



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**SEPTIÈME SESSION DU SOUS-COMITÉ DU
PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION
DU COMITÉ EXÉCUTIF**

Washington, D.C., ÉUA, du 20 au 22 mars 2013

SPBA7/FR (Fr.)
17 avril 2013
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	3
Élection du Bureau	4
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	4
Questions relatives à la politique des programmes	
Avant projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019	4
Avant projet du Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015.....	9
Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.....	11
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	14
Désignation d'un membre au Comité d'audit de l'OPS	15
Questions administratives et financières	
Vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2012.....	17
Amendements au Statut financier et Règlement financier.....	19
Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique effectués pour le compte des États Membres.....	20
Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS	22
Plan-cadre d'investissement.....	24
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP.....	25
Statistiques sur la dotation en personnel du BSP.....	26
Questions soumises pour information	
Projet de modernisation du système d'information du BSP : rapport d'avancement	29
Projet d'ordre du jour provisoire pour la 152 ^e session du Comité exécutif	32
Autres questions	33
Clôture de la session	33
Annexes	
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste des documents	
Annexe C : Liste des participants	
Annexe D : Rapport de la Session spéciale du SPBA	

RAPPORT FINAL

1. La septième session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration (SPBA) du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au siège de l'Organisation à Washington, D.C., les 20 et 21 mars 2013. Une réunion supplémentaire a été tenue le 17 avril 2013 au moyen d'un logiciel de conférence Web pour discuter de deux sujets. Le rapport de la seconde réunion figure à l'annexe D.

2. Les délégués des sept Membres suivants du Sous-comité élus par le Comité exécutif ou désignés par la Directrice étaient présents à la réunion : Argentine, Chili, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Jamaïque, République dominicaine, Suriname. Des représentants du Brésil, du Canada, de la Colombie, du Mexique, du Panama et du Pérou ont également participé à la réunion en qualité d'observateurs.

Ouverture de la session

3. Le Dr Carissa Etienne, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), a ouvert la session, notant qu'il s'agissait de sa première session d'un organe directeur en qualité de Directrice. Elle a remercié une nouvelle fois les États Membres de lui avoir confié la responsabilité de diriger l'Organisation et a souligné l'importance des réunions des organes directeurs de l'OPS, tant pour elle-même que pour le reste du personnel du Bureau. Ces réunions donnaient l'occasion au personnel d'entendre directement les vues des États Membres sur tout un éventail de questions, et de fournir en temps opportun aux États Membres des informations sur les activités du Bureau, ce qui contribuait à assurer la transparence et la responsabilisation dans ses travaux. Elle se réjouissait à la perspective d'un débat franc et ouvert.

4. Deux des éléments figurant à l'ordre du jour du Sous-comité revêtaient une importance particulière : l'avant-projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et l'avant-projet du Programme et budget de l'OPS 2014-2015, qui ont tous deux été élaborés dans le contexte plus large de la réforme de l'OMS et des discussions en cours sur le douzième programme général de travail de l'OMS ainsi qu'à la lumière du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et du programme de développement mondial post-2015. Elle a présenté ses excuses pour la publication tardive des documents relatifs à ces points et s'est engagé à ce que, à l'avenir, le Bureau s'efforce toujours de mettre les documents à la disposition des organes directeurs suffisamment de temps avant les réunions pour permettre aux États Membres de les examiner minutieusement. Elle a remercié les États Membres qui participaient aux processus de consultation sur le Plan stratégique et le Programme et budget et a également remercié le

Gouvernement de l'Argentine qui dirige l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Élection du Bureau

5. Les États Membres suivants ont été élus au Bureau du Sous-comité pour la septième session :

Président : El Salvador (Dr Matías Villatoro)

Vice-président : République dominicaine (Dr Lorenzo Wilfredo Hidalgo)

Rapporteur : Jamaïque (Dr Jean Dixon)

6. La Directrice est Secrétaire de droit et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP) est Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents SPBA7/1, Rév. 1 et SPBA7/WP/1)

7. Le Sous-comité a adopté l'ordre du jour provisoire soumis par la Directrice (document SPBA7/1, Rév. 1) sans changement. Le Sous-comité a également adopté un programme de réunions (document SPBA7/WP/1).

Questions relatives à la politique des programmes

Avant-projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (document SPBA7/2)

8. Le Dr Victor Raúl Cuba (Pérou, Président du groupe consultatif de pays) a présenté l'avant-projet de Plan stratégique 2014-2019 au nom du groupe consultatif de pays (CCG), qui avait été constitué par le Comité exécutif en septembre 2012¹ comme moyen d'assurer l'appropriation du Plan stratégique par les États Membres et leur participation à l'élaboration tant du Plan que du Programme et budget pour 2014-2015 (voir les paragraphes 26 à 36 ci-dessous). Le CCG a tenu une réunion virtuelle le 19 février 2013 pour examiner les grandes lignes du Plan stratégique et le Programme et budget, et a formulé un ensemble d'observations et recommandations générales, consignées dans l'aide-mémoire à l'annexe B du document SPBA7/2.

9. Le CCG avait reconnu l'importance d'harmoniser le plan régional avec le douzième programme général de travail (GPW) de l'OMS, mais avait souligné la nécessité d'accorder l'attention voulue aux priorités et spécificités régionales et d'établir une distinction entre les contextes régional et mondial. La nécessité de s'assurer que les

¹ Décision CE151(D9).

déterminants de la santé étaient explicitement reflétés de manière transversale avait également été mise en exergue. Le CCG avait également fait des recommandations précises concernant les six catégories énoncées dans le Plan stratégique ; ces recommandations figuraient également dans l'aide-mémoire.

10. Le Dr Amalia del Riego (Conseillère principale en Planification, budget et coordination des ressources au BSP) a fait une présentation générale de l'Avant-projet de Plan stratégique, notant que le Plan et le budget-programme pour 2014-2015 étaient élaborés simultanément dans le cadre du même processus, ce qui garantirait une cohérence totale entre les deux. Ce processus se poursuivait et le document continuerait à évoluer, reflétant les contributions provenant des États Membres par l'entremise du CCG. Les considérations clés étayant ce processus ont été : l'appropriation et la participation des États Membres et du personnel à tous les niveaux du BSP ; l'équilibrage entre le fait de répondre aux mandats mondiaux et régionaux et les priorités collectives des pays ; l'achèvement du Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 actuel et du troisième budget-programme dans le cadre de ce Plan ; la vision de la Directrice : « Promotion de la santé dans les Amériques : développement durable et équité » ; la consolidation de la gestion fondée sur les résultats, en mettant l'accent sur la responsabilisation, la transparence, la simplicité et l'efficacité ; et la simplification et l'alignement programmatique sur le douzième programme général de travail de l'OMS et le budget-programme, en appliquant une approche « AAA » : adopter le cadre de l'OMS, l'adapter pour tenir compte des spécificités régionales et ajouter des éléments pour prendre en compte les priorités régionales spécifiques qui n'étaient pas bien reflétées dans le programme mondial.

11. En conséquence, des modifications et des ajouts ont été proposés dans le cadre de plusieurs des catégories programmatiques identifiés dans le projet de douzième programme général de travail. Par exemple, dans la section sur les maladies à prévention vaccinale, la Région se concentrerait sur le maintien de l'éradication de la poliomyélite, plutôt que sur l'éradication elle-même, étant donné que la maladie avait déjà été éradiquée dans les Amériques ; et dans le domaine de l'intégration de la parité, de l'équité et des droits de l'homme, le Plan stratégique comprendrait un volet ayant trait aux aspects interculturels de la santé et aux populations marginalisées, reflétant l'importance de la diversité culturelle dans la Région. Ces modifications et ajouts, qui avaient été recommandés par le CCG, ont été soulignés dans le tableau 1 du document SPBA7/2.

12. Conformément à la Politique budgétaire de l'OPS adoptée en septembre 2012,² le Plan stratégique prioriserait sept pays clés : la Bolivie, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname. Il a été recommandé que le Guyana soit également identifié comme un pays clé, car il avait été identifié comme tel dans le Plan stratégique 2008-2013 actuel et demeurerait un pays pauvre très endetté.

² Résolution CSP28.R10 (2012).

13. Le plan comprendrait plusieurs thèmes transversaux, définis comme des approches programmatiques pour améliorer les résultats de la santé et réduire les inégalités en santé. Ces thèmes seraient applicables aux six catégories. Les thèmes proposés étaient ceux de la parité, de l'équité en santé, des droits de l'homme, de la diversité culturelle et des déterminants sociaux de la santé. La promotion de la santé, les soins de santé primaires et la protection sociale en santé seraient aussi intégrés en tant qu'approches stratégiques. Un cadre définissant les priorités était en cours d'élaboration pour orienter l'allocation des ressources et cibler la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan stratégique. Ce cadre serait conforme à la Politique budgétaire de l'OPS et au cadre de gestion fondée sur les résultats. La méthodologie de priorisation serait objective et scientifique et serait validée et appliquée par le CCG.

14. Des avant-projets complets du Plan stratégique et du budget-programme seraient distribués aux membres du CCG avant le 15 avril en vue de la réunion physique du groupe à la fin du mois d'avril. Des consultations virtuelles se tiendraient avec les États Membres du 11 au 13 juin et une version complète de l'avant-projet, intégrant les commentaires reçus, serait présentée au Comité exécutif au cours de sa 152^e session (du 17 au 21 juin). Les projets de texte révisés reflétant les commentaires émanant du Comité seraient distribués d'ici au 22 juillet et une réunion virtuelle du CCG se tiendrait le 30 juillet pour examiner les versions révisées des deux documents. Si nécessaire, des séances d'information virtuelles sur les projets de texte révisés se tiendraient avec les États Membres du 9 au 12 septembre, avant la 52^e session du Conseil directeur (du 30 septembre au 4 octobre), et les propositions finales seraient ensuite soumises à l'approbation du Conseil.

15. Le Sous-comité s'est félicité de la manière transparente et participative dont le Plan stratégique était élaboré et a exprimé sa gratitude au gouvernement péruvien pour son leadership du CCG et au Bureau pour avoir facilité le processus de consultation. Il a été souligné que, même si le fait de faire participer les États Membres à la formulation du Plan pouvait rendre le processus plus lent et plus difficile, cela aurait pour effet d'accroître leur sentiment d'appropriation du Plan et leur engagement à sa mise en œuvre. La structure du Plan telle qu'indiquée dans le document SPBA7/2 a été généralement appuyée, bien que certains participants aient fait remarquer que, dans la mesure où la majeure partie des détails du contenu du Plan n'étaient pas présentés, il était difficile de visualiser le produit fini et de voir comment le document servirait à guider la planification et la budgétisation, en particulier en ce qui concernait les domaines qui étaient liés ou transversaux. Plusieurs délégations ont indiqué qu'elles présenteraient des propositions de modifications de libellé par écrit.

16. Les délégués ont considéré qu'il était important que le Plan soit aligné et harmonisé avec le programme général de travail de l'OMS mais ont également souligné la nécessité de l'adapter pour tenir compte des spécificités régionales et pour répondre aux besoins et priorités de la Région, en particulier ceux identifiés dans le Programme

d'action sanitaire pour les Amériques. Parmi ces priorités, traiter des déterminants sociaux de la santé, réduire les écarts et les inégalités et assurer une approche tout au long de la vie ont été considérés comme particulièrement importants. La nécessité d'une action intersectorielle pour traiter des déterminants de la santé ne relevant pas du contrôle direct du secteur de la santé a également été mise en exergue. Les délégués ont identifié un certain nombre d'autres domaines qui devraient être mis en avant dans le cadre du Plan stratégique, y compris le fait de répondre aux impératifs de capacité de base du Règlement sanitaire international (2005), la modernisation de l'infrastructure de la santé, le renforcement des systèmes de réglementation afin d'assurer la disponibilité de produits médicaux sûrs, efficaces et de qualité et l'amélioration de la formation des ressources humaines pour la santé. Les thèmes de la sécurité alimentaire et de la prévention et la lutte contre la dengue ont également jugés importants.

17. Un délégué, tout en convenant que le Plan stratégique devrait refléter les priorités régionales au niveau des programmes, a déclaré que les catégories du Plan stratégique de l'OPS devraient être les mêmes que celles du douzième programme général de travail de l'OMS. Il craignait que des différences entre les catégories de ces deux documents n'aient pour effet de créer une confusion, de nuire à la cohérence au sein du système de l'OMS et de rendre difficile le suivi des progrès. D'autres délégués étaient en désaccord sur ce point, soutenant que l'alignement avec l'OMS ne signifiait pas que la structure du Plan stratégique devait être identique à celle du programme général de travail et que les différences reflétaient l'importance accrue que la Région accordait à certaines questions, notamment les déterminants sociaux de la santé.

18. Plusieurs délégués ont estimé que les déterminants de la santé ne se verraient pas accorder une priorité ou des ressources adéquates à moins d'être explicitement inclus dans une catégorie. Un délégué a mis en doute l'utilité de faire correspondre les catégories du Plan stratégique à celles du programme général de travail, compte tenu du fait que non seulement l'OMS n'allouerait pas de ressources supplémentaires aux Amériques pour les domaines faisant apparaître un manque de progrès, mais que, régulièrement, elle n'allouait pas à la Région l'intégralité de son enveloppe dans le budget de l'OMS. Une autre déléguée a souligné que les États Membres des Amériques, en particulier ceux qui étaient membres du Conseil exécutif de l'OMS, devaient exercer un plaidoyer au nom de la Région afin de s'assurer que les priorités et intérêts régionaux étaient pris en compte de façon adéquate dans le douzième programme général de travail. Il a été estimé que cette question devrait être discutée de manière plus approfondie par le CCG. Pour faciliter cette discussion, le Bureau a été invité à préciser quelles difficultés pourraient être occasionnées si les catégories du Plan stratégique différaient de celles du programme général de travail, en particulier en ce qui concernait le suivi, l'évaluation et les rapports.

19. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de s'assurer que le nouveau Plan stratégique traitait des faiblesses identifiées dans le cadre de l'actuel Plan stratégique

2008-2013. Il a été suggéré que l'analyse de la situation envisagée à la section IV du Plan devrait tenir compte des progrès réalisés sur le plan des différents objectifs stratégiques et des résultats escomptés à l'échelle régionale énoncés dans le Plan actuel. Il a également été suggéré que le Plan stratégique 2014-2019 devrait identifier des priorités en matière de direction pour la Directrice et le Bureau qui concordent avec celles identifiées pour la Directrice générale de l'OMS dans le projet de douzième programme général de travail, mais en les adaptant au contexte régional. On pouvait citer par exemple le développement du système de santé d'Haïti, que la Directrice avait déjà priorisé – la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, l'élimination de la violence faite aux femmes, la promotion de la couverture maladie universelle et le renforcement des systèmes d'information de la santé.

20. En ce qui concerne le cadre de définition des priorités devant être élaboré de pair avec le Plan stratégique, une déléguée a estimé que les priorités définies dans le programme général de travail de l'OMS étaient trop larges et a souligné la nécessité d'identifier les priorités qui reflétaient le rôle et les ressources de l'Organisation et qui l'aideraient à allouer les ressources de façon à pouvoir mettre en œuvre le Plan. Une autre déléguée a appelé à une utilisation plus efficace et cohérente des ressources, en particulier au niveau des pays, en notant qu'une plus grande cohérence entre les domaines programmatiques et moins de doublons et de fragmentation entre les programmes de l'OPS à ce niveau contribueraient à une meilleure gestion des ressources. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de simplifier les procédures de suivi et de rapports. À cette fin, des points de référence, des indicateurs et des paramètres clairs pour pouvoir réaliser des comparaisons ont été considérés comme essentiels. L'importance d'adapter les résultats et les produits définis dans le programme général de travail de l'OMS au contexte régional a été notée.

21. Le Dr Del Riego a fait observer que la discussion du Sous-comité reflétait l'appropriation par les États Membres du Plan stratégique. Il incombait pleinement aux États Membres de décider de la question de l'alignement du Plan de l'OPS avec le programme général de travail de l'OMS. Le rôle du Bureau était d'aider les États Membres dans le processus de consultation et de fournir toutes les informations nécessaires. Elle avait pris bonne note de toutes les observations et recommandations sur le contenu du document et tenait à assurer le Sous-comité que le Bureau, en coordination avec le Gouvernement du Pérou et le CCG, s'assurerait qu'elles seraient prises en compte dans l'élaboration future du Plan.

22. Les enseignements tirés des différences entre les objectifs stratégiques dans le Plan stratégique actuel de l'OPS et ceux de l'OMS dans le cadre de son Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ont montré que non seulement il était difficile pour l'OMS d'intégrer les informations provenant des rapports de la Région dans ses rapports mondiaux, mais aussi qu'il était difficile pour le Bureau d'ajuster ses systèmes et ses

mécanismes de présentation de rapports pour s'assurer que ses rapports étaient conformes à la chaîne de résultats de l'OMS. Ces différences avaient aussi sans aucun doute occasionné des difficultés pour les États Membres dans leurs rapports sur les indicateurs d'impact et de résultats de l'OMS. Comme cela avait été demandé, le Bureau fournirait des informations supplémentaires pour faciliter l'examen par le CCG de cette question.

23. La Directrice a déclaré que, alors que les États Membres avaient clairement indiqué que la planification stratégique de l'OPS devrait être alignée sur celle de l'OMS, le nouveau Plan stratégique ne devait pas nécessairement être identique au douzième programme général de travail de l'OMS. Les spécificités régionales et des différences dans la nomenclature des catégories étaient possibles. Il semblait probable qu'il y aurait de plus grandes différences entre le douzième programme général de travail et le plan régional dans les Amériques que ce ne serait le cas dans d'autres Régions en raison de la dualité unique de l'OPS et du fait que la Région était plus avancée dans certains domaines. Le processus de formulation du programme général de travail de l'OMS comprenait une certaine flexibilité précisément afin de permettre de refléter cette spécificité régionale.

24. Comme l'avait déclaré le Dr Del Riego, c'était aux États Membres de décider de la forme finale du Plan, et c'était leur prérogative que de changer les titres des catégories ou d'identifier des domaines programmatiques supplémentaires. Il fallait toutefois garder à l'esprit que si le champ couvert par le plan régional différait significativement du douzième programme général de travail, les États Membres et le Bureau rencontreraient des difficultés en ce qui concernait l'établissement de rapports et l'évaluation. Il convenait également de rappeler que le Plan stratégique devait guider à la fois le travail des États Membres et celui du Bureau et que les États Membres seraient également évalués sur leur capacité à mettre en œuvre le Plan. Certes le BSP serait seul responsable des produits obtenus, mais les États Membres et le Bureau partageraient la responsabilité sur le plan des résultats et de l'impact global du Plan. Le Bureau continuerait d'appuyer le travail du CCG et ferait en sorte que tous les États Membres aient la possibilité de faire part de leurs commentaires et de contribuer à l'élaboration du Plan.

25. Le Sous-comité a approuvé la structure générale du Plan stratégique 2014-2019 telle qu'énoncée dans le document SBPA7/2, avec les modifications et les ajouts proposés par les États Membres, et a recommandé que la discussion de la question des catégories et de l'alignement avec le douzième programme général de travail de l'OMS se poursuive au sein du CCG.

Avant-projet du Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015 (document SPBA7/3)

26. Mme Verónica Ortíz (Conseillère du Programme et budget au BSP) a présenté un aperçu des principales sections des grandes lignes du programme et budget proposés pour

2014-2015 figurant dans le document SPBA7/3 et a fourni des informations sur la situation des ressources pour le budget et sur l'application de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS. Le programme et le budget seraient alignés sur les catégories, les domaines programmatiques, les résultats, les produits et les indicateurs de résultat et de produit identifiés dans le Plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019 et seraient donc également alignés sur le douzième programme général de travail de l'OMS (voir les paragraphes 8 à 25 ci-dessus). Des indicateurs cibles spécifiques seraient toutefois définis pour l'exercice biennal. Les priorités programmatiques pour l'exercice biennal seraient définies sur la base du cadre de définition des priorités évoqué dans l'analyse sur le nouveau Plan stratégique (voir paragraphe 13 ci-dessus et paragraphe 10 du document SPBA7/2).

27. Comme demandé par les États Membres, le budget pour les divers domaines programmatiques comprendrait des informations sur les ressources devant provenir du budget ordinaire, des contributions volontaires et des contributions nationales volontaires. Ces dernières ne figuraient pas en tant que source distincte de financement dans les budgets précédents. En ce qui concernait la situation des ressources et les tendances du budget, l'allocation de la région de \$80,7 millions³ sur le budget ordinaire de l'OMS devrait demeurer inchangée, et la situation pour ce qui est des revenus divers ne devrait pas s'améliorer de manière significative (voir la section « Vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2012 », paragraphes 59 à 67 ci-dessous). L'analyse de l'écart de financement entre les fonds attendus et les fonds effectivement reçus pour 2008-2009, 2010-2011 et la première moitié de 2012-2013, a montré un déficit croissant des contributions volontaires reçues, en grande partie du fait que la Région n'a généralement reçu que de 25% à 30% de sa part allouée des contributions volontaires de l'OMS. Cette situation ne devrait pas s'améliorer non plus.

28. Conformément à la nouvelle politique budgétaire, le budget serait réparti entre les niveaux fonctionnels comme suit : 40% pour le soutien technique direct aux pays, 7% pour la composante infrarégionale, 18% pour la composante inter-pays et 35% pour la composante régionale. Les allocations par pays comprendraient une composante plancher, ce qui assurerait une présence minimale de l'OPS dans chaque pays où l'Organisation a maintenu un bureau et une allocation minimum pour couvrir les frais généraux de fonctionnement, une composante fondée sur les besoins et une composante fondée sur les résultats. En vertu de cette nouvelle politique, certaines allocations aux pays augmenteraient par rapport à l'exercice biennal en cours, alors que d'autres diminueraient. Les changements s'échelonnent sur deux exercices biennaux. Le Secrétariat s'était engagé à mobiliser les ressources nécessaires pour garantir que les allocations aux pays clés seraient au moins égales aux montants que ces pays avaient reçus en 2012-2013. Comme mentionné dans l'analyse du Plan stratégique, il a été

³ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

proposé de conserver le Guyana comme pays clé dans le budget 2014-2015. Le Sous-comité a été invité à envisager d'avaliser cette proposition.

29. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Sous-comité ont soutenu unanimement la proposition d'inclure le Guyana comme pays clé. Ils ont également appuyé l'application de la nouvelle politique budgétaire et des principes d'équité, de solidarité et de panaméricanisme qui la sous-tendent. Il a également été souligné que les allocations de certains pays augmenteraient d'un pourcentage pouvant atteindre 174% aux termes de cette nouvelle politique, et des précisions ont été demandées pour ce qui était de savoir si la politique prévoyait des augmentations maximales et des réductions des allocations par pays. Il a également indiqué que la diminution des allocations de certains pays pourrait être perçue comme une sanction suite à l'amélioration des conditions de santé au niveau national et par conséquent pourrait décourager la réalisation de nouveaux progrès.

30. Le Sous-comité s'est félicité de la chaîne de résultats proposée, qui contribuerait à une transparence et une responsabilisation accrues et à une meilleure gestion fondée sur les résultats. Le suivi et l'évaluation ont été perçus comme essentiels à une gestion fondée sur les résultats efficace et à la formulation de politiques, de plans, de programmes et de projets de santé reposant sur des éléments factuels. Il a été estimé que le Bureau devrait assumer la responsabilité de fixer des objectifs, en suivant les orientations des États Membres, et il a été souligné que les indicateurs de produits et de résultats devraient refléter un large consensus des États Membres.

31. L'importance de prioriser les activités, en particulier compte tenu du caractère limité des ressources, a été mis en exergue. Il a été souligné que la répartition des ressources au sein des catégories et des domaines programmatiques devait refléter les priorités définies dans la Région. Dans le même temps, il a été relevé que les augmentations de coûts pour les initiatives et les programmes plus prioritaires devraient être compensées par des réductions de coûts et l'élimination progressive d'activités dans les domaines programmatiques moins prioritaires. Une déléguée, notant les difficultés financières rencontrées par son gouvernement et d'autres dans la Région, a souligné l'importance d'adhérer à une politique de croissance nominale zéro dans le budget de l'Organisation.

32. Un certain nombre de délégués se sont déclarés préoccupés par le déficit de financement et l'insuffisance chronique des ressources provenant de l'OMS, ce qui a eu pour effet de compliquer la planification et la budgétisation de la Région. Il a été noté que, pour l'exercice biennal 2012-2013, un déficit des ressources à la fois de l'OPS et de l'OMS était prévu, et il a été demandé au Bureau d'élucider les raisons de cette situation. La déléguée du Mexique a distribué une série de tableaux et graphiques montrant la différence entre le montant inscrit au budget par l'OMS pour la Région des Amériques et le montant effectivement reçu au cours des exercices biennaux de 2008-2009 à

2012-2013, avec des projections pour 2014-2015 et 2016-2017. Elle a rappelé que, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011, les pays de la Région avaient appelé l'OMS à agir dans un souci d'équité et de justice dans la répartition des ressources entre les régions et avaient suggéré que les pays des Amériques devraient s'organiser au niveau régional en vue de négocier une plus grande part du budget de l'OMS pour les Amériques et de veiller à ce que la Région reçoive intégralement son allocation de l'OMS. Le Bureau a été invité à valider les chiffres fournis par la déléguée du Mexique de façon à ce qu'ils puissent servir de base pour une proposition officielle soumise par les États Membres des Amériques. Ce sujet a été discuté plus longuement lors d'une réunion spéciale tenue le 17 avril 2013 au moyen d'un logiciel de conférence Web (voir le rapport de la réunion à l'annexe D).

33. Mme Ortíz a remercié la déléguée du Mexique pour les informations fournies et a déclaré que le Bureau examinerait et validerait ces chiffres. En réponse aux différentes demandes d'éclaircissement, elle a expliqué que la politique budgétaire prévoyait que l'allocation d'aucun pays ne pourrait être réduite de plus de 50% au cours d'un seul exercice biennal. Elle ne fixait pas d'augmentation maximale. Quant aux raisons de l'écart de financement prévu en 2012-2013, elles tenaient principalement aux déficits prévus dans les revenus divers et le versement des contributions volontaires de l'OMS.

34. La Directrice, exprimant sa gratitude aux États Membres pour leurs efforts en vue de faire en sorte que la Région reçoive intégralement son allocation de l'OMS, a indiqué que le Bureau devait aussi renforcer ses efforts de mobilisation des ressources, y compris au niveau des pays, par l'entremise des bureaux des représentations de l'OPS/OMS, ainsi que sa capacité de soumettre des rapports aux donateurs de manière opportune et appropriée. Il était essentiel de s'assurer que toutes les activités pour lesquelles des ressources étaient mobilisées étaient conformes au Plan stratégique et aux priorités programmatiques de l'Organisation. Les activités financées par des contributions nationales volontaires devaient aussi être conformes au Plan stratégique et à la stratégie de coopération avec le pays concerné.

35. Compte tenu du caractère limité des ressources, il était évidemment important d'accroître l'efficacité. Néanmoins, il n'était pas possible de tout faire avec les fonds disponibles, et il serait donc nécessaire d'envisager de réduire ou d'éliminer progressivement certaines activités et certains domaines programmatiques. Le Bureau évaluerait la situation et formulerait une recommandation en vue de « l'élimination progressive » de certaines activités. Il souhaiterait recevoir des commentaires des États Membres sur cette question.

36. Le Sous-comité a remercié le Bureau pour les grandes lignes du projet de programme et budget pour 2014-2015 et a avalisé la proposition visant à inclure le Guyana comme pays clé.

Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012 (document SPBA7/4)

37. M. Sebastián Tobar (Argentine) a présenté le rapport sur l'évaluation à mi-parcours et a résumé ses principales constatations, conclusions et recommandations. Il a rappelé que le gouvernement argentin avait été désigné pour coordonner le volet géré par les pays de l'évaluation, qui avait examiné la façon dont le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 avait contribué à la planification et à la programmation de la santé à l'échelle nationale et infrarégionale et dans quelle mesure le Programme avait influencé les activités des organisations internationales travaillant dans le domaine de la santé. Une grande conclusion de l'évaluation avait été que, alors que les pays avaient largement utilisé ce Programme pour la conception de leurs stratégies, politiques et plans de santé, les organisations internationales ne l'avaient utilisé que de façon limitée. Cette conclusion avait mis en exergue la nécessité d'une plus grande diffusion du Programme et d'un plus grand plaidoyer, en particulier de la part du Bureau, pour l'utilisation du Programme afin de guider les activités de coopération pour la santé dans la Région. Elle avait également souligné la nécessité pour les pays de s'appuyer sur ce Programme lors de la négociation d'accords de coopération avec les organisations internationales. Le Programme avait été utilisé relativement fréquemment dans la conception des plans et des stratégies de santé au niveau infrarégional, mais là encore, des efforts supplémentaires étaient nécessaires pour renforcer la diffusion et améliorer la connaissance de ce document.

38. Des progrès satisfaisants avaient été accomplis dans l'ensemble des huit domaines d'action identifiés dans le Programme. Néanmoins, il fallait redoubler d'efforts dans le domaine de la mortalité maternelle, qui n'avait pas enregistré la réduction attendue ces dernières années, de la dengue, qui avait augmenté, des taux de tuberculose, de VIH/sida et d'obésité, qui étaient restés élevés, des dépenses publiques en pourcentage du PIB, qui avaient stagné, et des dépenses de santé à la charge des patients, qui demeuraient élevées, ce qui constituait un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé.

39. Les principales recommandations découlant de l'évaluation, outre une attention accrue à apporter à ces domaines et à la diffusion et la promotion du Programme, consistaient à utiliser les indicateurs de substitution identifiés pour l'évaluation à mi-parcours dans le cadre de l'évaluation finale du Programme, en prenant 2011 pour point de référence, à renforcer les systèmes d'information de santé, en particulier afin de remédier aux lacunes dans la disponibilité des informations notées au cours de l'évaluation, à utiliser les résultats de l'évaluation à mi-parcours pour guider la planification aux niveaux national et infrarégional et dans les organismes internationaux, à appliquer les résultats de l'évaluation dans la préparation du nouveau Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et du Programme et budget pour 2014-2015 et à opérer un suivi de la mise en œuvre des recommandations. Avant tout, il était indispensable d'agir de concert et de continuer à s'efforcer d'améliorer la santé des habitants de la Région.

40. Le Sous-comité a remercié le gouvernement argentin d'avoir ainsi dirigé le processus d'évaluation et a accueilli avec satisfaction les résultats positifs de l'évaluation, tout en soulignant également la nécessité de poursuivre les efforts, notamment dans les domaines où les progrès avaient été limités. La nécessité de poursuivre les efforts en vue d'identifier et d'éliminer les inégalités de santé entre les pays et au sein des pays a été soulignée, de même que la nécessité d'adopter des approches différenciées et multiculturelles ciblant des groupes et des secteurs spécifiques.

41. Les délégués sont convenus que l'évaluation fournirait une contribution précieuse pour l'élaboration du prochain Plan stratégique et du Programme et budget au niveau régional ainsi que pour la préparation du douzième programme général de travail au niveau mondial. L'importance de l'évaluation à mi-parcours – et de l'évaluation en général – à des fins de gestion fondée sur les résultats a également été soulignée. Il a été jugé indispensable de promouvoir une plus grande prise de conscience du Programme et d'encourager son utilisation continue dans la planification et l'élaboration des politiques aux niveaux national et infrarégional et, surtout, parmi d'autres organisations de coopération internationale. Des activités de plaidoyer auprès de ces dernières ont été considérées comme essentielles afin de traiter de déterminants de la santé qui n'étaient pas directement du ressort du secteur de la santé.

42. Plusieurs délégués ont noté que leurs gouvernements avaient utilisé le Programme dans l'élaboration de leurs plans et stratégies sanitaires nationaux. Il a été souligné que l'un des obstacles à une plus grande utilisation du Programme pourrait tenir au fait qu'il ne comprenait pas d'objectifs et de niveaux de référence clairs pour mesurer les progrès réalisés. L'identification par le groupe de travail de points de référence a donc été saluée.

43. M. Tobar a déclaré qu'un autre facteur qui semblait avoir limité l'utilisation du Programme au niveau national était la rotation des responsables de la santé ; les ministres de la Santé nouvellement nommés et leurs équipes n'étaient parfois pas au courant de l'existence du Programme et ne l'appliquaient donc pas dans leur travail. Le Bureau pourrait jouer un rôle important pour remédier à ce problème en veillant à ce que les autorités sanitaires nationales aient connaissance du Programme et en favorisant l'appropriation nationale de celui-ci. Au niveau infrarégional, même si le Programme n'était pas nécessairement inclus explicitement dans les plans et les stratégies des organisations comme l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), il était clairement reflété dans leurs activités liées à la santé.

44. La Directrice est convenue qu'une diffusion accrue du Programme était cruciale et a déclaré que tous les représentants de l'OPS/OMS seraient chargés d'informer les responsables de la santé entrant en fonctions dans les pays de l'ensemble des documents stratégiques de l'Organisation, y compris le Programme et le Plan stratégique. Le Bureau était particulièrement préoccupé par les lacunes mises en évidence par l'évaluation à mi-parcours en ce qui concernait la mortalité maternelle, la dengue, la tuberculose, le

VIH/sida, l'obésité, les dépenses publiques et les dépenses de santé à la charge des patients et les faiblesses dans les systèmes d'information de la santé. Il s'agissait là de questions fondamentales qui reflétaient les inégalités et soulignaient la nécessité d'un réexamen de certaines des approches adoptées pour les questions de santé dans la Région. Il ne suffisait pas de formuler des politiques pour remédier aux inégalités ou même de débloquer plus de ressources pour la santé. Il fallait tout d'abord identifier où se produisaient ces inégalités et déterminer quels obstacles empêchaient certaines personnes d'avoir accès aux services de santé et de faire le meilleur usage possible des ressources mises à leur disposition, puis concevoir des interventions adaptées spécifiquement aux besoins des groupes défavorisés.

45. La solidarité entre les pays serait essentielle pour répondre aux besoins collectifs et remédier aux inégalités dans la région. En conséquence, dans le cadre du prochain Plan stratégique de l'Organisation, un domaine d'activité important pour le Bureau porterait sur la meilleure façon d'utiliser les compétences disponibles au niveau national afin de traiter des problèmes de santé de la Région dans son ensemble. Elle se réjouissait à la perspective de travailler avec les États Membres afin de mettre en place des réseaux et des mécanismes de partage d'expertise technique entre les pays.

46. Remerciant les États Membres qui avaient mené l'évaluation à mi-parcours et le gouvernement argentin qui avait dirigé ce processus, elle a rappelé que l'évaluation avait également comporté une évaluation de la réponse du Bureau dans la mise en œuvre du Programme. Le rapport de cette évaluation, menée par le Bureau du contrôle interne et les Services d'évaluation (IES) de l'OPS était disponible sur demande pour être examiné par les États Membres.

47. Le Sous-comité a pris note du rapport.

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document SPBA7/5)

48. M. James Hill (Conseiller pour la mobilisation des ressources au BSP) a présenté le document SPBA7/5 qui contenait des informations sur une organisation non gouvernementale (ONG) qui souhaitait entrer en relations officielles avec l'OPS et de sept organisations non gouvernementales souhaitant renouveler leur statut d'organisations en relations officielles avec l'Organisation. Le document présentait également de brefs rapports de situation sur la collaboration de l'Organisation avec l'ensemble des ONG ayant actuellement des relations officielles avec l'OPS.

49. Conformément à la procédure énoncée dans les Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales (ONG), le Sous-comité a entrepris son examen des diverses ONG à huis clos. À la suite de cet examen, le Président a annoncé que le Sous-comité avait décidé de recommander

au Comité exécutif d'accepter que l'American Public Health Association (APHA) établisse des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans et de poursuivre les relations officielles entre l'OPS et la Société américaine de microbiologie (*American Society for Microbiology* ou ASM), l'Association interaméricaine d'ingénierie sanitaire et environnementale (*Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering* ou AIDIS), la Fédération internationale du diabète (FID), la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA), la March of Dimes, la U.S. Pharmacopeial Convention (USP) et l'Association mondiale pour la santé sexuelle (*World Association for Sexual Health* ou WAS, anciennement *World Association for Sexology*), également pour une période de quatre ans.

50. Le Sous-comité a également recommandé que le Bureau prenne des mesures en vue d'assurer une plus grande cohérence dans les informations communiquées par les organisations non gouvernementales, en particulier en ce qui concerne leur niveau et sources de financement et leur capacité financière à mener leurs activités de collaboration convenues avec l'OPS. Il a été suggéré qu'une première étape pourrait consister à demander un an d'états financiers à toutes les organisations désireuses de poursuivre leurs relations officielles avec l'OPS.

51. Le Président a annoncé que les recommandations du Sous-comité seraient présentées au 152^e Comité exécutif sous la forme d'un projet de résolution.

Désignation d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document SPBA7/6)

52. Le Dr Heidi Jiménez (Conseiller juridique du BSP) a présenté le document SPBA7/6, rappelant que le Comité d'audit avait été créé en 2009 en tant que comité consultatif d'experts chargé d'examiner et d'émettre des recommandations concernant les contrôles financiers de l'Organisation, ses structures de présentation de rapports, ses processus de gestion des risques et d'autres sujets liés à l'audit. Le mandat du Comité figurait à l'annexe au document SPBA7/6. Les membres du Comité étaient élus par le Comité exécutif pour des mandats de trois ans. Les premiers membres avaient été élus en 2010 sur une liste de candidats recommandés par le Sous-comité. Afin de s'assurer que tous les membres initiaux du Comité ne soient pas réélus en même temps, leurs mandats avaient été échelonnés ; M. Alain Gillette avait un mandat de quatre ans, Mme Amalia Lo Faso, un mandat de trois ans, et M. Peter Maertens, un mandat de deux ans.

53. Le Comité exécutif avait reconduit M. Maertens pour un deuxième mandat de trois ans en juin 2012. Le mandat de Mme Lo Faso prendrait fin en juin 2013. Le Bureau avait déterminé que Mme Lo Faso était disposée à être reconduite dans ses fonctions pour un deuxième mandat et la Directrice avait donc proposé que le Sous-comité recommande qu'elle soit nommée pour un mandat de trois ans débutant en juin 2013. Des informations sur Mme Lo Faso avaient été fournies aux membres du Sous-comité.

54. Au cours du débat qui a suivi, il a été suggéré qu'il serait utile pour les membres du Sous-comité de recevoir des rapports sur la performance des membres du Comité d'audit pour lesquels il était proposé de renouveler le mandat afin que le Sous-comité ait une meilleure base pour prendre sa décision. Dans la mesure où l'une des fonctions du Comité d'audit était de conseiller la Directrice, il lui a été demandé de faire part de son avis sur le renouvellement du mandat de Mme Lo Faso.

55. Le Dr Jiménez a expliqué que, étant donné que le Comité d'audit était un organe strictement indépendant, élu par les États Membres et composé de personnes qui n'étaient pas tenues de rendre des comptes à un gouvernement, une entité ou au Bureau, il serait difficile pour le Bureau de fournir des rapports sur la performance des membres du Comité. Elle a également noté que le Comité d'audit faisait rapport tous les ans au Comité exécutif, et que les États Membres auraient donc la possibilité d'entamer une discussion avec les membres du Comité d'audit en juin 2013. L'information sur Mme Lo Faso avait été fournie aux membres du Sous-comité.

56. Elle a reconnu que les membres ne devraient pas être réélus automatiquement. Cependant, étant donné que le Comité n'était en place que depuis 2010, en substance Mme Lo Faso n'avait servi qu'un mandat de trois ans. Cet élément, conjugué à ses antécédents et à la qualité de son travail au sein du Comité à ce jour, avait conduit le Bureau à proposer sa réélection. Elle a dit que le Bureau serait probablement en mesure de présenter plus d'un candidat en 2014.

57. La Directrice a rappelé que, dans la mesure où son propre mandat n'avait débuté qu'en janvier, elle avait eu peu d'occasions d'interaction avec Mme Lo Faso, mais avait estimé que ses commentaires et recommandations témoignaient de son objectivité et de son ouverture à avoir des discussions avec le Bureau et les vérificateurs internes et externes de l'Organisation. De ce fait, et compte tenu des antécédents et de l'expérience de Mme Lo Faso, elle a suggéré que le Sous-comité envisage de recommander que Mme Lo Faso soit réélue.

58. Le Sous-comité est convenu de recommander que le Comité exécutif reconduise Mme Lo Faso en tant que membre du Comité d'audit pour un mandat de trois ans à compter de juin 2013.

Questions administratives et financières

Vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2012 (document SPBA7/7, Rév. 1)

59. M. Michael Owen (Gérant du Domaine de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté le projet de rapport financier du Directeur pour 2012, notant qu'il n'avait pas encore été vérifié. Les recettes totales consolidées de l'Organisation pour 2012 se montaient à \$979 millions, soit une augmentation de 17% par rapport à l'exercice

précédent. Un facteur important expliquant cette augmentation avait trait à l'augmentation de 106,5 millions de fonds de passation de marchés, qui étaient passés de 455,9 millions en 2011 à 562,4 millions en 2012. Les contributions obligatoires pour 2012 se montaient à \$106 millions et, conformément aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), devaient être entièrement provisionnées au début de l'année. Les revenus divers, qui avaient été budgétisés à \$6 millions, n'avaient atteint que \$3,3 millions en 2012, en grande partie en raison des taux d'intérêt qui étaient restés faibles dans le monde entier.

60. Les recettes du budget ordinaire comprenaient \$99,8 millions de contributions obligatoires et revenus divers, et \$37,8 millions du budget ordinaire de l'OPS, soit un total de \$137,6 millions pour 2012 (contre \$138,9 millions en 2011). Un total de 36 États Membres, États participants et Membres associés avait versé des paiements de liquidités à l'Organisation en 2012, comprenant \$78,2 millions de contributions pour l'année et \$23,9 millions pour les années précédentes. Les contributions obligatoires non encore versées au 31 décembre 2012 se montaient au total à \$28 millions ; à l'ouverture de la septième session du Sous-comité, ce chiffre était tombé à \$8,4 millions. Les fonds d'« Autres sources » de l'OMS s'élevaient à \$23,8 millions, et \$39 millions supplémentaires d'autres fonds avaient également été reçus. Les contributions volontaires versées à l'Organisation par les États Membres et les partenaires pour des programmes pluriannuels de santé publique s'élevaient à \$216,4 millions pour 2012, soit une augmentation de \$19,3 millions par rapport à 2011.

61. Les dépenses consolidées de l'Organisation pour 2012, y compris pour le Centre épidémiologique des Caraïbes (*Caribbean Epidemiology Center* ou CAREC) et l'Institution des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (*Caribbean Food and Nutrition Institution* ou CFNI), se montaient à \$970 millions. L'achat de vaccins et de seringues par l'entremise du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins ou du Fonds régional pour l'achat de fournitures stratégiques de santé publique ont représenté une part importante de ce montant, atteignant \$482 millions en 2012, soit une augmentation d'environ 22% par rapport au montant de \$394 millions enregistré en 2011.

62. Au cours du débat qui a suivi, le Bureau a été invité à fournir des informations comparatives sur les dépenses budgétisées et effectives en 2011 et en 2012 et sur ce qui avait été réalisé au moyen de ces dépenses. Des éclaircissements ont été demandés sur la question de savoir pourquoi les fonds reçus au titre des revenus divers avaient été si inférieurs aux montants budgétisés. Il a été estimé que ces deux éléments d'information aideraient le Sous-comité lors de son examen de l'avant-projet de Programme et budget pour 2014-2015. Des informations ont été également demandées sur la question de savoir si le Comité d'audit examinerait le rapport financier et sur l'état d'avancement de son examen par le vérificateur externe.

63. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a déclaré que les rapports fournis par le Bureau aux organes directeurs incluaient un suivi de la performance et l'évaluation des projets afin de s'assurer que les ressources étaient dépensées conformément aux objectifs stratégiques fixés par les États Membres. Il y avait donc une documentation abondante qui pourrait être fournie au Sous-comité pour illustrer plus précisément ce qui avait été réalisé avec les ressources confiées au Bureau. Le rapport pour 2011 était disponible sur le site Internet de l'OPS.

64. Expliquant que les revenus divers étaient principalement constitués par les intérêts sur les placements de l'Organisation, il a noté que le budget était déterminé pour un exercice biennal. Une fois qu'un chiffre avait été projeté – en l'occurrence \$12 millions de revenus divers au cours de l'exercice biennal – il ne pouvait pas être modifié pour la deuxième année, même si les résultats de la première année indiquaient qu'il était peu probable que la cible soit atteinte au cours de la seconde année.

65. M. Owen a indiqué que le rapport financier non vérifié avait été présenté au Comité d'audit, qui s'était réuni immédiatement avant l'ouverture de la septième session du Sous-comité. Il était prévu que le rapport du vérificateur externe soit remis le 5 avril 2013.

66. La Directrice a déclaré que les différents documents seraient mis à disposition bien avant la prochaine session du Comité exécutif afin de faciliter une analyse approfondie du rapport financier. Si les membres prévoient de soulever des questions sur le rapport, il serait utile pour le Bureau d'en recevoir certaines à l'avance afin de s'assurer que des réponses détaillées pourraient être fournies au cours de la réunion.

67. Le Sous-comité a remercié le Bureau pour les informations présentées et a pris note du rapport.

Amendements au Statut financier et Règlement financier (document SPBA7/8)

68. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a décrit les modifications proposées du Statut financier et Règlement financier, telles qu'elles figuraient dans le document SPBA7/8. Le nouveau texte proposé à l'article 3.8 donnait une nouvelle définition du « Programme et Budget », et les modifications apportées aux articles 4.2 et 4.4 et à la règle 104.8 reflétaient simplement cette nouvelle définition, qui était conforme à la norme IPSAS 24, « Présentation de l'information budgétaire dans les états financiers ». La modification proposée permettrait de tirer des fonds d'un budget biennal jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice biennal, afin de payer les activités qui avaient fait l'objet d'un contrat pour cet exercice biennal. Ce changement portait uniquement sur les contrats non divisibles, se terminant dans les trois premiers mois d'une période budgétaire.

69. Le Sous-comité a demandé des éclaircissements sur l'impact qu'aurait pour l'Organisation le fait de ne pas effectuer les modifications proposées et sur la provenance des fonds qui devraient être versés dans les trois premiers mois d'un nouvel exercice biennal afin de couvrir les honoraires à verser pour des travaux commencés mais non terminés lors de l'exercice précédent. Une déléguée a demandé un exemple du type de contrat auquel s'appliquerait le Règlement financier révisé. Il a été suggéré que, d'un point de vue méthodologique, tout changement proposé au Règlement financier devrait résulter directement de la mise en œuvre du Plan stratégique.

70. M. Birmingham, se référant à l'utilisation des fonds et à l'impact de la modification proposée, a expliqué que l'argent non dépensé avant la fin de l'exercice biennal était actuellement absorbé dans un excédent qui était utilisé pour compléter le Fonds de roulement. En application de ces nouvelles modalités, il y aurait moins de fonds disponibles à ajouter à l'excédent. À titre d'exemple du type de contrats sur lesquels porterait la modification proposée, il a cité une étude actuarielle qui aurait pu commencer, par exemple, en septembre et devait être remise en mars de l'exercice biennal suivant. Ces études n'étaient pas normalement ventilées en segments, et ainsi, en mars, en vertu du Statut et Règlement actuels, des fonds devraient être trouvés pour payer l'intégralité de l'étude, réduisant ainsi les ressources disponibles pour le plan de travail du nouvel exercice biennal.

71. Le Sous-comité est convenu que les modifications proposées au Statut financier et Règlement financier devraient être soumises au Comité exécutif pour approbation.

Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique effectués pour le compte des États Membres (document SPBA7/9)

72. Mme Florence Petizon (Gérante du Domaine de la passation de marchés et de la gestion des approvisionnements du BSP) a rappelé qu'en 2010 le 50^e Conseil directeur avait autorisé une augmentation de 0,5% de la commission de 3,0% prélevée sur l'achat de toutes les fournitures de santé publique, afin de mieux couvrir les coûts administratifs des activités de passation de marchés du Bureau au nom des États Membres, comme décrit dans le document SPBA7/9. Des examens ultérieurs avaient confirmé que la commission actuelle de 3,5% n'était pas suffisante pour couvrir ces frais, qui étaient donc subventionnées par le budget ordinaire de l'Organisation. De ce fait, d'autres initiatives essentielles se trouvaient retardées ou affaiblies. En 10 ans, la valeur des activités de passation de marchés de l'OPS avait quadruplé, ce qui avait considérablement augmenté les activités transactionnelles et la complexité logistique. Dans l'intervalle, les effectifs du Bureau pour la passation de marchés avaient à peine changé.

73. Les coûts estimés d'exploitation et de personnel du mécanisme de passation de marchés se situaient entre \$12 millions et 14 millions par exercice biennal ; les commissions actuelles ne généreraient que \$5 millions environ par exercice biennal. Le

Bureau proposait donc que les commissions actuelles de 3,5% soient augmentées de 0,75%, portant le prélèvement total sur les activités de passation de marchés à 4,25%.

74. À la demande de deux États Membres, le Dr Cuauhtémoc Ruíz Matus (Conseiller principal en Santé familiale et communautaire au BSP) a présenté des diapositives sur le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, montrant que, depuis sa création en 1979, le nombre de pays qui utilisaient ce Fonds était passé de 8 à 40 et que la valeur annuelle des achats effectués par son entremise était passée de \$2,3 millions à 512 millions. Il a noté que, suite aux initiatives de passation de marchés de l'Organisation, la Région des Amériques était la Région de l'OMS ayant le taux le plus élevé de couverture vaccinale dans le monde.

75. Le Sous-comité s'est félicité des activités de passation de marchés du BSP et des avantages que les États Membres tiraient de ses activités d'appels d'offres internationaux. Plusieurs membres ont décrit comment leurs gouvernements avaient utilisé les mécanismes de passation de marchés à l'appui de leurs programmes nationaux de vaccination. Certains ont suggéré de nouveaux types de produits de santé publique qui pourraient également faire l'objet de passations de marchés, tels que ceux destinés à la gestion des maladies chroniques non transmissibles ou au traitement de maladies catastrophiques comme le cancer. D'autres, tout en reconnaissant les efforts déjà déployés par le BSP, l'ont encouragé instamment à examiner les moyens de réduire les frais administratifs afin que les pays soient mieux à même d'acheter les technologies et produits médicaux onéreux. Il a été souligné que les organisations internationales ne devraient pas subventionner de façon disproportionnée sur la base de leur budget ordinaire des activités qui étaient financées par des contributions volontaires et d'autres sources extrabudgétaires de revenu, en particulier lorsque cela avait pour effet d'affaiblir ou de retarder d'autres programmes.

76. Un certain nombre de membres, tout en soutenant un ajustement de la commission, se sont demandé si une augmentation de 0,75% serait suffisante. Il a été souligné que d'autres organisations internationales prélevaient une commission administrative plus élevée que ce que le BSP proposait. À la suggestion de certains membres, le projet de résolution devant être soumis au Comité exécutif (figurant à l'annexe du document SPBA7/9) a été révisé afin d'inclure une disposition spécifiant que le niveau de la commission serait examiné à nouveau par les organes directeurs en 2015. Le préambule de la résolution a également été renforcé afin de refléter le fait que les États Membres reconnaissaient l'importance des activités de passation de marchés du BSP.

77. Mme Petizon a remercié le Sous-comité pour son soutien. Elle a ajouté que le mécanisme de passation de marchés bénéficiait à tous les États Membres, étant donné que même les pays qui n'achetaient pas leurs fournitures de santé publique par l'entremise du mécanisme d'approvisionnement bénéficiaient des efforts de négociation du BSP, qui avaient pour effet d'accroître la disponibilité des produits pour la Région et de faire

baisser leurs prix. En outre, ces activités de passation de marchés faisaient également appel à la coopération technique, au renforcement des capacités et aux activités de plaidoyer, ce qui contribuait à renforcer l'infrastructure de santé publique dans toute la Région.

78. Comme on l'avait vu dans la présentation du rapport financier du Directeur (voir les paragraphes 59 à 67 ci-dessus), le nombre de pays participants et les montants qu'ils engageaient dans les différents fonds augmentaient de façon régulière et significative. Elle était convaincue qu'une augmentation de 0,75% serait suffisante, sur la base de projections s'appuyant sur des données historiques et de l'analyse du modèle de passation de marchés, ainsi que des chiffres projetés d'augmentation des activités de passation de marchés à l'avenir. Ce chiffre tenait compte des contraintes budgétaires auxquelles étaient confrontés les États Membres et permettrait au BSP d'aller de l'avant avec les autres initiatives qu'il avait prévues.

79. La Directrice s'est félicitée du soutien qu'avaient recueilli auprès des États Membres le Fonds renouvelable et les autres mécanismes de passation de marchés, qu'elle considérait comme des outils précieux pour l'obtention à des prix abordables des vaccins et des produits médicaux nécessaires pour traiter le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et, de plus en plus, les maladies non transmissibles. Elle a rappelé que, sur les 3,5% actuellement prélevés sur les achats, 3% allaient directement à la recapitalisation des fonds et seulement 0,5% servaient à couvrir les frais de négociation, d'administration, de suivi et de coopération technique qu'impliquaient ces activités de passation de marchés. Une augmentation de 0,75% était modeste, et elle a salué la suggestion du Sous-comité de réexaminer cette question en 2015. Elle a ajouté que les coûts afférents à tout membre du personnel du Bureau qui passait moins de 70% de son temps à travailler sur les activités de passation de marchés ne seraient pas couverts par la commission perçue. Le Bureau continuerait de chercher des moyens d'accroître l'efficacité de la passation de marchés, mais elle a averti que l'environnement devenait de plus en plus complexe, tant pour ce qui était des négociations qui devaient se poursuivre avec l'industrie pharmaceutique que de l'interaction avec les États Membres sur les questions de passations de marchés.

80. Le Sous-comité a avalisé la soumission du texte révisé de projet de décision au Comité exécutif pour approbation.

Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS (document SPBA7/10)

81. Mme Verónica Ortíz (conseillère en Gestion du Programme et budget au BSP) a rappelé que le compte de réserve avait été créé en 2008 sur la base d'un excédent de \$25 millions résultant de la mise en œuvre des normes IPSAS. Les États Membres

avaient élaboré des critères pour l'approbation des projets⁴ devant être financés sur cet excédent ponctuel ; 15 projets avaient été proposés et 14 avaient été approuvés. Sur ces \$25 millions, 14,9 millions avait déjà été affectés aux différentes entités chargés de l'exécution des projets. Quatre projets étaient terminés, et pour deux d'entre eux il restait un excédent après achèvement : les projets 3.A, « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP, Phase 1 » et 3.C, « Renforcement de la capacité de l'Organisation à être conforme aux normes IPSAS » pour lesquels les soldes restants se montaient à US\$ 80 000 et \$13 000, respectivement. Le Bureau proposait que ces deux soldes soient transférés au projet 3.D, « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP, Phase 2 ».

82. Au cours du débat qui a suivi, il a été souligné qu'un suivi minutieux des projets et l'identification des économies potentielles étaient importants, surtout étant donné le coût élevé prévu de la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP. Des précisions ont été demandées sur la question de savoir si des mesures étaient attendues de la part du Sous-comité en ce qui concernait l'utilisation des excédents des deux projets ou si cette question était du ressort du Comité exécutif. Des éclaircissements ont aussi été demandés quant à la provenance des fonds figurant dans la colonne intitulée « Fonds estimés provenant d'autres sources » dans le tableau 1 du document SPBA7/10. Il a été suggéré d'insérer une nouvelle colonne dans le tableau 2, montrant l'état d'avancement de chaque projet.

83. Mme Ortiz a précisé que la décision sur la répartition des deux excédents serait prise par le Comité exécutif. Elle a expliqué que les « autres sources » auxquelles faisait référence le tableau 1 différaient d'un projet à l'autre et comprenaient le budget ordinaire, les dons, les fonds de l'OMS, les revenus des placements et les redevances sur l'occupation des postes.

84. La Directrice a déclaré que le Bureau entendait naturellement poursuivre le suivi des projets en question en vue d'en assurer l'efficacité et l'efficacités. Elle avait noté la demande d'informations sur l'avancement des projets et s'engageait à fournir une mise à jour au Comité exécutif. Elle a également confirmé que le Bureau continuerait à rechercher des sources pour les fonds qui seraient nécessaires pour mener à bien certains projets.

85. Le Sous-comité a approuvé la proposition visant à transférer le solde restant dans le cadre des projets 3.A et 3.C au projet 3.D.

⁴ Voir le document CD48/22.

Plan-cadre d'investissement (document SPBA7/11)

86. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a rappelé que le Fonds directeur d'investissement (MCIF) était reconstitué sur la base de tout excédent des recettes sur les dépenses. Étant donné qu'il y n'avait eu aucun excédent de ce type au cours de l'exercice précédent, les dépenses d'infrastructures avaient été relativement limitées. Un projet qui était en cours portait sur une modernisation de \$1 million des ascenseurs qui étaient en service depuis 1965 dans le bâtiment du siège.

87. L'OMS avait apporté une contribution de \$850 000 pour le Sous-fonds pour la maintenance et l'amélioration de l'immobilier afin de financer la reconstruction du Bureau de la représentation de l'OPS/OMS en Haïti, détruit par le séisme de 2010. L'OPS avait complété ce financement au moyen d'un apport de \$150 000 du MCIF. Le contrat de construction avait été octroyé et les travaux devraient être achevés d'ici à la fin de 2013 ou au début de 2014.

88. Il a rappelé que la dernière Conférence sanitaire panaméricaine avait approuvé la création d'un Sous-fonds pour le remplacement des véhicules et d'un Sous-fonds stratégique renouvelable pour l'immobilier. Aucune dépense n'avait encore été effectuée dans le cadre de ces deux sous-fonds. Le Sous-fonds stratégique renouvelable pour l'immobilier avait reçu \$1 million en décembre 2012 du compte de l'excédent des normes IPSAS, et plusieurs demandes de financement de la relocalisation des bureaux dans les pays dans des installations plus récentes et plus sûres étaient actuellement à l'étude. Avant toute dépense sur le plan de l'immobilier, un examen des bâtiments de l'Organisation dans toute la région serait entrepris.

89. En ce qui concerne le Sous-fonds pour la technologie de l'information du MCIF, le Bureau avait mis en place une nouvelle stratégie de technologie de l'information assortie de neuf objectifs primordiaux, comme indiqué dans le document SPBA7/11 et avait également créé une nouvelle structure de gouvernance afin d'aider la Directrice dans la prise de décisions stratégiques concernant les secteurs où les ressources devraient être investies.

90. Le Sous-comité s'est félicité de ces informations actualisées. Une déléguée, notant que les Sous-fonds pour la maintenance et l'amélioration de l'immobilier et pour la technologie de l'information ont représenté des dépenses considérables au cours de 2012-2013, a demandé si le Bureau prévoyait des financements supplémentaires de l'OMS en 2013, en sus de la somme de \$850 000 déjà reçue. Compte tenu des dépenses importantes prévues dans le cadre de la stratégie de technologie de l'information sur 10 ans, cette même déléguée a demandé des informations sur les sources prévues de financements pour s'assurer que cette stratégie serait entièrement financée.

91. M. Birmingham a répondu que l'OMS avait approuvé un versement de \$500 000 pour l'examen de tous les bâtiments de l'Organisation, qui était destiné à déterminer où des améliorations devaient être apportées. Le BSP ne s'attendait pas à recevoir d'autres financements de l'OMS. Les sources prévues de financements supplémentaires proviendraient de tout excédent des recettes sur les dépenses. En outre, si l'OPS devait vendre certains de ses biens immobiliers, les gains réalisés seraient déposés dans le Sous-fonds stratégique renouvelable pour l'immobilier et seraient ensuite disponibles pour investir dans d'autres activités immobilières dans toute la Région.

92. La Directrice a déclaré que le Bureau et les États Membres avaient l'obligation de s'assurer que les membres du personnel de l'OPS travaillaient dans des installations qui étaient sûres et appropriées compte tenu de l'importance de leur travail. Le BSP travaillerait avec les États Membres afin de veiller à ce que le financement disponible soit utilisé à cette fin.

93. Le Sous-comité a pris note du rapport.

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP (document SPBA7/12)

94. Mme Kate Rojkov (Gérante du Domaine de la Gestion des ressources humaines du BSP) a résumé les changements proposés au Règlement du personnel figurant dans l'annexe au document SPBA7/12. Certains des changements étaient jugés nécessaires pour assurer la cohérence avec les décisions de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui elles-mêmes reposaient sur les recommandations de la Commission de la fonction publique internationale. D'autres étaient proposés par souci de cohérence des conditions d'emploi du BSP et de l'OMS, à la lumière de l'expérience et dans l'intérêt de la bonne gestion des ressources humaines. Ces modifications entraient dans trois catégories, ayant trait aux politiques d'embauche, aux heures de travail et à l'assiduité et au terme du contrat. La plupart d'entre elles étaient d'ordre éditorial, apportées afin d'apporter plus de clarté au Règlement du personnel. Elle a confirmé que ces modifications n'avaient pas d'incidences financières, ajoutant que les consultations avec l'Association du personnel sur ces modifications étaient toujours en cours.

95. Elle a noté que les recommandations de la Commission de la fonction publique internationale pourraient être approuvées par la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies avant juin 2013, auquel cas la Directrice les soumettrait au Comité exécutif pour confirmation. Ces modifications rentraient aussi dans trois catégories, à savoir la rémunération du personnel des catégories professionnelle et supérieures, l'examen du niveau de l'allocation pour frais d'études et un changement de l'âge de la retraite obligatoire pour les nouveaux participants à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

96. Le Sous-comité a avalisé les modifications proposées, qui ont été considérées conformes aux meilleures pratiques en ressources humaines et aux décisions prises par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2013. Un membre a suggéré qu'il serait souhaitable d'achever la préparation du Plan stratégique 2014-2019 et d'élaborer un plan des ressources humaines sur la base du Plan stratégique, et d'apporter ensuite les changements nécessaires au Règlement et du Statut du personnel.

97. Mme Rojkov a affirmé que les modèles de dotation en personnel de l'Organisation avaient été conçus pour aider l'Organisation à atteindre ses objectifs sur la base du Plan stratégique. En réponse aux questions, elle a précisé que le changement proposé à l'article 1040.1 du Règlement du personnel n'aurait aucune incidence sur la durée du contrat, mais aurait simplement pour effet de clarifier la formulation, faisant apparaître clairement que les contrats du personnel temporaire ne donnent pas un droit de conversion en poste du BSP. Les membres du personnel temporaires en étaient informés au début de leur contrat, et cette notification était répétée vers la fin du contrat comme le voulaient les bonnes pratiques des ressources humaines, même si en vertu de l'article 1040.1.2 cela n'était pas obligatoire. Si nécessaire, le libellé de cet article pourrait encore être affiné.

98. La Directrice a confirmé que l'Association du personnel aurait la possibilité d'exprimer son point de vue lorsque les changements proposés seraient présentés au Comité exécutif.

99. Le Sous-comité est convenu que les changements proposés devraient être communiqués au Comité exécutif pour confirmation.

Statistiques sur la dotation en personnel du BSP (document SPBA7/13)

100. Mme Kate Rojkov (Gérante du Domaine de la Gestion des ressources humaines du BSP) a présenté le document SPBA7/13. Elle a noté que l'Organisation comptait parmi son personnel 170 membres temporaires et un peu plus de 1000 travaillant aux termes de modalités contractuelles applicables au personnel non fonctionnaire des Nations Unies. Le Bureau a continué à poursuivre sa politique de parité dans toutes les questions liées à l'emploi. Actuellement, 51% du personnel professionnel et 40% des Représentants de l'OPS/OMS étaient des femmes. Le BSP continuait de réduire le nombre de postes financés sur le budget ordinaire. Ils étaient passés de 746 en 2011 à 738 en 2012.

101. Plus de 50% des effectifs du BSP atteindraient l'âge de la retraite obligatoire au cours de la prochaine décennie. La Direction des ressources humaines opérait un suivi de la situation et travaillait en étroite collaboration avec les chefs de services afin d'assurer la continuité et le transfert de la mémoire institutionnelle, et examinait également l'efficacité des processus de recrutement.

102. Le Sous-comité a salué l'engagement du Bureau à assurer la parité entre les sexes à tous les niveaux, l'encourageant à poursuivre ces efforts. L'augmentation ces dernières années du nombre de femmes dans les catégories professionnelles et de direction a été considérée comme particulièrement louable.

103. La réduction des postes à durée déterminée financés sur le budget ordinaire a été notée avec satisfaction. Attirant l'attention sur le grand nombre de mécanismes contractuels applicables au personnel non fonctionnaire des Nations Unies, une déléguée a demandé si le Bureau avait passé en revue ces modalités afin de s'assurer qu'il n'était pas fait appel à des consultants pour faire le travail de membres du personnel régulier. Il a été demandé qu'à l'avenir les rapports contiennent plus d'informations sur la durée moyenne des contrats, le nombre moyen de renouvellements des contrats de conseil et les incidences financières de ce grand nombre de modalités. Il a également été suggéré que les politiques applicables aux divers types de services de conseil deviennent plus transparentes. Des informations ont également été demandées sur le pourcentage de membres du personnel temporaires qui étaient d'anciens membres du personnel et des membres du personnel à la retraite, dans la mesure où il semblait que certains postes vacants n'étaient pas publiés mais étaient pourvus par d'anciens membres du personnel. Il a été souligné que, certes, cette approche pouvait présenter certains avantages à court terme, mais qu'elle compromettrait le développement futur de l'Organisation.

104. Il a aussi été souligné que, alors que le rapport actuel faisait apparaître une réduction importante du nombre de membres du personnel à court terme par rapport à ces dernières années, et que la figure 1 du document SPBA7/13 faisait état de 152 professionnels à court terme (STP) et de 63 membres du personnel des services généraux à court terme (STG), le rapport de 2011 (document SPBA6/12) avançait les chiffres de 105 professionnels à court terme et de 54 membres du personnel des services généraux à court terme, ce qui semblait indiquer correspondre à une augmentation et non à une réduction. Un délégué a noté qu'un fonctionnaire du BSP était en poste à Bruxelles et a demandé si le niveau de contact entre cette personne et les autorités locales justifiait cette affectation ; dans le cas contraire, le poste de ce fonctionnaire devrait peut-être repris par le Bureau régional européen.

105. Il a été suggéré que l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 offrait l'occasion d'identifier les besoins clés en ressources humaines et de définir un plan de recrutement en vue d'y répondre. Un plan de recrutement solide était considéré comme particulièrement important à la lumière du départ à la retraite récent de certains responsables chevronnés, qui avait occasionné un déficit de connaissances, et du départ à la retraite anticipée de plus de 200 membres du personnel au cours des 5 à 9 prochaines années. Il a été noté qu'environ 8% du personnel, professionnels et non professionnels, avaient plus de 60 ans et travaillaient dans le cadre d'une extension, et s'il a été reconnu que des considérations de politique à suivre pourraient certes amener à adopter une telle approche pour pourvoir des postes clés, il n'était pas certain que l'extension des contrats

de membres du personnel occupant des postes non professionnels soit justifiée. Des informations ont été demandées sur les critères en vertu desquels ces extensions étaient accordées.

106. Il a été souligné que près de 17% des membres du personnel professionnel étaient originaires de pays extérieurs à la Région des Amériques, soit une augmentation de 3,8% par rapport à l'année précédente, et il a été suggéré qu'il pourrait être préférable de donner la priorité à l'embauche de travailleurs de la Région, en particulier des Caraïbes, étant donné qu'il semblait que certains représentants de pays de cette sous-région estimaient qu'elle était sous-représentée dans les fonctions de l'Organisation.

107. Mme Rojkov, a déclaré que les éléments d'informations complémentaires demandés pourraient certainement être fournis. La raison de l'apparente contradiction concernant les membres du personnel ayant un contrat de courte durée pouvait être liée à la date à laquelle les rapports de 2011 et 2012 avaient été rédigés. Elle allait étudier la question et répondre à la demande d'éclaircissements.

108. Les divers mécanismes contractuels étaient actuellement à l'étude. Étant donné que le BSP avait entrepris des réformes des contrats trois ans auparavant, il était maintenant temps de déterminer si les mécanismes mis en place à ce moment-là répondaient encore aux besoins de l'Organisation. La Direction des ressources humaines opérait régulièrement un suivi des termes de référence pour les consultants, notamment en s'assurant qu'ils n'empiétaient pas sur les fonctions incombant à un membre du personnel occupant un poste régulier. Le département suivait également de près le nombre de membres du personnel retraités qui revenaient travailler au sein de l'Organisation ou qui avaient reçu une extension au-delà de l'âge de retraite. Comme cela avait été reconnu, ces mesures étaient parfois nécessaires pour assurer la continuité ou une transition en douceur pour certains postes clés de niveau professionnel et étaient toutes examinées au cas par cas. Plus d'informations à ce sujet pourraient être fournies.

109. Toute augmentation de l'embauche de personnel en dehors de la Région avait trait au concept de mobilité du personnel des Nations Unies, mais les mesures qui s'inscrivaient dans ce cadre étaient étroitement surveillées pour s'assurer qu'elles ne remettaient pas en cause la représentativité de la Région. Lorsque des postes étaient à pourvoir, la Direction des ressources humaines travaillait avec les bureaux dans les pays où les vacances de postes devaient être publiées afin d'augmenter le nombre de candidats, en particulier de la sous-région des Caraïbes.

110. Le plan des ressources humaines avait été élaboré comme un mécanisme interne visant à assurer le contrôle, la planification et la continuité des activités. À l'origine de ce plan on trouvait les experts techniques et les responsables de départements qui exprimaient leurs besoins en ressources humaines, avec la contribution des départements du budget pour examiner la source des fonds nécessaires et de la Direction des ressources

humaines, par exemple pour déterminer si compte tenu du profil souhaité il faudrait des postes permanents ou des contrats de consultants. Elle a réaffirmé que toute la dotation en personnel et la planification des ressources humaines dans les années à venir s'appuieraient sur le Plan stratégique 2014-2019.

111. La Directrice a reconnu qu'une organisation qui se lançait dans un plan stratégique sur six ans et faisait face à un grand nombre de départs à la retraite dans un avenir proche devait s'engager dans la planification stratégique des ressources humaines et de la relève afin de garantir qu'elle disposerait d'un éventail de compétences approprié à l'avenir. Dans l'intervalle, le Bureau devait examiner ses effectifs et déterminer où il pourrait accroître l'efficacité, ainsi que les questions de répartition du personnel.

112. Elle avait demandé une analyse coûts-avantages de la valeur du poste à Bruxelles. Alors même que les relations de la Région avec l'Union européenne évoluaient, il conviendrait d'examiner la pertinence de ce poste, notamment pour ce qui avait trait au niveau de ressources qu'il servait à mobiliser. En ce qui concernait la question du personnel originaire de pays n'appartenant pas à la Région, il était toujours difficile d'assurer simultanément l'excellence technique, la parité et une représentation géographique équitable. Le Bureau avait exhorté activement des personnes des Caraïbes, y compris certaines dont le Bureau estimait qu'elles pourraient être de très bons Représentants de l'OPS/OMS, à postuler pour des postes vacants, mais la réponse avait été décevante. Elle espérait que les représentants des États Membres pourraient contribuer à persuader des ressortissants des Caraïbes à postuler.

113. Le Sous-comité a pris note des informations communiquées.

Questions soumises pour information

Projet de modernisation du système d'information du BSP : rapport d'avancement (document SPBA7/INF/1)

114. Mme Caterina Luppi (Gérante du Domaine des Services informatiques du BSP) a déclaré que le principal élément de progrès depuis le dernier rapport⁵ sur la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) était l'achèvement de l'analyse de rentabilité, une opération qui avait pris quatre mois et avait nécessité 120 ateliers et avait donné lieu à des suggestions de changement pour des centaines de processus. Les principales recommandations portaient sur le fait que le BSP devrait rationaliser les processus immédiatement, plutôt que d'attendre l'achat du logiciel, qu'il devrait commencer le processus de gestion des changements dès que possible et qu'il devrait définir clairement les objectifs et critères de réussite pour la modernisation. Le Bureau avait également été instamment prié d'effectuer une analyse coûts-avantages des produits du niveau II de la planification des ressources de l'entreprise (ERP), étant donné que les

⁵ Document CE150/INF/3

solutions présentées en réponse au premier appel d'offres s'étaient avérées trop onéreuses. Le Bureau devrait examiner minutieusement ses processus afin de déterminer s'ils pourraient être couverts par une solution ERP de niveau II, en d'autres termes par un logiciel milieu de gamme, et quels étaient les processus qui devraient être simplifiés à cette fin.

115. Les défis du projet n'avaient pas changé. Ils comprenaient le budget fixe, les attentes des États Membres et du personnel du BSP et les anciens systèmes qui étaient actuellement en place (d'âges différents, l'un ayant presque 30 ans). Aussi, en décembre 2014 l'OPS serait le dernier utilisateur de l'ordinateur central du Centre International de calcul des Nations Unies, date à laquelle ses frais d'utilisation doubleraient. Les autres défis comprenaient la fiabilité et la durabilité du système, en particulier compte tenu du fait que l'expertise requise pour la maintenance de ces anciens systèmes se tarissait. Afin de répondre à ces différents défis, le BSP a mis en place une structure de projet assortie d'une nouvelle Charte et de nouvelles modalités de gouvernance.

116. Le Bureau chercherait une entreprise spécialisée pour fournir une aide professionnelle dans la mise en œuvre de la gestion des changements, la gestion de projets et la création d'un plan de communication. Dans le cadre du processus de sélection, le BSP organiserait des ateliers d'information avec différents fournisseurs de logiciels de niveau II et espérait qu'à l'issue de ce processus, un ou, au plus, deux produits seraient identifiés comme répondant le mieux à ses besoins, en particulier pour les fonctions qui donnaient à l'OPS un avantage stratégique sur les autres organisations. Si nécessaire, le logiciel ERP principal serait complété par des produits supplémentaires pour combler des lacunes spécifiques ayant été identifiées. Le calendrier de passation de marché était ambitieux : l'intention était de lancer l'appel d'offres pour le logiciel et les services d'intégration avant la fin d'avril 2013, et de pouvoir commencer la mise en œuvre d'ici à octobre 2013. Le calendrier pourrait subir l'impact du manque de disponibilité des sociétés d'intégration de systèmes ou des recommandations des sociétés de gestion du changement ayant une expérience pertinente.

117. Au cours du débat qui a suivi, il a été rappelé que l'approbation par le Conseil directeur de la modernisation du système du BSP avait énoncé quelques principes clés, notamment le fait qu'un système indépendant de l'OPS devait néanmoins être aligné avec le système mondial de gestion (GSM) de l'OMS et répondre à toutes ses exigences. Il a été souligné que le rapport coût/efficacité augmenterait probablement avec un meilleur alignement des deux systèmes, même s'il a été reconnu que l'OPS était une organisation indépendante, disposant d'une constitution distincte de celle de l'OMS et qui pourrait par conséquent avoir besoin de son propre système.

118. Une déléguée s'est déclarée déçue que le processus d'acquisition initial n'ait pas identifié une solution globale de mise en œuvre qui pourrait être mise en place avec

l'enveloppe de \$20 millions approuvée par le Conseil directeur et a exprimé l'espoir qu'il serait encore possible d'identifier une solution qui répondrait à toutes les exigences du BSP dans le cadre du calendrier établi et de la somme budgétisée. Elle a souligné qu'il était important d'opérer un suivi minutieux des risques et des domaines de préoccupation et a demandé un rapport actualisé pour le Comité exécutif.

119. Mme Luppi a confirmé que le fait de pouvoir travailler en étroite collaboration avec l'OMS était l'une des exigences du projet. Toutefois, pour que les systèmes puissent travailler ensemble, ils n'avaient pas besoin d'être identiques : ils devaient seulement présenter certaines caractéristiques communes d'exploitation et d'échange des données. Des membres du personnel du BSP se rendraient prochainement au siège de l'OMS pour réexaminer l'option GSM. Cette solution présentait aussi un certain nombre de risques, et l'on espérait que d'ici à ce que le BSP soit appelé à prendre une décision, à la fin juin, il disposerait de toutes les informations nécessaires pour comparer une solution uniquement OPS avec une solution qui supposerait de rejoindre le système de l'OMS. Cela impliquerait de tenir compte du calendrier, des fonds et des priorités du projet, ainsi que des questions fondamentales de philosophie opérationnelle, comme la question de savoir s'il fallait passer à un centre de service mondial comme l'avait fait l'OMS.

120. Elle reconnaissait que le calendrier serait difficile à tenir. Compte tenu de la nécessité de cesser d'utiliser l'ordinateur central du CIC au milieu de 2015 au plus tard, il était essentiel de ne pas faire d'erreurs qui conduiraient à des retards. L'un des avantages d'un système de niveau II était qu'il faudrait de 30% à 50% d'investissements financiers en moins. Cela permettrait alors d'investir davantage dans la gestion des changements, l'élément le plus critique de la transition vers un système ERP. La gestion des risques serait également essentielle, étant donné que tout projet ERP était une entreprise à haut risque, sachant qu'environ 50% d'entre eux échouaient.

121. La Directrice a rappelé qu'elle avait vécu la mise en œuvre du GSM à Genève, qui n'était pas une expérience qu'elle souhaiterait répéter. Néanmoins, il était essentiel de ne pas sous-estimer les risques potentiels de la mise en œuvre d'un système ERP, non seulement en raison de l'ampleur de l'investissement, mais aussi de son potentiel de perturbation, ce qui pourrait gravement compromettre la fourniture d'activités de coopération technique. On savait que le GSM avait connu des difficultés et qu'il faudrait qu'il soit quelque peu retravaillé. C'était également un facteur important que le BSP devait prendre en considération dans le processus de sélection. Le Bureau se devait de suivre de très près plusieurs aspects. Le premier était le coût : le BSP avait pour responsabilité de faire en sorte que le système choisi reste dans le budget approuvé par les États Membres, tout en s'assurant que ce choix réponde aux besoins de l'Organisation. Le second était le risque : l'étude du modèle d'affaires avait révélé 15 grands risques, le risque primordial étant le potentiel de perturbation de la mission de l'Organisation.

122. Avec le personnel pertinent du Bureau et la haute direction, l'auditeur interne et le Comité d'audit suivaient également le projet de très près. Elle invitait les États Membres à travailler également avec le Bureau alors qu'il poursuivait cette activité majeure ; il ne s'agissait pas de faire de la micro-gestion, mais d'offrir des compétences et des conseils. Pour sa part, le Bureau prendrait toutes les mesures nécessaires pour assurer la mise en œuvre réussie d'un système ERP qui permettrait à l'Organisation de fournir la meilleure coopération technique possible, dans un cadre de responsabilisation et de transparence.

Projet d'ordre du jour provisoire pour la 152^e session du Comité exécutif (document SPBA7/INF/2)

123. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire de la 152^e session du Comité exécutif, figurant dans le document SPBA7/INF/2. Elle a rappelé qu'à sa 151^e session, le Comité exécutif avait examiné un projet de liste de thèmes proposés aux fins de discussion par les organes directeurs en 2013 (document CE151/FR, annexe C) et avait recommandé que la liste soit raccourcie afin de s'assurer qu'il y aurait suffisamment de temps pour la discussion de tous les éléments. La liste avait été révisée et distribuée aux États Membres par la Directrice précédente, le Dr Mirta Roses, et avait ensuite été encore raccourcie par la Directrice actuelle en vue de maximiser le temps disponible pour l'examen du projet de Plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019 et du projet de Programme et budget pour le prochain exercice biennal, tout en accordant suffisamment de temps pour l'examen des questions renvoyées aux comités régionaux par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il en a résulté le projet d'ordre du jour provisoire soumis au Sous-comité, duquel il a été proposé de retirer le point 7.4 « Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques : rapport final » dans la mesure où ce rapport avait déjà été présenté au Sous-comité, lors de sa septième session (voir les paragraphes 37 à 47 ci-dessus).

124. Au cours de la discussion qui a suivi, le Bureau a été invité à inclure dans le rapport sur la réforme de l'OMS (point 7.1 de l'ordre du jour) des informations sur les efforts déployés par l'OPS en tant qu'instance régionale de l'OMS afin d'accroître l'harmonisation entre les trois niveaux de l'Organisation. Le délégué du Brésil a noté que son pays accueillerait le troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé en novembre 2013 et a suggéré qu'un rapport sur les préparatifs de cet événement figure sous la rubrique « Questions soumises pour information ». Sa délégation était disposée à rédiger ce rapport. Le délégué de l'Argentine a demandé que le rapport sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire International (RSI) (point 7.7-H) de l'ordre du jour) inclue des informations sur la situation actuelle des pays qui avaient demandé une prorogation du délai pour répondre aux impératifs de capacité de base du RSI, ainsi que sur un outil mis au point par les pays du Marché commun du Sud (MERCOSUR) pour évaluer les capacités des ports d'entrée. Il a souligné que sa délégation avait proposé à plusieurs reprises de partager cet outil avec l'OMS et a demandé au Bureau d'utiliser ses bons offices afin de s'assurer qu'il serait inclus dans la trousse à outils RSI de l'OMS.

125. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la Surveillance de la santé et de la prévention et la lutte contre les maladies du BSP) a déclaré que le rapport sur le Règlement sanitaire international comprendrait des informations sur l'outil du MERCOSUR, ainsi que sur les progrès réalisés par les pays pour répondre aux impératifs de capacité de base. Il a suggéré qu'une réunion soit organisée au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013 avec les pays du MERCOSUR et le Dr Keiji Fukuda (Sous-directeur général de l'OMS) afin de discuter de cet outil. Le Dr Fukuda pourrait aussi être invité à la 152^e session du Comité exécutif.

126. Le Sous-comité a avalisé l'ordre du jour provisoire figurant dans le document SPBA7/INF/2 avec les modifications suggérées par le Bureau et les États Membres.

Autres questions

127. Le Sous-comité a entendu des présentations informelles sur la Journée mondiale de la santé 2013, la Semaine de la vaccination dans les Amériques 2013 et l'initiative Une île d'Hispaniola sans choléra.

Clôture de la session

128. Après l'échange de courtoisies d'usage, le Président a déclaré la septième session du Sous-comité close.

Annexes

EN FOI DE QUOI, le Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration, Délégué d'El Salvador, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final rédigé en espagnol.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, en ce vingt et unième jour de mars de l'année deux mille treize. Le Secrétaire déposera le document original signé dans les Archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Matías Villatoro
Délégué d'El Salvador
Président de la septième session
du Sous-comité du Programme du
Budget et de l'Administration

Carissa F. Etienne
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire de droit de la septième session
du Sous-comité du Programme, du Budget,
et de l'Administration

ORDRE DU JOUR

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION**
- 2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**
 - 2.1 Élection du bureau
 - 2.2 Adoption de l'ordre du jour
- 3. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**
 - 3.1 Avant projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019
 - 3.2 Avant projet du Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015
 - 3.3 Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012
 - 3.4 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - 3.5 Désignation d'un membre au Comité d'audit de l'OPS
- 4. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES**
 - 4.1 Vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2012
 - 4.2 Amendements au Statut financier et Règlement financier
 - 4.3 Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique effectués pour le compte des États Membres
 - 4.4 Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS
 - 4.5 Plan-cadre d'investissement
 - 4.6 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP
 - 4.7 Statistiques sur la dotation en personnel du BSP

5. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION

- 5.1 Projet de modernisation du système d'information du BSP :
rapport d'avancement
- 5.2 Projet d'ordre du jour provisoire pour la 152^e session du Comité exécutif

6. AUTRES QUESTIONS

7. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Documents de travail

SPBA7/1, Rev. 1	Ordre du jour
SPBA7/2	Avant projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019
SPBA7/3	Avant projet du Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015
SPBA7/4	Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012
SPBA7/5	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
SPBA7/6	Désignation d'un membre au Comité d'audit de l'OPS
SPBA7/7, Rév. 1	Vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2012
SPBA7/8	Amendements au Statut financier et Règlement financier
SPBA7/9	Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique
SPBA7/10	Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS
SPBA7/11	Plan-cadre d'investissement
SPBA7/12	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP
SPBA7/13	Statistiques sur la dotation en personnel du BSP

Documents d'information

SPBA7/INF/1	Projet de modernisation du système d'information du BSP : rapport d'avancement
SPBA7/INF/2	Projet d'ordre du jour provisoire pour la 152 ^e session du Comité exécutif

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

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

Lic. Andrea Polach
Asesora, Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

CHILE

Sr. José Ignacio Dougnac Vera
Jefe del Departamento de Gestión y
Planificación Financiera
Ministerio de Salud
Santiago

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

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

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

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

Sr. Valentín Del Orbe
Ministro Consejero, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de Servicios
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

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

JAMAICA

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

SURINAME

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ *(cont.)*

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

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

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

Ms. Athalia Christie
Deputy, Global Health
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

Ms. Natalia Machuca, MS
Infectious Diseases Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Blanca Rios
Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

**NON-MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL SUBCOMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

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

MEXICO/MÉXICO

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

CANADA/CANADÁ

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

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Zelibeth Valverde
Directora de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

COLOMBIA

Sr. Jorge Ricardo Torres Rueda
Segundo Secretario, Representante
Alterno de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

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

Sr. Gustavo Matamoros Galvis
Tercer Secretario, Representante
Alterno de Colombia 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. Carissa F. Etienne
Director/Directora

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. José Ramiro Teruel, a.i.
Assistant Director/Subdirector

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora (cont.)**

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel/Asesora Jurídica

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos

RAPPORT DE LA SESSION SPÉCIALE DU SPBA

1. Le Sous-comité a tenu une session spéciale le 17 avril 2013 par vidéoconférence afin de discuter de deux questions relatives à la politique des programmes :
 - Statut de l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques et vue d'ensemble comparative de l'état financier par exercice biennal
 - Proposition de Déclaration par les États Membres des Amériques sur l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques
2. Tous les membres du Sous-comité (Argentine, Chili, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Jamaïque, République dominicaine et Suriname) ont participé à la session spéciale. Les représentants du Brésil, de la Bolivie (État plurinational de), du Canada, du Costa Rica, de l'Équateur, du Guatemala, du Honduras, du Mexique, du Panama, du Paraguay, du Pérou et de Saint-Kitts-et-Nevis ont également participé. Le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP) a assumé les fonctions de Secrétaire technique. La Directrice n'a pas pu assister à la session pour raison familiale.
3. Le Dr Andrus a ouvert la session, souhaitant la bienvenue aux participants de la part de la Directrice. Il a indiqué que la session avait été organisée à la demande du Dr Matías Villatoro du Salvador, Président de la septième Session du Sous-comité, qui avait également demandé au Bureau de préparer un document sur le statut de l'allocation des fonds par l'OMS et une vue d'ensemble comparative de l'état financier par exercice biennal. Le Bureau avait également été informé que le Gouvernement du Mexique présenterait une proposition de déclaration par les États Membres des Amériques sur l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques.
4. Le Dr Andrus a exprimé aux États Membres la satisfaction du Bureau pour leur engagement à garantir un financement intégral du budget de l'OPS et pour leur intention de proposer une ligne d'action commune visant à garantir que la Région bénéficierait d'un appui soutenu de la part de l'OMS et recevrait l'intégralité de son allocation du budget de l'OMS, y compris les contributions fixées et volontaires. Le Bureau a vu dans cet engagement le reflet de la valeur que les États Membres accordent à l'action de l'Organisation et à l'amélioration de la santé dans les Amériques et a exprimé sa reconnaissance aux Gouvernements du Salvador et du Mexique pour leur rôle de chef de file sur cette question.
5. Le Dr Matías Villatoro (El Salvador, Président de la septième session du Sous-comité) a rappelé que lors de la discussion du Sous-comité sur l'avant-projet du programme et budget en mars (voir paragraphes 26 à 36 du rapport final de la session), la Déléguée du Mexique a présenté des données sur la tendance en matière de financement de l'OMS ces dernières années pour la Région des Amériques (AMRO). Il a été demandé

au BSP de valider les données. Par la suite, comme l'a expliqué le Dr Andrus, il avait demandé qu'une réunion virtuelle spéciale soit programmée pour discuter des données présentées par le Mexique et fournir des conseils supplémentaires pour aider les États Membres à se préparer pour l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013. En réponse à cette demande, le Bureau avait préparé le Document SPBA7/SS/2.

Statut de l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques et vue d'ensemble comparative de l'état financier par exercice biennal (Document SPBA7/SS/2)

6. Mme Verónica Ortiz (Conseillère du Programme et budget au BSP), en présentant le Document SPBA7/SS/2, a déclaré que, pour comprendre la relation budgétaire entre l'OPS et l'OMS, il fallait également garder à l'esprit que l'OPS était une organisation internationale indépendante avec sa propre personnalité juridique et gouvernance et ses propres structures financières. Les organes directeurs de l'OPS avaient l'autorité ultime pour prendre des décisions concernant le programme et le budget de l'Organisation. L'OMS pouvait approuver la partie du budget de l'OMS relative à la Région, mais n'avait pas autorité pour approuver le budget global de l'OPS. Les États Membres de l'OPS payaient des contributions fixées à la fois à l'OPS et à l'OMS, et de ce fait l'OPS recevait des contributions fixes à la fois directement des États Membres des Amériques et par la part des contributions fixes payées par les États Membres à l'OMS pour la Région. De même, elle recevait des contributions volontaires directement des États Membres et sous la forme de pourcentage des contributions volontaires mobilisées par l'OMS au niveau mondial.

7. Les attentes concernant l'allocation des contributions volontaires étaient différentes. D'un côté, les États Membres de l'OPS attendaient de l'OMS qu'elle honore ses engagements par rapport au budget des contributions volontaires d'AMRO. D'un autre côté, le Secrétariat de l'OMS attendait du Bureau qu'il participe aux efforts de collecte de fonds pour couvrir la part des contributions volontaires d'AMRO dans le budget de l'OMS. Toutefois, l'OPS étant une organisation internationale indépendante, les fonds mobilisés au niveau régional ne pouvaient pas légalement être considérés comme relevant de la part d'AMRO des contributions volontaires de l'OMS. Cela irait à l'encontre de la responsabilité fiduciaire du Bureau à l'égard des États Membres de l'OPS.

8. Comme indiqué dans le tableau 1 du Document SPBA7/SS/2, au cours de l'exercice biennal 2010–2011, la Région n'avait reçu que 25% de sa part allouée des contributions volontaires de l'OMS. Au 31 décembre 2012, elle avait reçu 37% de sa contribution pour l'exercice biennal 2012–2013. La figure 1 dans le document montrait l'écart entre les contributions volontaires budgétisées de l'OPS et de l'OMS et les contributions réelles. En 2008-2009, alors que le BSP avait mobilisé 40% de plus que le montant budgétisé pour les contributions volontaires de l'OPS, l'OMS avait fourni seulement USD 59 millions sur les USD 197 millions budgétisés en tant que part de la

Région des contributions volontaires de l’OMS, ce qui représentait un écart de USD 77 millions. La situation était identique en 2010-2011, avec un écart de USD 85 millions. Le montant de l’écart de financement pour l’exercice biennal en cours n’était pas encore connu mais devrait être assez important. Si aucune région n’avait reçu l’intégralité de son allocation des contributions volontaires de l’OMS, d’autres régions avaient reçu une part nettement plus importante que les Amériques : 75% ou plus contre 25%–30% pour AMRO. En outre, alors que l’OPS a mis en oeuvre la quasi-totalité des contributions volontaires qu’elle a reçues de l’OMS, les documents de l’OMS indiquaient un taux de mise en oeuvre très faible, car l’OMS mesurait la mise en oeuvre en fonction de l’allocation des contributions volontaires totales de la Région, et non en fonction du montant réellement reçu par la Région.

9. Selon le dispositif de validation pour l’allocation stratégique des ressources approuvé en 2006 pour orienter l’allocation du budget de l’OMS entre les régions (Document OMS EB118/7), AMRO devait recevoir entre 6,3% et 7,7% du total, mais en fait elle avait reçu 5,9 % en 2008–2009, 4,9% en 2010–2011 et 4,2% en 2012–2013 (au 31 décembre 2012). Pour 2014–2015, le budget total proposé de l’OMS s’élevait à USD 3,9 milliards, sur lesquels AMRO devait recevoir USD 176 millions, ou 4,4%. Le projet de budget programme 2014-2015 (Document OMS A66/7) indiquait que le mécanisme de validation pour l’allocation stratégique de ressources n’avait pas été utilisé pour préparer le budget mais ne donnait aucune information sur les critères appliqués pour déterminer les allocations régionales. Bien que la part d’AMRO du budget de l’OMS fût faible, elle serait acceptable à condition que la totalité des fonds alloués soit reçue. Pour ce faire, la part des contributions fixées de la Région doit être maintenue ou augmentées et sa part de contributions volontaires de l’OMS doit être financée au même pourcentage que celui des autres régions.

10. Dans la discussion qui a suivi la présentation de Mme Ortíz, les membres du Sous-comité se sont dits préoccupés par la baisse dans budget de l’OMS de la part d’AMRO et ont appelé à un système d’allocation des ressources entre les régions de l’OMS plus équitable. Le fait que la Région n’ait systématiquement pas reçu l’intégralité de son allocation du budget de l’OMS était également considéré comme une importante source de préoccupation. Il a été jugé essentiel d’adopter une position régionale commune concernant la situation de l’OPS par rapport à l’OMS et son budget. Une déléguée a fait observer que toutes les organisations multilatérales avaient vu leur budget diminuer ces dernières années, alors que parallèlement les exigences auxquelles devaient faire face ces organisations de la part des États Membres avaient augmenté. Elle a souligné la nécessité de faire un effort visant à persuader les États Membres d’augmenter leurs contributions aux organisations multilatérales, dont l’OMS et l’OPS, plutôt que de canaliser les ressources par des fonds spéciaux et des institutions qui ne soutiennent pas tous les pays. Il a été demandé de préciser la méthode utilisée par l’OMS pour calculer les allocations régionales dans le cadre du projet de budget programme 2014-2015.

11. Mme Ortíz a déclaré que la méthode pour déterminer la répartition des pourcentages du budget de l'OMS n'avait pas été clairement expliquée.

12. M. Dean Chambliss (Conseiller spécial du Directeur, BSP) a confirmé qu'aucune méthode officielle n'avait été utilisée pour déterminer les allocations régionales dans le projet de budget de l'OMS pour 2014–2015. La proposition mentionnait des considérations stratégiques, mais ne donnait pas de détails. Il a également noté que le Secrétariat de l'OMS avait cherché à plusieurs reprises à inclure les chiffres du budget de l'OPS dans le budget global de l'OMS, et poursuivait ses efforts dans ce sens. Cela n'était pas encore arrivé, mais les États Membres devaient en être informés.

13. Le Sous-comité a remercié le Bureau pour le rapport et la présentation et pour ses explications claires sur la relation budgétaire entre l'OPS et l'OMS.

Proposition de Déclaration par les États Membres des Amériques sur l'allocation des Fonds par l'OMS à la Région des Amériques (Document SPBA7/SS/3)

14. Mme Martha Caballero Abraham (Mexique) a présenté deux diapositives montrant la valeur absolue et la part proportionnelle du budget de l'OMS allouée à AMRO pour les exercices biennaux 2008–2009, 2010–2011 et 2012–2013, avec des projections pour 2014–2015. Les diapositives montraient également les montants et les pourcentages du budget approuvé effectivement mis à disposition et exécutés par l'OPS. Les chiffres étaient tirés de documents officiels de l'OMS et de l'OPS, ou estimés en fonction de ces derniers. En 2008-2009, le montant budgétisé par l'OMS pour AMRO était de USD 279 millions. Sur cette somme, la Région avait reçu USD 148 millions, soit 53,05%. En 2010–2011, la Région avait reçu USD 158 millions, soit 61,72% des USD 256 millions budgétés par l'OMS pour AMRO. Les pourcentages du budget de l'OMS alloué effectivement exécuté au cours de ces deux exercices biennaux étaient de 49,1% et 60,16%, respectivement.

15. En faisant la moyenne des pourcentages effectivement reçus pour 2008-2009 et 2010-2011 (57,38%), on pouvait estimer que sur les USD 173 millions alloués à la Région pour 2012-2013, seulement environ USD 99,2 millions seraient reçus, et sur le total de l'allocation régionale escomptée de USD 176 millions pour 2014-2015, seulement USD 100,99 millions seraient reçus. Au cumul, si la tendance actuelle se poursuivait, les fonds budgétés mais non reçus depuis 2008-2009 s'élèveraient à quelque USD 377 millions à la fin de l'exercice biennal 2014-2015, tandis que la somme budgétisée mais non exécutée s'élèverait au total à environ USD 402 millions.

16. De l'avis de son gouvernement, lors de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, il serait important que les États Membres des Amériques attirent l'attention sur le fait que non seulement la Région recevait la plus faible part du budget de l'OMS, mais également qu'elle recevait nettement moins que la somme qui lui était allouée. Les États

Membres devraient également insister sur le fait que la Région devait recevoir l'intégralité de son allocation. Il serait également important de demander des précisions sur les critères appliqués par l'OMS pour fixer les allocations régionales et d'exiger la transparence dans le processus d'allocation des ressources. L'impact programmatique de la non-exécution d'une large part du budget de l'OMS – à la fois pour l'OMS et l'OPS – devrait également être souligné.

17. Le Président a invité le Sous-comité à commenter la présentation de la Déléguée du Mexique et la proposition formulée dans le Document SPBA7/SS/3.

18. Le Sous-comité a exprimé sa gratitude pour la présentation et le document élaboré par le Gouvernement du Mexique. Il a été convenu de la nécessité de renforcer la transparence et la responsabilisation en ce qui concerne la méthode et les critères utilisés pour fixer l'allocation du budget de l'OMS aux régions. Tout en soulignant l'importance de la solidarité avec les autres régions et en reconnaissant qu'une augmentation de l'allocation d'une région entraînerait une baisse des allocations d'autres régions, les délégués ont réaffirmé qu'AMRO ne recevait pas une part équitable du budget de l'OMS et ont souligné la nécessité de porter cette question à l'attention de l'Assemblée mondiale de la Santé. Il a été considéré opportun de le faire lors de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai, dans le contexte de la discussion sur la réforme de l'OMS, le douzième programme général de travail de l'OMS et le budget programme de l'OMS pour 2014-2015.

19. Il a été souligné que la part des contributions volontaires de l'OMS allouées à la Région avait diminué de plus de 50% entre les exercices biennaux de 2010-2011 et 2012-2013, et des précisions ont été demandées quant à la façon dont l'OMS déterminait la part du budget des contributions volontaires destinée à AMRO et pourquoi la Région recevait une part si faible par rapport aux autres Régions. Une déléguée a demandé si la méthode d'allocation stratégique des ressources approuvée en 2006 avait été appliquée à la fois aux parts des contributions fixées et des contributions volontaires du budget de l'OMS. Il a été souligné que le dialogue pour le financement prévu en relation avec le budget programme de l'OMS 2014-2015 pourrait être l'occasion pour les pays des Amériques d'améliorer la situation de la Région en ce qui concerne les contributions volontaires de l'OMS.

20. Quant à la proposition de déclaration formulée dans le Document SPBA7/SS/3, le Bureau a demandé des précisions concernant la procédure à suivre, étant donné que la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé aurait lieu avant la 152^e Session du Comité exécutif de l'OPS prévue en juin. Des précisions ont également été demandées sur le statut qu'aurait une déclaration approuvée par un sous-comité d'une instance régionale à l'Assemblée mondiale de la Santé.

21. En réponse aux commentaires et questions du Sous-comité, Mme Ortiz a déclaré que l'une des explications pour la faible part des contributions volontaires de l'OMS allouées à la Région était qu'AMRO était censée mobiliser ses propres fonds volontaires.

22. M. Chambliss a fait remarquer que la part des contributions volontaires du budget était rarement financée en intégralité dans une région car il ne pouvait être garanti que l'OMS serait réellement en mesure de mobiliser la somme des contributions volontaires envisagée dans son budget programme. Néanmoins, il était indéniable que la part reçue par AMRO était nettement inférieure à celle reçue par d'autres régions : généralement 25%–30% contre 75%–80%. Il était juste de dire que, certains collègues au Siège de l'OMS avaient tendance à croire que, étant donné que l'OPS disposait de ses propres sources de financement, la Région n'avait pas besoin de recevoir autant que les autres régions des contributions volontaires de l'OMS. Il fallait toutefois garder à l'esprit que les contributions volontaires de base constituaient une part relativement faible de l'allocation volontaire totale et que le reste se composait de contributions spécifiques, dont certaines, selon les termes de l'accord négocié avec le donateur, étaient destinées à une région particulière.

23. La réduction de l'allocation de la contribution volontaire de la Région entre 2010-2011 et 2012-2013 reflétait une baisse correspondante de la part de contribution volontaire du budget programme à l'échelle mondiale. Cette baisse, à son tour, reflétait un effort visant à garantir que les budgets de l'OMS soient plus réalistes. Alors que toutes les régions avaient observé une baisse du montant des contributions volontaires qu'elles avaient reçu du budget de l'OMS, aucune n'avait constaté une baisse de 50%. La réduction pour AMRO avait été exceptionnellement importante en termes de pourcentage.

24. En ce qui concerne le fait de savoir si la méthode d'allocation stratégique des ressources avait été appliquée individuellement au budget ordinaire et aux contributions volontaires, M. Chambliss a déclaré que, à sa connaissance, elle avait été appliquée à l'ensemble du budget, sans tenir compte de la source des fonds. Concernant son précédent commentaire sur l'inclusion des chiffres du budget de l'OPS dans le budget programme mondial de l'OMS, il souhaitait préciser que, comme l'avait expliqué Mme Ortiz, l'OPS était une organisation distincte et que l'Assemblée mondiale de la Santé ne pouvait pas prendre de décision concernant le budget global de l'OPS ; elle pouvait décider uniquement de la partie concernant AMRO.

25. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP), répondant aux questions concernant la méthode utilisée pour allouer la proposition de budget programme de l'OMS pour 2014-2015, a déclaré qu'il avait été expliqué lors d'une récente réunion qu'il avait été procédé à une correspondance entre les objectifs stratégiques contenus dans le budget programme 2012-2013 et les nouvelles catégories à utiliser dans les budgets programmes pour 2014-2015 et les exercices biennaux suivants

visés par le douzième programme général de travail. La correspondance avait reflété l'utilisation des ressources par les régions, mais il semblait y avoir peu d'analyse stratégique de la façon dont les ressources avaient été allouées aux différents objectifs stratégiques. Au contraire, la correspondance avait été basée principalement sur les calculs mathématiques des dépenses réelles et des niveaux d'exécution. Si ces chiffres reflétaient le sous-financement de l'allocation régionale, comme dans le cas d'AMRO, ce type de correspondance perpétuerait la tendance d'allocation insuffisante de ressources.

26. Le Dr. Amalia del Riego (Conseillère principale en planification, budget et coordination des ressources au BSP), commentant l'impact programmatique des réductions de la part des ressources de l'OMS pour la Région, a déclaré que les plus fortes répercussions seraient ressenties si l'allocation du budget ordinaire baissait en dessous de son niveau actuel. Cette allocation était issue des contributions fixes, qui, contrairement aux contributions volontaires, ne pouvaient pas être affectées à des fins ou des régions spécifiques.

27. Le Dr. Heidi Jiménez (Conseiller juridique du BSP) a déclaré que, d'un point de vue procédural, le Sous-comité avait deux options : il pouvait recommander l'organisation d'une session spéciale du Comité exécutif pour étudier la question avant la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé ou adopter, avec les modifications nécessaires, la déclaration formulée dans le Document SPBA7/SS/3 puis la transmettre pour discussion au Groupe Amérique (GRUA), qui se réunirait juste avant l'Assemblée. Dans ce dernier cas, le GRUA pourrait formuler une déclaration qui serait lue par un représentant d'un État Membre des Amériques pendant l'Assemblée. L'avantage de la première option serait que le Comité exécutif pourrait, s'il le souhaitait, adopter une résolution, qui aurait plus de poids qu'une déclaration approuvée par le Sous-comité et soumise au GRUA, qui n'était pas un organe directeur.

28. Certains membres du Sous-comité ont préféré la présentation d'une déclaration émanant du GRUA, tandis que d'autres ont pensé qu'une résolution du Comité exécutif serait plus appropriée. Ces derniers ont souligné le fait que l'expression formelle d'une opinion d'un organe directeur de l'OPS était nécessaire et ont demandé l'organisation d'une session spéciale du Comité exécutif en vue d'adopter une résolution qui pourrait être transmise au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration de l'OMS, qui pourrait se réunir juste avant la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé. Ceux en faveur d'une déclaration du GRUA étaient d'avis que le délai était trop court pour organiser une session spéciale du Comité exécutif avant l'Assemblée de la Santé. Ils ont également fait observer que les États Membres étaient occupés à la préparation pour discussion de plusieurs points importants pendant l'Assemblée de la Santé, notamment le douzième programme général de travail de l'OMS et le budget programme pour 2014-2015, ainsi que la discussion sur le prochain Plan stratégique de l'OPS par le Groupe consultatif des pays (CCG).

29. Il a été souligné que, dans les deux cas, il ne pouvait pas être demandé à l'OMS de garantir un certain montant de contributions volontaires pour la Région car elle risquait de ne pas pouvoir mobiliser toutes les contributions volontaires budgétisées. Il a également été souligné que les deux options ne s'excluaient pas mutuellement et que l'adoption d'une résolution par le Comité exécutif n'empêcherait pas une discussion sur la question par le GRUA.

30. Il a été procédé à un vote et cinq des sept membres du Sous-comité se sont exprimés en faveur de l'organisation d'une session spéciale du Comité exécutif. Il a été suggéré de programmer une session spéciale en même temps qu'une réunion du CCG prévue pour la fin avril.

31. Le Directeur adjoint a déclaré que le Bureau prendrait les dispositions nécessaires pour l'organisation de la session spéciale. Il a fait observer que deux grandes conclusions étaient ressorties des délibérations du Sous-comité : la part du budget de l'OMS destinée à AMRO devait être maintenue et il devait y avoir plus de transparence dans la méthode d'allocation du budget.

32. Le Président a exprimé sa gratitude au Bureau pour avoir organisé la réunion et aux États Membres pour leur participation et a déclaré la réunion close.

SESSION SPÉCIALE

ORDRE DU JOUR

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION**
- 2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**
 - 2.1 Adoption de l'ordre du jour
- 3. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**
 - 3.1 Statut de l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques et vue d'ensemble comparative de l'état financier par exercice biennal
 - 3.2 Proposition de Déclaration par les États Membres des Amériques sur l'allocation des Fonds par l'OMS à la Région des Amériques
- 4. AUTRES QUESTIONS**
- 5. CLÔTURE DE LA SESSION**

SESSION SPÉCIALE
LISTE DES DOCUMENTS

Documents du travail

SPBA7/SS/1	Ordre du jour
SPBA7/SS/2	Statut de l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques et vue d'ensemble comparative de l'état financier par exercice biennal
SPBA7/SS/3	Proposition de Déclaration par les États Membres des Amériques sur l'allocation des Fonds par l'OMS à la Région des Amériques

**SPECIAL SESSION/SESIÓN ESPECIAL
LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

Lic. Andrea Polach
Asesora, Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Tomás Pippo
Director de Economía de la Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

CHILE

Sr. José Ignacio Dougnac Vera
Jefe del Departamento de Gestión y
Planificación Financiera
Ministerio de Salud
Santiago

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Sr. Dr. Rafael Schiffino
Viceministro de Salud Colectiva
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

EL SALVADOR

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Dr. Jorge Irazola
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
San Salvador

JAMAICA

Ms. Ava Gay Timberlake
Acting Director
International Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston

Ms. Charlene Collins
Assistant to the Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

SURINAME

Ms. Wendy Emanuelson-Telgt, M.Sc.
Health Promotion Focal Point
Planning Unit
Ministry of Health
Paramaribo

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

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

**NON-MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL SUBCOMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

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

BOLIVIA

Dr. Freddy Claire
Asesor del Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

CANADA/CANADÁ

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

Ms. Lucero Hernández
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

COSTA RICA

Lic. Adriana Salazar
Encargada
Unidad de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
San José

ECUADOR

Lic. Cristina Luna
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Dirección Nacional de Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

GUATEMALA

Lic. José Carlos Catañeda
Unidad de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

HONDURAS

Sra. Dra. Roxana Araujo
Secretaria de Estado en el
Despacho de Salud
Secretaría de Estado en el
Despacho de Salud
Tegucigalpa

MEXICO/MÉXICO

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

Lic. Marevna García Arreola
Subdirectora de Cooperación Financiera y
Riesgos Emergentes
Secretaría de Salud Pública
México, D.F.

NON-MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL SUBCOMITÉ (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

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

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

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Zelibeth Valverde
Directora de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Dra. Jamileth Cortés
Departamento de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PARAGUAY

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

PERU/PERÚ

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

Dra. Sonia Hilser
Directora Ejecutiva Adjunta
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Lic. Ana María Castillo
Socióloga
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

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

Mr. Andrew Skerritt
Permanent Secretary (Ag)
Ministry of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Basseterre

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

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. José Ramiro Teruel, a.i.
Assistant Director/Subdirector

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora (cont.)**

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel/Asesora Jurídica

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos