupo había señalado que los países se encontraban en diferentes niveles de desarrollo sanitario y tenían distintas necesidades; por consiguiente, se necesitaba un método que tuviera en cuenta esas diferencias y determinara las necesidades propias de cada país en particular. Algunos países quizá no requerían una presencia física, pero otros definitivamente la necesitaban; en tales casos, también tenía que determinarse cómo se sufragarían los costos de mantener esa presencia. Por último, el grupo había reconocido que, para que cualquier propuesta pudiera avanzar, el método de ejecución debía causar el mínimo posible de interrupciones en la cooperación técnica que estaba actualmente en marcha con los países.

157. Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre el proceso de revisión y la conveniencia del enfoque que se estaba adoptando, y que señalara los principios y cuestiones que debían considerarse en la revisión de la política regional del presupuesto por programas.

158. El Subcomité recibió con beneplácito el informe de progreso del trabajo del grupo consultivo y expresó su apoyo firme a la revisión de la política presupuestaria regional para reflejar la mayor importancia que tanto la OMS como la OPS asignan actualmente a los programas y las actividades a nivel de país. Se instó al grupo consultivo a que estudiara cuidadosamente cómo podría utilizarse la política presupuestaria para mejorar la salud de los grupos de población marginados en los países —entre otros, las mujeres, los niños, las personas de edad y los indígenas— y cómo podría estructurarse el presupuesto para hacerlo más eficiente a nivel de país. A este respecto, se sugirió que el grupo consultivo podría considerar las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

159. Se señaló que la naturaleza variable de la relación de la OPS con los países debía reflejarse a cabalidad no solo en la política presupuestaria, sino también en la planificación estratégica y la cooperación técnica. En ese sentido, los delegados recalcaron la necesidad de examinar cómo podrían utilizarse los recursos para la cooperación técnica entre países (CTP) de manera más eficaz para los países que la necesitaban. Los delegados también recalcaron que el aumento de los recursos a nivel de país debería estar unido a la supervisión minuciosa de la utilización de esos recursos mediante la vigilancia, la evaluación y la responsabilización financiera. En estrecha

relación con esto último, un delegado expresó la opinión de que el desempeño y los resultados de los programas debían tenerse en cuenta para todos los presupuestos futuros de la OPS. Ese criterio era congruente con el objetivo de hacer del presupuesto un instrumento de política tanto flexible como estratégico.

160. Recordando que en el Consejo Directivo del año anterior varios Estados Miembros habían expresado su voluntad de que los recursos asignados a sus programas de país se traspasaran a los países más necesitados, los delegados observaron complacidos que la redistribución ya estaba ocurriendo. Con respecto a los criterios para la asignación de los fondos, se instó al grupo consultivo a que siguiera basándose en el trabajo ya hecho por otros organismos de las Naciones Unidas en lo referente a los indicadores. Se pensaba que el Índice de Desarrollo Humano podría ser un medio útil de ponderar las asignaciones entre los países de la Región, ya que ofrecía un buen análisis al nivel macro por medio de una matriz integral de indicadores que incluían la salud, la economía y muchos otros.

161. Un delegado propuso que, además de examinar los criterios para la asignación y el uso de los recursos, el grupo consultivo debería analizar posibles mecanismos y estrategias para movilizar recursos presupuestarios complementarios que permitirían a la Organización responder a las nuevas exigencias que recaían en ella. Eso parecía particularmente importante, habida cuenta de las observaciones anteriores de la Directora acerca de la insuficiencia de los recursos para aumentar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA. Otro delegado, al señalar que el grupo consultivo también debía considerar cómo se armonizaría la política revisada del presupuesto con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las metas de las Cumbres de las Américas y el Plan estratégico de la Oficina para 2003-2007, sugirió que quizá sería útil que la Oficina preparara un gráfico que mostrara las diversas metas enumeradas una al lado de la otra, con una comparación de cómo se relacionaban entre sí y con la política presupuestaria.

162. La Dra. Sealey agradeció al Subcomité sus observaciones, que transmitiría tanto al grupo consultivo como al grupo de trabajo interno que redactaría el proyecto de política presupuestaria. La sugerencia con respecto a la preparación de un gráfico que mostrara las diversas metas y los mandatos era, a su modo de ver, excelente, ya que le permitiría al grupo identificar claramente cuáles eran las metas y en qué medida se estaban logrando. También estuvo de acuerdo en que sería importante que el grupo consultivo recibiera observaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI; aunque, debido a que el trabajo de este último estaba todavía en las fases iniciales, no se recibirían las observaciones de inmediato.

163. En cuanto a las observaciones sobre la CTP, comentó que aunque el grupo consultivo acababa de empezar a tratar el tema, había señalado la necesidad de que la CTP pasará a ser más una norma que un proyecto dentro de la Organización. Con respecto a las observaciones sobre el Índice de Desarrollo Humano, como mostraba el informe del Grupo Consultivo, había algunos inconvenientes para su utilización; por ejemplo, la jerarquización de los países tendía a cambiar con frecuencia y, a veces, considerablemente. Sin embargo, como ya había dicho, transmitiría al grupo consultivo esa sugerencia y la relativa a la movilización de recursos adicionales. Tanto ella como los otros miembros de la Oficina que participaban en el proceso de revisión de las políticas presupuestarias esperaban seguir trabajando con los Estados Miembros en esta iniciativa.

164. Haciéndose eco de la observación de la Dra. Sealey, la Directora alentó a otros países a que tomaran parte en la revisión de las políticas presupuestarias. La participación de los países invitados a formar parte del grupo consultivo había sido muy fructífera, pero se recomendaba una participación más amplia, no solo para terminar el trabajo en el lapso más breve posible, sino también para aprovechar la experiencia de los expertos en presupuesto de otros Estados Miembros de la OPS.

165. Agregó que la focalización en el país prevista en los debates de la nueva política presupuestaria no era nueva para la OPS. Tal como podían recordar los Miembros, en el presupuesto aprobado el año anterior, la asignación combinada a los países —incluidos tanto los programas de país como los centros panamericanos, ubicados en los países— había ascendido a 60% del total. Y aunque la política del presupuesto corriente ordenaba una asignación de no menos de 35% del presupuesto total a los programas de país, en realidad, durante años se había asignado un porcentaje considerablemente mayor. Más aún, el presupuesto para los programas regionales incluía el financiamiento de muchos puestos regionales que en realidad estaban ubicados en los países, no en la sede de la OPS, porque la OPS, a diferencia de la OMS, se había descentralizado desde hacía más de veinte años.

166. La oradora opinó que la nueva política del presupuesto regional podría servir de modelo para el resto de la Organización Mundial de la Salud, como tantas otras iniciativas y actividades de la OPS, tanto en las esferas técnicas de administración, finanzas y contabilidad, planificación y programación, así como seguimiento y evaluación. Por ese motivo, esperaba que los Estados Miembros compartirían su experiencia y conocimientos en presupuestación para formular una política regional de presupuesto que no solo mejoraría el trabajo de la OPS en la Región sino también daría un impulso a otras regiones y a la OMS en conjunto.

167. En cuanto a los criterios para la asignación de recursos presupuestarios, una de las consideraciones que debía tenerse presente era que, tal como había mostrado la edición de

2002 de la *Salud en las Américas*, los resultados de salud eran mejores si en los países había equidad, independientemente de si eran ricos o pobres. En consecuencia, un país pobre que fuese equitativo podría tener mejores resultados que uno rico pero con desigualdades; sin embargo, seguiría necesitando apoyo sostenido para mantener sus logros. Por consiguiente, al elegir los indicadores era importante no sancionar a los países pobres pero equitativos por sus esfuerzos y éxitos en cuanto a la salud, y era igualmente importante proteger los logros del pasado.

168. En cuanto a la CTP, la Oficina estaba dispuesta a preparar una presentación especial para el Comité Ejecutivo sobre la experiencia de los veinte últimos años. El documento titulado “Cooperación técnica entre países: el panamericanismo en el siglo XXI” (documento CSP25/9) había establecido un conjunto de principios, valores y métodos para la cooperación horizontal en la Región, ratificados por los Estados Miembros en 1998. Los gobiernos de toda la Región seguían utilizando el documento como una guía para la cooperación horizontal. El fondo para la CTP había aumentado cada bienio, hasta llegar actualmente a casi \$4 millones, y sus resultados habían sido excelentes. Un ejemplo digno de mención era la cooperación horizontal entre el Brasil y los países andinos que se había mencionado durante el debate anterior sobre la infección por el VIH/SIDA.

Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas (documento SPP38/11)

169. La Sra. Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) expuso un panorama breve de las iniciativas que la Directora estaba poniendo en práctica actualmente en respuesta a las inquietudes expresadas por los Estados Miembros en el 44.º Consejo Directivo en 2003. La recaudación de las cuotas durante el ejercicio financiero 2002-2003 sumaba en total \$172 millones, cifra que superaba las cantidades recaudadas en cada uno de los bienios anteriores, que habían sido: \$168,2 millones en 2000-2001, \$169,1 millones en 1998-1999 y \$160 millones en 1996-1997. La recaudación de las cuotas hasta el 24 de marzo de 2004 era de \$8,9 millones, cifra que incluía un pago de \$5,7 millones del Gobierno de Venezuela.

170. La OPS estaba comprometida con el mejoramiento de la tasa de recaudación, y para ello la Directora había implantado varias estrategias. La más visible era la inclusión del informe “Cuotas adeudadas por los Estados Miembros”, tanto en el sitio internético de la OPS como en su intranet, lo que significaba que cualquier persona interesada podía analizar el estado de las cantidades adeudadas y ocuparse de cualquier atraso en el momento oportuno. Basándose en las recomendaciones de los representantes de la OPS/OMS y los directores de los centros panamericanos de la OPS, la Directora iba a presentar a la próxima sesión del Comité Ejecutivo una propuesta de modificación del Reglamento Financiero que permitiría a los países efectuar el pago de las cuotas en la

moneda nacional. Esto facilitaría el pago oportuno por muchos Estados Miembros cuyas circunstancias particulares hacían que el pago en dólares de los Estados Unidos fuese difícil.

171. Otras iniciativas eran alentar el pago de las cuotas mediante pagos parciales repartidos a lo largo del ejercicio financiero por parte de los Estados Miembros que tenían dificultad para liquidar su cuota en un solo pago, e instar a que se debatiera el tema de las cuotas a todos los niveles y en toda oportunidad. Estaban en marcha varias iniciativas más para satisfacer las expectativas de los Estados Miembros; la Directora había manifestado a todos los funcionarios de la OPS que velar por el pago pronto y completo de las contribuciones de los Estados Miembros constituía parte integrante de la responsabilidad de los gerentes generales de toda la Organización.

172. El Subcomité recibió con beneplácito la actualización acerca de las iniciativas que se estaban llevando a la práctica para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas. Se señaló que algunos países tenían ejercicios económicos que no se correspondían con el año civil. Varios de esos ejercicios económicos comenzaban en abril, lo que quizá explicaría por qué las cifras actuales, correspondientes a marzo, mostraban una cantidad recaudada tan baja para 2004. Se pidió más información acerca de las dificultades de los países para hacer sus pagos, las razones de permitir el pago en moneda nacional y las medidas previstas para protegerse del riesgo cambiario.

173. La Sra. Frahler reconoció que algunos países tenían en efecto ejercicios económicos diferentes del año civil, por ejemplo, Canadá y los Estados Unidos. La OPS sabía que podría contar con el recibo puntual de las cuotas de esos dos países en el momento apropiado del año, cosa que se agradecía. La justificación de permitir los pagos en moneda nacional surgió a partir de un problema que ocurría en algunos países entre el ministerio de salud y el ministerio responsable de la tesorería. En muchos casos, la cuota de la OPS se incluía en el presupuesto de ministerio de salud, y los ministerios podían apartar las cantidades necesarias para pagar esas cuotas; pero el trámite se encontraba con un cuello de botella cuando se pedía al ministerio de la tesorería que adquiriera los dólares de los Estados Unidos necesarios, debido a la necesidad de este último de equilibrar sus entradas y salidas de divisas. Según habían explicado los ministerios de salud, si estuviesen autorizados para pagar sus cuotas en moneda nacional, podrían hacer pagos parciales a lo largo del año.

174. Con respecto al riesgo que entrañaban las tasas de cambio, explicó que se habían implantado dos medidas preventivas. En primer lugar, un país que deseara pagar en moneda nacional tenía que esperar a que la OPS confirmara si el pago en esa moneda era, en efecto, aceptable. En segundo lugar, la cantidad requerida de moneda nacional se mantendría en la oficina local de la OPS durante 30 días, ya que cabía suponer que la tasa de cambio permanecería razonablemente estable durante ese tiempo. Transcurrido ese

lapso, el pago sería transferido a la cuenta de la OPS en Washington, y se reconocería al país la cantidad en dólares que en realidad se había ingresado en la cuenta. La funcionaria dijo que las dos medidas preventivas se explicarían más detalladamente en la próxima sesión del Comité Ejecutivo.

175. La Directora comentó que el tema de aumentar la tasa de recaudación lo habían tratado varias veces los Cuerpos Directivos y había sido tema de dos resoluciones. En respuesta a la pregunta sobre las razones de las dificultades de pago de los Estados Miembros, informó que se había enviado un cuestionario para determinar cuáles eran esas dificultades. Señaló, también, que casi todos los organismos del sistema de las Naciones Unidas, entre otros, la OMS, aceptaban el pago en moneda nacional. La OPS era la excepción, aunque la Organización sí aceptaba la moneda nacional para otros pagos diferentes de las cuotas —por ejemplo, los pagos al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Desde luego, era esencial proteger a la Organización contra el riesgo de las tasas de cambio, pero tenía confianza en que la administración financiera, cautelosa y prudente, y la vigilancia dedicada por el personal de finanzas de la Oficina permitirían lograrlo.

El Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS (Documento SPP38/9)

176. El Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS) señaló que la sesión del SPP brindaba una oportunidad temprana de concientizar a los Estados Miembros del progreso en la formulación del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y de recibir sus comentarios en las etapas iniciales. En vez de los cinco años habituales, dicho programa abarcaría el período de 2006 a 2015. Otra innovación era la decisión de hacer de la preparación del programa un proceso muy incluyente, con muchas consultas repetidas. En consecuencia, en lugar de formularlo con premura para su aprobación en 2005, se había previsto que el Undécimo Programa General de Trabajo se presentaría a la Asamblea Mundial de la Salud en 2006.

177. La Sra. Namita Pradham (Directora de Planificación, Coordinación de Recursos y Monitoreo del Desempeño, OMS) hizo notar que el Subcomité era uno de los primeros cuerpos regionales oficiales que estaba considerando la preparación del Undécimo Programa General de Trabajo, una previsión que era digna de encomio. Recalcó que la información que estaba presentando representaba la reflexión inicial sobre el programa y, por ende, estaba muy sujeta a cambios. Muchas cuestiones todavía estaban abiertas al debate, y la OMS estaba buscando aportes de los comités regionales. Recordó que la Constitución de la OMS estipulaba que debía haber un programa general de trabajo (PGT), pero no especificaba la duración; por eso había parecido lógico hacer el undécimo PGT más largo que lo usual, para que su conclusión, en 2015, coincidiera con la fecha

proyectada para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

178. La funcionaria explicó que el programa en preparación se basaría en una mirada estratégica al mundo, con una perspectiva más amplia que la usual sobre el lugar de la salud dentro del mismo, a fin de reflejar los vínculos entre la salud y el desarrollo, la salud y la seguridad nacional, la salud y la política exterior, y así sucesivamente. En vista de que no podía predecirse cómo sería el mundo dentro de diez años, el programa examinaría diferentes situaciones. Por lo tanto, estaba destinado a ser una descripción de las diversas rutas hacia la salud, no una visión nueva y grandiosa para la OMS. Suscitaría preguntas, pero quizá no daría todas las respuestas. El PGT iba a prepararse en dos fases distintas: la primera podría describirse como la etapa divergente —consistiría en la recopilación de información y de aportes de los países y las regiones— y duraría aproximadamente hasta finales de 2004. La segunda etapa sería un proceso convergente y consistiría en utilizar esos aportes para talleres y grupos de discusión, de los cuales surgiría la versión definitiva del programa general de trabajo. Se había distribuido una versión del esquema preliminar (documento SPP38/9 anexo), aunque desde entonces ya se había adelantado en los trabajos preliminares.

179. Después de una introducción aclaratoria, en la primera parte del PGT se examinaría el estado de la salud y su posición en el mundo. Se consideraría a la salud como algo importante por derecho propio, pero al mismo tiempo se examinarían las sinergias y las repercusiones entre la salud y los intereses más amplios del desarrollo. Los temas para el examen detallado incluirían, por ejemplo, la manera en que la infección por el VIH/SIDA estaba repercutiendo en el desarrollo de las sociedades; la seguridad humana y las necesidades de salud a través de las fronteras; y el desafío de la inserción de la salud dentro de los planes de desarrollo. También se analizaría el pasado y el presente de los factores determinantes de la salud y luego, en la segunda parte, se examinarían las situaciones futuras posibles.

180. Las ideas para la segunda parte, recalcó, estaban en una etapa muy preliminar, y la OMS estaba solicitando y recibiendo con beneplácito los aportes de las Regiones. En primer lugar, la segunda parte examinaría una situación estable, mientras se mantenía el rumbo de la planificación actual y las tendencias actuales. Luego pasaría a examinar los futuros más inciertos, caracterizados por una variación mayor que la prevista normalmente y, debido a los entornos variables y a las nuevas tecnologías, se plantearían nuevos retos que exigirían formas nuevas de trabajar. Por último, consideraría las situaciones posibles luego de cambios verdaderamente radicales, ya fuesen negativos (economías que se derrumban o nuevas guerras, por ejemplo) o positivos (como el descubrimiento de una vacuna contra la infección por el VIH/SIDA o el crecimiento económico acelerado). En cada una de esas situaciones, las preguntas que habría que responder se referirían a cómo repercutirían los cambios en la salud y a la función de

liderazgo de la OMS, la función de los países, la relación de la OMS con los gobiernos, y así sucesivamente. También habría un capítulo sobre los compromisos y las respuestas internacionales. Debido a que la OMS participaba a la fecha en alrededor de setenta alianzas, habría necesidad de definir cómo podrían funcionar más eficazmente esas alianzas, cuál sería la contribución de la OMS a cada uno de ellas y lo que debían aportar los otros socios.

181. En resumen, la intención era, en primer lugar, recabar los datos y, en segundo, determinar cuál era la mejor manera de utilizarlos para la planificación, el posicionamiento y el desarrollo futuros de la OMS. El proceso serviría para poner de relieve las preguntas, a pesar de que se reconocía que muchas no tenían respuesta. La OMS no podía predecir el curso de los próximos diez años, pero podría estar preparada para cambiar rumbos y prever las necesidades. El PGT le brindaba el marco para hacerlo.

182. El Subcomité recibió con beneplácito la ponencia sobre el Undécimo Programa General de Trabajo y, en particular, la intención de la OMS de hacer que el proceso de preparación fuese incluyente. También elogió la división de la elaboración del programa en fases divergente y convergente, lo cual permitiría que las regiones, al tener la oportunidad de hacer aportes, considerarían el PGT no solo como el programa de la OMS, sino también como suyo propio. Se recalcó que las enseñanzas extraídas de los anteriores programas de trabajo debían aplicarse al planificar el nuevo programa, que en su totalidad debía estar orientado por datos y fundamentarse en pruebas científicas.

183. Reconociendo que la preparación del PGT representaba una oportunidad singular para evaluar las tendencias sanitarias y determinar desafíos, el Subcomité encontraba ventajoso que el programa examinara los nexos entre la salud, la pobreza y el desarrollo, así como la repercusión del comercio en la salud y los posibles efectos sanitarios negativos de la globalización. Se observó que a pesar de que, según el esquema presentado, en la primera parte se hacía hincapié en el ambiente mundial de la salud y en los retos de la salud y las prioridades clave para la acción internacional, había menos cobertura de las prioridades reales de la OMS, de sus direcciones estratégicas y metas, y ningún esbozo claro de la función, las oportunidades y la ventaja comparativa de la OMS. Se sugirió que la parte del documento “¿Cuáles son los retos fundamentales?”, en lugar de centrarse en los problemas y en lo negativo, debía prestar más atención a las oportunidades clave y a las esferas donde la OMS podría asumir el liderazgo para lograr un cambio. También se sugirió que en esa misma sección debería hacer más hincapié en la cooperación intersectorial. Además, se solicitó una aclaración en cuanto a la función clave de la OMS en las alianzas.

184. Ante la observación de que en el bosquejo se hablaba de la posible necesidad de reconfigurar las funciones básicas de la OMS, el Subcomité instó a tener cuidado, dado que apenas en 1999 se había hecho una revisión integral de las funciones básicas de la Organización. El Subcomité mostró su apoyo decidido, tanto a favor de las metas cuantificables como a favor de una función de seguimiento y evaluación, pero pidió que se aclarase la manera como esto último se integraría en el debate real a medida que se elaboraba el Undécimo Programa General de Trabajo. Además, solicitó más información acerca del cronograma para las etapas convergente y divergente.

185. La Sra. Pradham dijo que la OMS tenía toda la intención de aprender de los éxitos y fracasos pasados, entre otros, el grado de progreso logrado en la ruta hacia la salud para todos. La Organización era muy consciente de que había habido muchas metas en el transcurso de los años, y que era importante examinar cuáles se habían cumplido y cuáles no, así como las razones de los fracasos. Ese examen se clasificaría dentro de la parte analítica del programa. En lo relativo a la evaluación y las metas cuantificables, explicó que quizá habría necesidad de un examen después de transcurridos unos cinco años del PGT, para determinar en qué grado estaban funcionando bien las estrategias adoptadas. Con respecto a la función de la OMS en las alianzas, señaló que se necesitaba reflexionar más acerca de esa pregunta y sugirió que ese podría ser un tema para uno de los talleres que se celebrarían en las regiones.

186. Para responder a la pregunta relativa al cronograma, la oradora explicó que estaba previsto tener, hacia mayo de 2004, un documento algo más complejo que el bosquejo presentado, en el cual se describiría el proceso para la formulación del PGT, junto con un esquema breve. Eso se presentaría a la 114.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. En junio de 2004, se haría circular un documento corto entre los Comités Regionales, para que se formularan observaciones acerca de ellos en septiembre, y luego el documento iría a los Subdirectores Generales, a los Directores de Gestión de Programas y a los Directores Regionales para otra revisión. Una nueva versión se presentaría a la 115.^a reunión del Consejo Ejecutivo. El primer borrador del programa completo estaría listo alrededor de abril de 2005 y se distribuiría a los Comités Regionales en septiembre. Luego se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero de 2006, y a la Asamblea de la Salud en mayo de 2006.

187. La Directora consideró muy importante que la Región tuviese la oportunidad de participar tempranamente en la preparación del PGT, un tema de gran trascendencia que seguramente volvería a figurar en el orden del día del Subcomité en 2005 y 2006. Además, los Miembros del Subcomité tenían la oportunidad de dar a conocer sus opiniones no solo en la Asamblea Mundial de la Salud, sino también —en el caso de ciertos países— como miembros del Consejo Ejecutivo. Por lo tanto, los Miembros tendrían muchas oportunidades de aportar sus ideas y opiniones.

188. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio le habían dado a la OMS un mandato fuerte para trabajar en un ciclo más largo que el usual y también sentaban una pauta que orientaría el trabajo de la OPS y de la OMS. Como iba a observar el Subcomité cuando abordase el tema del presupuesto para 2006-2007, el trabajo se estaba coordinando estrechamente, con lo cual se generaban sinergias valiosas en cuanto a los resultados de salud.

Otros asuntos

Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI

189. El Sr. Jerome Walcott (Barbados, Presidente del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI) informó sobre el progreso del Grupo de Trabajo creado de conformidad con la resolución CD44.R.14 del Consejo Directivo para examinar la situación de la OPS en el siglo XXI. El Grupo de Trabajo había efectuado su primera reunión en Roseau, Dominica, los días 26 y 27 de febrero de 2004. Además de Argentina, Barbados, Costa Rica y Perú, los cuatro Estados Miembros designados por el Comité Ejecutivo como miembros del Grupo de Trabajo, estuvieron representados los siguientes Estados Miembros: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Dominica, Estados Unidos de América, Francia, México y Uruguay. También estuvieron representadas la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.

190. De acuerdo con la resolución CD44.R14, el Grupo de Trabajo se había puesto de acuerdo acerca de sus propias atribuciones, basadas en una propuesta elaborada por el Presidente del Comité Ejecutivo. Esas atribuciones abarcaban seis temas principales que examinaría: 1) los retos para la salud pública en las Américas durante los próximos años; 2) el carácter evolutivo de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS; 3) bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con el mandato de la OPS; 4) modalidades de cooperación técnica en materia de salud; 5) gobernanza de la OPS; y 6) recursos para la salud. El Grupo de Trabajo dividió cada uno de los temas en varios apartados para su consideración.

191. El Grupo de Trabajo también había elaborado un proyecto de plan de trabajo en la primera reunión, en el entendimiento de que se finalizaría en la segunda reunión, fijada para el 23 de marzo de 2004. Según el plan acordado en la última reunión, entre marzo y el final de mayo de 2004, cada uno de los cuatro países miembros del Grupo de Trabajo designados por el Comité Ejecutivo prepararía un análisis preliminar de una de las atribuciones: el carácter evolutivo de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS, sería analizada por el Perú; los bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con el

mandato de la OPS, por la Argentina; las modalidades de cooperación técnica en materia de salud, por Costa Rica; y la gobernanza de la OPS, por Barbados. Esos cuatro Estados Miembros dirigirían el proceso, pero buscarían el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana y de los representantes de la OPS/OMS en sus países, así como de otras fuentes según consideraran apropiado. En la primera reunión del Grupo de Trabajo, se había pedido a la Oficina que redactara el análisis preliminar del tema de los retos para la salud pública en las Américas durante los próximos años. El análisis preliminar sobre los recursos para la salud incluiría dos componentes, uno relacionado con los recursos financieros de la OPS y el otro con los recursos para la salud en los países. Al Grupo Consultivo sobre Política Presupuestaria Regional se le pediría que asumiera la responsabilidad principal de ese análisis y, según se había dicho antes en la semana, que sirviera de enlace con el Grupo de Trabajo en esa área.

192. Los seis análisis preliminares se enviarían a todos los Estados Miembros para que formularan sus observaciones, y los aportes recibidos se incorporarían en el informe de avance que se presentaría al Comité Ejecutivo en junio de 2004. El presupuesto para el Grupo de Trabajo, que iba a preparar la Oficina, también se presentaría en ese momento. El Grupo de Trabajo celebraría su próxima reunión durante la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, en mayo de 2004. La Oficina Sanitaria Panamericana haría los arreglos del caso e informaría a los Estados Miembros del lugar y la fecha exactos.

193. El Subcomité recibió con beneplácito el informe del Grupo de Trabajo y esperaba contar con la oportunidad de formular observaciones sobre los seis análisis preliminares. En respuesta a una pregunta de uno de los delegados, el Presidente aclaró que se los análisis se distribuirían y las observaciones serían recibidas por correo electrónico, aunque también se dispondría de ejemplares impresos de todos los documentos. La Oficina informaría a los Miembros de cómo obtener acceso a ellos y cómo presentar sus observaciones.

194. La Directora expresó su agradecimiento al Gobierno de Dominica por patrocinar la reunión. Señaló que varios países habían enviado como representantes a la primera reunión del Grupo de Trabajo a sus ministros de salud, lo que era un indicio del interés que los Estados Miembros tenían en el futuro de la Organización. Ella y el personal de la Oficina estaban agradecidos con todos los que habían asistido haciendo a un lado sus numerosos compromisos profesionales para contribuir al trabajo del Grupo. Aseguró al Subcomité que la Oficina seguiría prestando cualquier apoyo o servicio solicitado por el Grupo de Trabajo.

195. El Presidente elogió a la Oficina por su interés en el proceso del Grupo de Trabajo y el apoyo que le había brindado, ya que seguramente iba a generar aportes importantes

no solo para el trabajo futuro de la OPS sino también para el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

Puesta al día de la Oficina acerca de acontecimientos recientes y otros asuntos de interés para el Subcomité

196. La Directora puso al corriente al Subcomité sobre el resultado de una conferencia reciente acerca de la fiebre aftosa y el estado de tres centros regionales, a saber: el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

197. Con respecto al INPPAZ, informó que, debido a la presente crisis financiera, el Gobierno de la Argentina, el país anfitrión, no había podido mantener su compromiso financiero según lo estipulaban las condiciones del acuerdo de creación del INPPAZ. La Oficina había venido ejerciendo su prerrogativa de adelantar los recursos necesarios para las operaciones básicas del Instituto, pero la deuda acumulada hasta la fecha ascendía a casi \$1,5 millones. En consecuencia, el 5 de febrero de 2004 la Directora había enviado una carta al Ministerio de Salud y a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, que eran responsables conjuntamente del INPPAZ, informándoles de que, si el Gobierno de la Argentina no podía asegurar la liquidación inmediata de por lo menos los pagos bianuales mínimos necesarios para cubrir los gastos operativos, la Organización se vería obligada a cerrar el Instituto. En una reunión celebrada el 16 de marzo con funcionarios de la Oficina y el Director del INPPAZ, las autoridades argentinas habían expresado su deseo de mantener el Instituto y se habían comprometido a pagar, a más tardar el 30 de mayo, la suma de \$250.000 necesaria para la segunda mitad del año. También habían acordado formular un plan o propuesta de liquidación del saldo de la deuda para fines de 2004. Sin embargo, el convenio entre la Oficina y el Gobierno de la Argentina estipulaba que los pagos bianuales para los gastos de operación tenían que hacerse con anterioridad a cada período de seis meses, y si esos pagos no se recibían la Organización tendría que tomar medidas para cerrar el Instituto.

198. En lo relativo al CAREC, la Directora señaló que el Centro se había establecido en 1964 bajo un convenio multilateral entre la OPS y los gobiernos de la subregión del Caribe, el cual se había renovado periódicamente a lo largo de los años; el convenio vigente vencería a finales de 2005. El Consejo Directivo de CAREC, constituido por los países miembros del Centro, abordaría la renovación del convenio cuando se reuniera en abril de 2004. Sin embargo, durante una visita a la Secretaría de la CARICOM, en febrero de 2004, la Directora le había informado el Secretario General que la CARICOM se proponía entablar conversaciones con los gobiernos del Caribe sobre la posibilidad de una nueva relación entre CAREC y la OPS, que culminaría en la autonomía del Centro. El asunto se plantearía durante la 15.ª Reunión Intersesiones de la Conferencia de los

Jefes de Gobierno de la CARICOM, a finales de marzo, y en la sesión del Consejo de Desarrollo Humano y Social de la CARICOM, en abril de 2005. Había escrito al Secretario General para informarle de que, de acuerdo con el convenio multilateral entre los Gobiernos Miembros de CAREC y la Organización, del que ni la CARICOM ni la Secretaría de la CARICOM eran firmantes, cualquier cambio en el estado del Centro tendría que ser llevado ante los Cuerpos Directivos de la OPS.

199. Además, la CARICOM se proponía llevar a cabo una evaluación del estado de diversos centros regionales en la esfera de la salud, entre otros el CAREC y el Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). La OPS estaba representada en el comité directivo para la evaluación por la Dra. Karen Sealey. Al mismo tiempo, como parte del examen del convenio multilateral quinquenal, se había decidido que la Organización debía efectuar una evaluación de la situación tanto institucional como administrativa actual, de la gobernanza de CAREC, y de sus relaciones con donantes y asociados estratégicos. Esa evaluación, que también consideraría la situación financiera y el desempeño del Centro, serviría como aporte para la renovación del convenio multilateral y se presentaría al Consejo Directivo de CAREC, a principios de abril.

200. La funcionaria recalcó que, tal como le había dicho al Secretario General de la CARICOM, la OPS había ejercido la responsabilidad fiduciaria, supervisora y administrativa del CAREC durante los 28 años anteriores con la intención de hacer que su estructura y su gestión fueran óptimas para satisfacer las necesidades de la subregión del Caribe. Ella, como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y como antigua funcionaria de CAREC, estaba sumamente comprometida en velar por que el Centro, independientemente de cualquier cambio que se hiciera en su marco institucional, siguiera respondiendo apropiadamente a las necesidades de sus miembros.

201. En relación con PANAFTOSA, esa institución también estaba afrontando una situación financiera crítica, debido a la falta de pago inmediato por el Ministerio de Agricultura del Brasil, que era responsable de cubrir los gastos de apoyo locales para las operaciones del Centro. Había escrito para informarle al Gobierno del Brasil de que, a menos que la Organización empezara a recibir pagos con antelación para cada semestre de gastos operativos, tendría que comenzar los procedimientos para cerrar el Centro.

202. En relación con la Conferencia Hemisférica sobre la Erradicación de la Fiebre Aftosa, efectuada en Houston, Texas, del 2 al 4 de marzo de 2004, la oradora explicó que había contado con la presencia de 174 participantes, procedentes de 21 países de las Américas y de otras regiones. La organización de la conferencia había estado a cargo de la OPS y el Departamento de Agricultura y Ganadería de los Estados Unidos, de conformidad con una resolución del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), ratificada por el Consejo Directivo en 2003. Expresó su gratitud al Gobierno de los Estados Unidos por patrocinar la conferencia, cuya meta

principal había sido aumentar la concientización y forjar una alianza continental con todos los interesados directos, tanto privados como públicos, que participaban en la cadena de producción agropecuaria, para aunar esfuerzos y erradicar la fiebre aftosa de la Región.

203. El resultado principal de la Conferencia había sido la Declaración de Houston, la cual reconocía que los países de las Américas tenían la oportunidad histórica de librar a la Región de una vez por todas de la fiebre aftosa. La Declaración establecía un grupo de trabajo regional interinstitucional dentro de COHEFA, con participación del sector público y el privado, que se encargaría de preparar, supervisar y ejecutar el Proyecto Regional para la Fase Final de la Erradicación de la Fiebre Aftosa de las Américas. La funcionaria dijo sentirse complacida de que las actividades del grupo de trabajo estaban avanzando rápidamente.

204. Por último, oradora la señaló a la atención del Subcomité el estado del Convenio Marco para el Control del Tabaco, adoptado por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003. Hasta la fecha, sólo 17 países de la Región habían firmado la Convención y ninguno lo había ratificado. Alentó a los países a que no perdieran el impulso después de haberse comprometido con un proceso tan importante.

205. El Subcomité agradeció a la Directora que lo hubiera puesto al día acerca de la situación financiera de los tres centros y le solicitó que presentara un informe más extenso al Comité Ejecutivo en junio, en el que se incluyeran concretamente los resultados de la evaluación del CAREC y de otros centros del Caribe, así como el resultado de cualquier conversación que pudiera conducir a un cambio en el convenio multilateral. Se sugirió que quizá sería apropiado y oportuno que los Cuerpos Directivos examinaran a fondo todos los centros panamericanos, haciendo hincapié no solo en su situación financiera sino también en sus funciones y mandatos. Debido a que las condiciones en la Región habían cambiado considerablemente desde que se habían creado muchos de los centros, quizá había llegado el momento de reevaluar las razones de su existencia y analizar si centros seguían siendo la mejor forma de prestar la cooperación técnica en el contexto actual.

206. El Delegado de la Argentina aseguró a la Directora y al Subcomité la intención de su gobierno de cumplir con sus obligaciones financieras con la Organización, lo que abarcaba no solo su compromiso financiero con el INPPAZ sino también su cuota para la OPS. Con respecto a CAREC, los Miembros recalcaron el papel importante que el Centro había tenido en el pasado y expresaron apoyo a su existencia continuada y su desarrollo sostenible en el futuro.

207. En cuanto al Convenio Marco para el Control del Tabaco, el Delegado de Canadá señaló que su país había sido líder de los esfuerzos internacionales de control del tabaco y era un defensor firme del Convenio. Canadá instaba a los Estados Miembros de las Américas a que adoptaran medidas para ratificar al Convenio cuanto antes.

Otros asuntos planteados por los Estados Miembros

208. Los Delegados de Canadá y los Estados Unidos señalaron que los documentos para la sesión se habían distribuido muy tarde e instaron a la Oficina a que procurara que los documentos para las sesiones futuras de los Cuerpo Directivos se entregaran con mucha antelación, a fin de que los Estados Miembros pudieran tener el tiempo suficiente para hacerlos circular y así recibir observaciones y comentarios de diversos organismos dentro de sus gobiernos. El Delegado de Canadá reiteró su solicitud de que todos los documentos incluyeran información presupuestaria, que comprendería datos acerca de los recursos tanto financieros como humanos que se dedicaban a programas y actividades específicas.

209. El Delegado de Canadá también preguntó si la Oficina se proponía agregar temas sustantivos —aparte de los examinados por el Subcomité— al orden del día para el Comité Ejecutivo. Solicitó que se presentaran actualizaciones de dos asuntos concretos: la Agenda Compartida para la Salud en las Américas de la OPS, el BID y el Banco Mundial, y el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas. Con respecto a la Agenda Compartida, los Estados Miembros no sabían del todo si se había realizado algún tipo de colaboración en las cuatro áreas prioritarias acordadas. Canadá consideraba la Agenda Compartida como una modalidad importante para la colaboración y la cooperación en el continente, y por ello apreciaría recibir una actualización acerca de sus adelantos, sobre todo en lo atinente a las medidas relativas al ámbito de la salud y el ambiente. En cuanto al Plan de Acción de la Cumbre de las Américas, Canadá deseaba velar por que la OPS siguiera desempeñando una función de liderazgo en el proceso de la Cumbre poniendo de relieve la necesidad de que los países cumplieran con los compromisos contraídos y notificaran el estado de las actividades en las cuatro áreas prioritarias relacionadas con la salud mencionadas en el Plan de Acción adoptado en la tercera Cumbre de las Américas, celebrada en la ciudad de Quebec en 2001.

210. El Delegado de los Estados Unidos expresó su agradecimiento a la Directora por su liderazgo para colocar las cuestiones de salud a la vanguardia en la Región mediante las celebraciones planificadas para el Día Mundial de la Salud y, especialmente, la Semana de la Salud en las Américas.

211. La Directora dijo que, excepto por un informe formal sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI, la Oficina no había

planificado agregar otros temas sustantivos al orden del día del Comité Ejecutivo, aunque incluiría los diversos informes al Comité y los asuntos administrativos y financieros que usualmente se sometían a su consideración. Además, la Oficina presentaría puestas al día sobre los centros panamericanos y otros asuntos solicitados por el Subcomité.

212. Para responder, a petición de la Directora, a las observaciones en cuanto a la Agenda Compartida y el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas, el Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS) recordó que durante la sesión del Comité Ejecutivo de junio del año anterior, la Oficina había ofrecido una sesión de orientación acerca de diversas cumbres, entre ellas, la Cumbre de las Américas. Una sesión similar se ofrecería en junio de 2004, y la Oficina presentaría información detallada sobre el seguimiento de los planes de acción de las diversas cumbres, entre otras, una actualización acerca del progreso con respecto a las resoluciones adoptadas en la Cumbre Especial de las Américas (celebrada en Monterrey, México, en enero de 2004), en particular la meta del suministro del tratamiento con antirretrovíricos al menos a 600.000 personas de las Américas infectadas con el VIH para 2005.

213. En cuanto a la Agenda Compartida, el funcionario aseguró al Subcomité que estaba muy activa. La OPS había celebrado recientemente tres sesiones de tormenta de ideas con representantes del Banco Mundial y del BID encaminadas a encontrar puntos de confluencia para trabajar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la salud y la reducción de la pobreza. Esos intercambios estaban ampliando el alcance de la Agenda Compartida, ya que los tres organismos procuraban armonizar mejor su cooperación técnica y financiera para apoyar a los países lo más eficazmente posible para el cumplimiento de los ODM. El próximo Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector de la Salud (EUROLAC) acerca del mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud, que se celebraría del 14 al 16 de abril de 2004 en Recife, Brasil, también formaba parte de la Agenda Compartida. Al mismo tiempo, había continuado el trabajo en las cuatro áreas determinadas inicialmente en la Agenda Compartida. El grupo de trabajo sobre las cuentas sanitarias nacionales, por ejemplo, había estado muy activo. La Oficina incluiría información sobre el progreso de los grupos de trabajo y otras actividades recientes de la Agenda Compartida en la orientación ya mencionada durante la sesión del Comité Ejecutivo en junio.

Clausura de la sesión

214. El Presidente dijo que, a su modo de ver, la sesión había sido útil, informativa y fructífera. Agradeció al personal de la Oficina las ponencias y los documentos bien fundamentados que aclaraban muchos puntos; también elogió a los delegados por sus intervenciones oportunas, sus críticas constructivas y las observaciones y recomendaciones provechosas. Después de expresar su agradecimiento a sus compañeros

de la Mesa Directiva y a la Directora y la Secretaria Técnica, declaró la 38.^a sesión del Subcomité clausurada oficialmente.

Anexos

AGENDA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional
5. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud
6. Observatorio de Recursos Humanos de Salud
7. Acceso a los medicamentos
8. Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA
9. Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas
10. El undécimo Programa General de Trabajo de la OMS
11. Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud
12. Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas
13. Otros asuntos
14. Clausura de la sesión

LISTA DE DOCUMENTOS

SPP38/1 y SPP38/WP/1, Rev. 1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP38/3	Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional
SPP38/4	Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud
SPP38/5	Observatorio de Recursos Humanos de Salud
SPP38/6	Acceso a los medicamentos
SPP38/7	Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA
SPP38/8	Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas
SPP38/9	El undécimo Programa General de Trabajo de la OMS
SPP38/10	Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud
SPP38/11	Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

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

Mr. Lionel Weekes
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Brazil

Brasil

Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Dr. Verônica Ferreira Machado
Assessora Técnica do Programa Nacional de DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Canada

Canadá

Mr. Nick Previsich
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Melissa Follen
Senior Policy Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Guatemala

Dr. Carlos Fernando Andrade
Director de la Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Members of the Subcommittee (*cont.*)
Miembros del Subcomité (*cont.*)

Peru
Perú

Dr. Oscar Castillo Velásquez
Director General
Oficina General de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Office
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ruth Fisher
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (*cont.*)
Miembros del Subcomité (*cont.*)

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

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Lisa E. Jacobson
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor in Maternal and Child Health
and Infectious Diseases
Office for Regional Sustainable Development
Bureau of Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Stuart L. Nightingale
Senior Medical Advisor to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Members of the Subcommittee (*cont.*)
Miembros del Subcomité (*cont.*)

Mexico
México

Dr. Roberto Tapia
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Miguel Ruiz Cabañas
Embajador
Representante Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sr. Ernesto Campos
Ministro
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Manuel Herrera Rábago
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores del Director**

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Ms. Dianne Arnold
Director of Administration, a.i.
Director de Administración, a.i.

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas