



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21-25 de junio 2004

CE134/FR(Esp.)
25 junio 2004
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	5
Asuntos relativos al reglamento.....	6
Mesa Directiva	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	6
Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	6
Orden del día provisional del 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	6
Asuntos relativos a los subcomités.....	7
Informe de la 38.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación	7
Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.....	8
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004	16
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	16
Asuntos relativos a la política de los programas	18
Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional	18
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud.....	26
Observatorio de Recursos Humanos de Salud.....	34
Acceso a los medicamentos	40
Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA	46
Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas	53
El Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS.....	59
Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud.....	64

CONTENIDO (*cont.*)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	69
Informe sobre la recaudación de las cuotas y Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas.....	69
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2002-2003.....	74
Edificios e instalaciones de la OPS	82
Asuntos de personal	84
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	84
Asuntos de información general	87
Resoluciones y otras acciones de la 57. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	87
Otros asuntos	91
Clausura de la sesión	95
Resoluciones y decisiones	96
<i>Resoluciones</i>	96
CE134.R1 Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas	96
CE134.R2 Recaudación de las cuotas	97
CE134.R3 Orden del día provisional del 45. ^o Consejo Directivo de la OPS, 56. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	98
CE134.R4 Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA	99
CE134.R5 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2002-2003.....	101

CONTENIDO (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE134.R6	Acceso a los medicamentos	102
CE134.R7	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	104
CE134.R8	Contribución de la OPS al cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas..	105
CE134.R9	Observatorio de Recursos Humanos de Salud	108
CE134.R10	Política del presupuesto regional por programas	110
CE134.R11	Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004	113

Decisiones..... 114

CE134(D1)	Adopción del orden del día	114
CE134(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	114
CE134(D3)	Edificios e instalaciones de la OPS.....	114

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 134.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 21 al 25 de junio de 2004. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Argentina, Barbados, Costa Rica, Dominica, Estados Unidos de América, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana. Los delegados de Canadá, España, Francia y México asistieron en calidad de observadores. Además, estuvieron representadas la Organización Mundial de la Salud, cuatro organizaciones intergubernamentales y cuatro organizaciones no gubernamentales.

2. El Sr. Herbert Sabaroche (Dominica, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los países que asistían en calidad de observadores y a los representantes de las diversas organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales. Recordó que hace unos doscientos años Benjamin Disraeli había dicho que la salud del pueblo constituía los cimientos de la felicidad de una nación; el orador consideró que era muy conveniente tener en cuenta estas palabras en los trabajos del Comité.

3. La Dra. Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes. Señaló que, tal como se reflejaba en los documentos presentados ante el Comité, se habían logrado avances considerables en las diversas áreas de trabajo desde la sesión del Subcomité de Planificación y Programación celebrada en marzo, y que se esperaba con interés recibir orientación continua del Comité sobre el trabajo de la OPS. La Dra. Roses expresó su certeza de que la sesión sería muy fructífera y de que se caracterizaría por el buen humor de los participantes y su espíritu de camaradería. Hizo saber que sería la última participación del Dr. José Rodríguez Soldevila (República Dominicana) como delegado oficial del Comité Ejecutivo, dado que planeaba jubilarse en agosto. Comentó que el Dr. Rodríguez Soldevila había sido un gran líder del movimiento de atención primaria de salud y había hecho muchas aportaciones valiosas para la gobernanza y el desarrollo de la Organización a lo largo de los años. Agregó que esperaba que el Comité aprovechara lo mejor posible la sabiduría y experiencia de este delegado.

Asuntos relativos al reglamento

Mesa Directiva

4. Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 133.^a sesión del Comité y que siguieron desempeñándolo en la 134.^a sesión fueron los siguientes:

Presidencia: Dominica (Sr. Herbert Sabaroche)

Vicepresidencia: Honduras (Dr. Manuel Antonio Sandoval Lupiac)

Relatoría: Paraguay (Dr. Julio César Velázquez)

5. Argentina fue designada para actuar como Relator *pro tempore* durante el último día de la sesión, debido a la ausencia del Paraguay. La Directora fue Secretaria *ex officio*, y el Dr. Joxel García (Director Adjunto, Oficina Sanitaria Panamericana) actuó como Secretario Técnico.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE134/1, Rev. 1, y CE134/WP/1, Rev. 1)

6. De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina (decisión CE134[D1]). El Comité también adoptó el programa de reuniones.

Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE134/3)

7. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Dominica y Honduras, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 45.º Consejo Directivo. Se designó a Costa Rica y a Paraguay suplentes de Dominica y Honduras, respectivamente (decisión CE134[D2]).

Orden del día provisional del 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE134/4 y documento CE134/4, Rev. 1)

8. El Dr. Joxel García (Director Adjunto, OSP) presentó el orden del día provisional preparado por la Directora en conformidad con el Artículo 14.B de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. El Comité adoptó el

orden del día, que incluía varios temas adicionales propuestos por la Directora o por los Estados Miembros, a saber: los informes sobre la Reunión Extraordinaria del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, la 13.^a Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo, la reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la Región (noviembre de 2003) y un informe sobre la reducción de las repercusiones de los desastres para la salud, con respecto a los preparativos para la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres, que tendrá lugar en Kobe (Japón), en enero de 2005. La Directora señaló que, de acuerdo con lo solicitado por el 44.^o Consejo Directivo, se celebraría una sesión especial durante la semana para conmemorar el 25.^o aniversario de la Declaración de Alma-Ata y la renovación del compromiso de cumplir la estrategia de atención primaria de salud. Además, se esperaba que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, electo recientemente, dirigiera la palabra al Consejo.

9. En respuesta a una pregunta referente al Premio de la Fundación Jacques Parisot, el Dr. García explicó que consistía en una beca de investigación en salud pública o medicina social que dicha Fundación otorgaba cada dos años a un adjudicatario que se elegía de entre tres candidatos propuestos por una de las regiones de la OMS. Los candidatos eran nombrados por los distintos comités regionales de manera rotatoria. En esta ocasión, le tocaba a la Región de las Américas presentar los nombramientos en enero de 2004; pero como el CAIS, encargado de examinar primero los nombramientos, no se había reunido hasta noviembre de 2003, el 44.^o Consejo Directivo no había tenido oportunidad de aprobarlos. Por consiguiente, los nombramientos recomendados por el CAIS se presentarían al 45.^o Consejo Directivo para que este considerase su aprobación y, en enero de 2005, se remitirían al comité de selección.

10. El Delegado de Canadá recomendó a la Oficina que programara las ceremonias de entrega de premios para los primeros días de la semana, al objeto de que asistiera un mayor número de ministros de salud y otros delegados de alto nivel, y de este modo brindar el reconocimiento debido a los galardonados.

11. El Comité aprobó la resolución CE134.R3, por la cual adoptó el orden del día provisional con las modificaciones propuestas.

Asuntos relativos a los subcomités

Informe de la 38.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE134/5)

12. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina, Vicepresidente del Subcomité de Planificación y Programación) presentó el informe de la 38.^a sesión del Subcomité, que se había celebrado

del 24 al 26 de marzo de 2004. La sesión había contado con la presencia de los representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras y Perú. También habían estado presentes observadores por México. El Subcomité había designado a Barbados para ocupar la Presidencia de la 38.^a sesión del Subcomité, y Argentina había sido elegida para ocupar la Vicepresidencia, y Brasil, la Relatoría.

13. El Subcomité había considerado los siguientes temas: los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud; el Observatorio de Recursos Humanos de Salud; el acceso a los suministros de salud pública; la ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA; el Reglamento Sanitario Internacional y las perspectivas de la Región de las Américas; la evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; el informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Política del Presupuesto Regional por Programas; la estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas; y el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Dado que todos estos temas también serían tratados por el Comité Ejecutivo en su 134.^a sesión, el orador dijo que comunicaría las observaciones del Subcomité cuando el Comité abordase cada uno de ellos.

14. Por otro lado, cuando se trataron “Otros asuntos”, la Directora puso al corriente al Subcomité sobre los resultados de una conferencia reciente sobre la fiebre aftosa y el estado de tres centros regionales: el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). El Subcomité había solicitado que presentara un informe más extenso sobre la situación financiera de los tres centros durante la presente sesión del Comité Ejecutivo. Asimismo, el Subcomité había escuchado un informe breve sobre las actividades del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Un informe más extenso sobre este tema también se presentaría en la 134.^a sesión del Comité Ejecutivo. Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre los temas mencionados pueden encontrarse en el informe final de la 38.^a sesión del Subcomité (documento SPP38/FR).

15. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y agradeció al Subcomité su trabajo.

Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documentos CE134/6, CE134/6, Add. I, y CE134/INF/1)

16. El Sr. Jerome Walcott (Barbados, Presidente del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI) recordó que el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI había sido establecido por el Comité Ejecutivo en su 133.^a sesión, de conformidad con la resolución CD44.R14. El Comité había designado a Argentina, Barbados, Costa Rica y Perú como

miembros del Grupo de Trabajo. El Grupo había celebrado su primera reunión en Dominica en febrero de 2004. Además de los miembros mencionados, habían asistido representantes de los siguientes miembros: Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Bahamas, Chile, Dominica, Estados Unidos de América, Francia, México y Uruguay.

17. Antes de la primera reunión, las atribuciones propuestas para el Grupo habían estado a disposición de los Miembros del Comité Ejecutivo en un espacio reservado de conversación interactiva del sitio web de la OPS. Las atribuciones acordadas en la reunión de Dominica habían sido las siguientes: 1) los retos de la salud pública en las Américas durante los próximos años, 2) los bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con la OPS; 3) la naturaleza evolutiva de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS; 4) las modalidades de la cooperación técnica en materia de salud; y 5) la gobernanza de la OPS. Durante la reunión, el Grupo de Trabajo había aceptado agregar un sexto tema a los atributos: los recursos para la salud. El Grupo también había determinado varios puntos importantes para someterse a consideración en cada uno de los temas principales. Estos puntos se enumeran en el documento CE134/INF/1.

18. La segunda reunión del Grupo de Trabajo se había celebrado en marzo de 2004, justo antes de la 38.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación. En esa reunión se había acordado que entre marzo y mayo de 2004 cada uno de los miembros del Grupo de Trabajo prepararía un análisis preliminar de una de las atribuciones, solicitando el apoyo que fuera necesario de las representaciones de la OPS/OMS, la Sede y otras fuentes que se consideraran apropiadas. Los temas se habían asignado a los países de esta manera: "La naturaleza evolutiva de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS", al Perú; "Bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con el mandato de la OPS", a Argentina; "Modalidades de la cooperación técnica en materia de salud" a Costa Rica; y "Gobernanza de la OPS" a Barbados. Además, se había acordado que la Oficina, a la que en la primera reunión se le había encargado realizar el análisis de "Los retos de la salud pública en el siglo XXI", prepararía una versión modificada de su análisis. El tema "Los recursos para la salud" se había dividido en cuatro subtemas, y se acordó entonces que, con el fin de evitar la repetición de esfuerzos, el análisis en el ámbito de los recursos financieros se haría en colaboración con el Grupo Consultivo sobre la Política Presupuestaria Regional por Programas. A los Estados Unidos de América, que había participado en todas las reuniones del Grupo de Trabajo, se le había pedido que preparara el análisis preliminar sobre los recursos humanos en la OPS. El análisis de los recursos intangibles científicos y técnicos se había encomendado a la Oficina.

19. Se había esperado que todos los análisis preliminares se distribuyeran para que los Estados Miembros tuvieran oportunidad de hacer observaciones antes del final de mayo, pero no había sido así. Solamente se distribuyeron cuatro análisis y hasta la fecha solo un

país había dado a conocer sus observaciones. El documento CE134/6, Add. I contiene los resúmenes de los análisis preliminares preparados por Argentina, Barbados, Costa Rica, Estados Unidos y Perú, así como el primer borrador del análisis de los retos de salud pública preparado por la Oficina. Los demás análisis asignados a la Oficina todavía estaban pendientes.

20. Se había pedido a los Estados Miembros que presentaran sus observaciones sobre los análisis preliminares a más tardar el 16 de junio de 2004. Posteriormente, los análisis se modificarían en consecuencia para analizarse en la próxima reunión del Grupo de Trabajo, programada para el 26 y 27 de julio en Costa Rica. El Sr. Walcott concluyó su informe con un agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo y a los otros Estados Miembros que habían participado en las tareas de este; asimismo, expresó su agradecimiento a la Oficina por su apoyo y cooperación.

21. A continuación, los delegados de Argentina, Barbados, Costa Rica y Perú dieron una breve perspectiva de los análisis de sus países sobre las diversas atribuciones. El Sr. Walcott explicó que el documento de Barbados, titulado "Gobernanza de la OPS", comenzaba con una definición de gobernanza y después analizaba la estructura actual de gobernanza de la OPS. Luego, examinaba los cambios y la evolución de la gobernanza de la Organización durante los últimos 100 años, incluida su relación con la OMS; también analizaba el futuro de la OPS y la función cada vez mayor de las organizaciones cívicas, y destacaba la necesidad de que la OPS y los Gobiernos Miembros idearan sistemas que les permitieran una mayor transparencia e intercambio de información. En dicho documento también se planteaba la cuestión de que una reacción eficaz de la OPS frente a los retos de la globalización y a las necesidades cambiantes de los Estados Miembros exigía ciertas reformas institucionales, por ejemplo, cambios en la gobernanza, en el presupuesto y en la asignación de los recursos. Los principales temas de gobernanza que el documento abordaba estaban divididos en tres categorías: la estructura de la OPS y los Cuerpos Directivos, el funcionamiento de la OPS y sus relaciones con los interesados directos. El documento planteaba varios temas concretos dentro de los subtítulos anteriores, algunos de los cuales se mencionan en el resumen contenido en el anexo II del documento CE134/6, Add.1.

22. La Dra. Pilar Mazzetti (Perú) dijo que el documento que su país estaba preparando ("La naturaleza evolutiva de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS") se centraba principalmente en capacitar a la Organización para que pudiera aprovechar plenamente la presencia de una serie de actores nuevos, al objeto de fomentar el desarrollo sanitario en la Región. Una larga tradición de asociaciones y alianzas en las esferas política, social y económica había contribuido a que se realizaran logros importantes en materia de salud pública internacional. El fenómeno de la globalización había llevado a la aparición de nuevos tipos de actores, alianzas y asociaciones. Estos nuevos actores abarcaban otros sectores,

como el de la educación y el de la economía y finanzas, cuya influencia en el sector de la salud era innegable. Otros actores importantes eran los organismos multilaterales y bilaterales, las organizaciones regionales, los organismos financieros, las fundaciones y empresas privadas, la sociedad civil, los grupos religiosos, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las asociaciones profesionales, las facultades de medicina y otras instituciones universitarias, y los medios de difusión.

23. La función de liderazgo de la OPS podría debilitarse debido a la presencia de estos actores nuevos e influyentes y a las situaciones nuevas y cambiantes, a menos que se elaboraran estrategias para que la Organización se adaptara a las nuevas circunstancias. Tales estrategias tendrían que estar encaminadas hacia lo siguiente: 1) aumentar la capacidad de la OPS de coordinar y fomentar el diálogo entre los actores; 2) fortalecer los vínculos con la sociedad civil; 3) establecer asociaciones y alianzas concretas con los nuevos actores al objeto de aprovecharlas lo mejor posible; y 4) apoyar las reuniones polivalentes, que forman parte del nuevo "lenguaje" de la interrelación entre los países. Al cultivar las aptitudes y competencias necesarias para aprovechar estas nuevas relaciones, la OPS se volvería más fuerte y receptiva a las necesidades de los países, y podría utilizar su trabajo con las asociaciones y alianzas como una estrategia poderosa para fomentar el desarrollo.

24. La Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal (Costa Rica) dijo que el análisis que su país había llevado a cabo sobre las modalidades de cooperación técnica en materia de salud tenía como base el concepto de "cooperación entre todos y para todos" en el ámbito de la salud. El análisis destacaba varios factores y tendencias que podrían influir en la manera en que la OPS prestaría cooperación técnica en el futuro, entre ellos, las circunstancias nuevas en el campo de la salud pública que conllevan riesgos y beneficios nuevos; la coexistencia de los problemas de salud pública viejos y nuevos; la nueva función que llevan a cabo los ministerios de salud; la participación de nuevos actores; nuevas formas de cooperación; la necesidad de encontrar soluciones basadas en pruebas científicas a los problemas de salud pública; la necesidad de aumentar los recursos; la creación de redes; y las funciones del sector privado y de las universidades.

25. Sobre la base de los factores mencionados, en el documento se describían varias necesidades en materia de cooperación técnica. Una de ellas era la necesidad de idear criterios innovadores para abordar la cooperación continental, incluidos el desarrollo y aprovechamiento de las capacidades y los puntos fuertes de los países; la búsqueda o prestación de apoyo para establecer asociaciones estratégicas; el establecimiento de reglas del juego para el funcionamiento de tales asociaciones; y, posiblemente, examinar de nuevo la clasificación actual de los países con respecto a la cooperación técnica internacional y avanzar hacia una clasificación basada en las inequidades geográficas entre las poblaciones, en los adelantos con respecto a los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio, entre otros criterios. Otros temas planteados en el documento

eran la función de la OPS en materia de cooperación en los niveles de país, subregional, regional y mundial, así como la necesidad de la Organización de definir cuidadosamente su estrategia de cooperación con los países a fin de aprovechar de manera óptima sus recursos limitados y lograr los mejores resultados posibles. Además, se hacía hincapié en la importancia de abordar las brechas en materia de salud y de definir hacia dónde querían ir los países y cómo la OPS podía ayudarlos a llegar allí; también se señalaba la necesidad de conseguir la fuerza laboral necesaria y suficiente para esa finalidad, incluido un equilibrio entre el personal asignado a la sede de la OPS y el personal en las representaciones de la OPS/OMS y la participación de los países en la evaluación y supervisión del desempeño del personal. Por último, en el documento se precisaban varios de los retos que se abordarían en el trabajo futuro en materia de las modalidades de cooperación técnica, entre ellos, la definición de un plan institucional y de trabajo que abriera el debate a otros Estados Miembros y los motivara a participar y lograr la integración con otras iniciativas, como la Agenda Compartida firmada entre el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la OPS, y los esfuerzos para lograr los objetivos de la Declaración del Milenio.

26. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina) resumió el contenido del documento de su país, titulado “Bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con la OPS”, cuyo objetivo era dar una definición de bien público y determinar la función de la OPS en la gestión de los bienes de salud pública regionales. Señaló que los bienes públicos generaban beneficios que no podían restringirse fácilmente a un único comprador o grupo de compradores, y que, a diferencia de los bienes privados, eran del dominio público y estaban al alcance de cualquier persona. Los bienes públicos abarcaban aspectos tan diversos como la paz mundial, el equilibrio ambiental y la estabilidad económica. En el caso de los bienes públicos mundiales, los beneficios iban más allá de las fronteras nacionales y regionales. A consecuencia de la globalización, muchos bienes públicos se habían convertido en bienes públicos mundiales que los países no podían suministrar con facilidad sin ayuda de algún tipo de cooperación internacional. La globalización también había modificado la naturaleza de los retos de salud, creando "problemas sanitarios internacionales" que podrían definirse como problemas, desafíos y acciones en materia de salud que trascendían las fronteras nacionales, y que podían ser influidos por las circunstancias de los distintos países y abordados mejor mediante procesos de cooperación.

27. En estas nuevas circunstancias, ¿cuál era la función de la OPS al ayudar a los países a abordar sus necesidades sanitarias y lograr el suministro de bienes de salud pública regionales? Entre las sugerencias estaban, primero, realizar entre los Estados Miembros y la Oficina un análisis conjunto de los bienes de salud pública regionales que más se necesitaban en los países de la Región. Otra función importante de la OPS era proporcionar información fidedigna de alta calidad y facilitar a todos los Estados Miembros el acceso equitativo a ella. Además, la Organización podría apoyar a los países

en la formación de consenso y en el fortalecimiento de la capacidad de negociación y la implantación de convenios internacionales en materia de salud; en las negociaciones conjuntas para la adquisición de medicamentos, bienes y tecnologías de salud estratégicas; en los estudios de evaluación económica regional con miras a determinar los costos de las intervenciones regionales y subregionales para controlar la infección por el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades; en la caracterización de estrategias de prevención y control de las enfermedades, y en la difusión de normas mejores; en la definición de los países clave en función del tipo de problema sanitario a escala regional y del apoyo necesario para abordar conjuntamente problemas como la malaria o la enfermedad de Chagas; y en la cooperación para determinar las necesidades sanitarias a escala regional y coordinar los esfuerzos para abordarlas, fomentando, por ejemplo, los bancos de desarrollo regional al objeto de que proporcionasen financiamiento para las iniciativas de salud, y dando respaldo a la producción conjunta de bienes de salud pública regionales.

28. En el debate que siguió, los Miembros agradecieron al Grupo de Trabajo su empeño y encomiaron a los diversos países por la abundancia de ideas interesantes y por las sugerencias planteadas en los análisis preliminares. Se pidió a la Oficina que explicara cómo se incorporarían esas ideas y sugerencias a la programación y al trabajo de la Organización. Se señaló que lo hecho por el Grupo de Trabajo ofrecía una oportunidad ideal para idear una manera de unir los distintos esfuerzos paralelos que se llevaban a cabo en las distintas esferas, tanto en la Organización como en el ámbito más amplio de la comunidad para el desarrollo internacional. En el campo de la infección por el VIH/SIDA, por ejemplo, muchos organismos participaban en las numerosas iniciativas que se llevaban a cabo en toda la Región, y era necesario implantar algún mecanismo de coordinación para evitar que los esfuerzos se repitieran y que las partes involucradas trabajaran en direcciones distintas. En el seno de la OPS, también era importante idear maneras de vincular el trabajo en marcha sobre los diversos asuntos relativos a la política de los programas tratados por el Comité Ejecutivo en el transcurso de la semana. A este respecto, se sugirió que se creara un espacio para las observaciones generales en el sitio web del Grupo de Trabajo. Actualmente, solo se había asignado espacio para las observaciones concretas sobre los diversos análisis preliminares. Un espacio reservado para las observaciones generales no solo permitiría a los países formular observaciones sobre el proceso en su totalidad, sino quizá serviría también como medio para comenzar a integrar los diversos documentos y observaciones.

29. También se pidió a la Oficina que procurara que la información colocada en el sitio web del Grupo de Trabajo estuviera en inglés y en español, y que el acceso al sitio fuera fácil, ya que algunos delegados señalaron que habían tenido dificultades para hacerlo. Se sugirió asimismo pedir a los representantes de la OPS/OMS que alentaran a los interesados directos en cada país a presentar sus observaciones respetando la fecha de entrega del 16 de julio.

30. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) dijo que esta institución consideraba el proceso del Grupo de Trabajo algo muy positivo y le había complacido considerar una solicitud de apoyo para este proceso; se esperaba que la solicitud fuera aprobada dentro de poco tiempo. Coincidió en que había una gran necesidad de coordinar a los diversos organismos internacionales de cooperación y señaló que la Agenda Compartida podía servir de mecanismo de coordinación y como medio para impulsar los esfuerzos del Grupo de Trabajo, a fin de definir un nuevo programa estratégico para la OPS. Explicó que actualmente el BID contaba con dos iniciativas que podrían prestar apoyo, en particular, al Grupo de Trabajo en el campo de los bienes públicos regionales. Una de ellas consistía en un fondo para proyectos relacionados con el suministro de bienes públicos regionales, cuya cantidad disponible era en ese momento de \$ 5.000.000,¹ pero aumentaría a \$10.000.000 en 2005. Además, el Banco prestaría apoyo para crear un método para elegir y difundir las experiencias fructíferas en el campo de la salud. El objetivo era establecer un espacio permanente en la internet para difundir la información sobre las experiencias fructíferas y las normas mejores, y hacer asequible el método a fin de que los países lo utilizaran para evaluar las experiencias en materia de salud; por consiguiente, el método en sí mismo sería un bien público regional.

31. El Presidente del Grupo de Trabajo accedió a la petición de uno de los delegados, quien le pidió que recapitulara las fechas en las que el Grupo terminaría su tarea y comunicaría los resultados correspondientes al Consejo Directivo, y dijo que las observaciones que se recibieran a más tardar el 16 de julio se incorporarían en los documentos, que a su vez serían examinados detenidamente por el Grupo de Trabajo en la próxima reunión de Costa Rica. El Grupo de Trabajo también consideraría un presupuesto a corto plazo y un calendario para sus tareas futuras. En adelante, los seis documentos tendrían que fusionarse en uno solo, para lo cual el Grupo de Trabajo requeriría asistencia de la Oficina. No se esperaba que el Grupo de Trabajo presentara una ponencia formal ante el 45.º Consejo Directivo en septiembre de 2004; pero sí se esperaba que el documento unificado estuviera listo para entonces, de modo que pudiera analizarse quizá en una mesa redonda en la que los Estados Miembros hicieran otras observaciones y aportaciones. Posteriormente, se tendrían que recopilar algunos datos empíricos para ultimar el documento. Por ejemplo, se deberían evaluar ciertos aspectos del funcionamiento de la OPS y examinarse determinados datos.

32. El Grupo de Trabajo presentaría su informe final, con conclusiones y recomendaciones, al 46.º Consejo Directivo en 2005. Posteriormente, le correspondería al Consejo Directivo adoptar las medidas necesarias para poner en práctica esas recomendaciones y así evitar que la labor del Grupo acabase en una mera recopilación de

¹ A menos que se indique lo contrario, todas las cifras monetarias de este informe están expresadas en dólares de los Estados Unidos.

documentos y más bien generase resultados concretos capaces de transformar a la OPS para el bien de todos los países.

33. La Delegada de Costa Rica agradeció al BID su voluntad para respaldar la reunión del Grupo de Trabajo que tendría lugar en su país y para que las tareas del Grupo pudieran continuar. Consideró conveniente recordar que el Grupo de Trabajo se había establecido por iniciativa de los Estados Miembros, y subrayó la necesidad de que todos los países participaran en el quehacer del Grupo para que este pudiera cumplir con el mandato que el 44.º Consejo Directivo le había otorgado.

34. La Directora aseguró al Comité que la Oficina tenía plena conciencia de que el Grupo de Trabajo era una iniciativa patrocinada por los países y que estaba dispuesta a prestarle toda la ayuda que necesitara para cumplir su mandato. La Oficina adoptaría las medidas necesarias para abordar cualquier problema técnico que impidiera a los Estados Miembros obtener acceso a los documentos del Grupo de Trabajo, y fomentaría una mayor participación de las representaciones de la OPS/OMS en la difusión de los documentos y para alentar a los países a participar activamente en el proceso. Asimismo, procuraría proporcionar al Grupo de Trabajo y a los Estados Miembros abundante información que ya tenía la Oficina, pero que a la fecha no había sido distribuida ampliamente. Un ejemplo era un estudio reciente sobre la distribución y las tendencias del personal, que podría ser una aportación valiosa para la labor del Grupo en el ámbito de los recursos humanos. Es posible que el Grupo de Trabajo también considerara útil examinar las evaluaciones de las estrategias en materia de cooperación con los países que la OPS estaba emprendiendo en diversos países, con métodos acordados con la OMS.

35. A juicio de la oradora, el Grupo de Trabajo podría hacer una aportación enorme al crecimiento de la OPS, desde un punto de vista tanto técnico como institucional y político. Entre las cosas que se habían perdido a lo largo de los años era la existencia de una unidad en la Oficina que se dedicara expresamente al desarrollo institucional. La consulta con los Estados Miembros en el contexto del Grupo de Trabajo podría ayudar a colmar ese vacío. La aportación de los Estados Miembros también sería beneficiosa para contrarrestar otro punto flaco de la Organización: la expresión formal de ciertas políticas. Por mucho tiempo, la OPS había sido una fuerte defensora y asociada de los países, por ejemplo, en las iniciativas subregionales de integración; sin embargo, no tenía ninguna política explícita al respecto y los Cuerpos Directivos nunca habían realizado un análisis formal del tema. En efecto, con excepción de la resolución de 1983 referente a la descentralización y la función de las representaciones de la OPS/OMS y del documento de 1995 sobre el panamericanismo y la cooperación técnica entre los países, prácticamente no había tenido lugar ningún debate en los Cuerpos Directivos sobre los elementos políticos de la gestión institucional y de la cooperación técnica. La exposición del Grupo de Trabajo sobre tales temas era por lo tanto muy bien recibida.

36. Aunque la Oficina no había buscado ni recibido recursos adicionales para tales procesos de reflexión y examen institucionales, sin duda estaba agradecida por el apoyo que el BID había ofrecido al Grupo de Trabajo y aceptaría las sugerencias de los Estados Miembros en cuanto a cómo movilizar más recursos para mantener procesos de esa naturaleza.

37. Con respecto a la manera en que la Oficina utilizaría las ideas y recomendaciones generadas por el Grupo de Trabajo, la oradora señaló que algunas recomendaciones no serían polémicas y podrían llevarse a la práctica con facilidad. Tales recomendaciones serían adoptadas de inmediato y, de hecho, algunas sugerencias del Grupo de Trabajo ya estaban poniéndose en práctica. En otros casos, dichas sugerencias no se habían refinado al grado de poderse considerar recomendaciones claras; por consiguiente, sería necesario conceder tiempo para analizarlas más a fondo y aguardar la orientación oficial y las recomendaciones del Consejo Directivo. Por último, la Directora reiteró que la Oficina tenía el firme compromiso de apoyar la labor del Grupo de Trabajo y que, a su parecer, esto fortalecería a la Organización como institución y mejoraría su capacidad de responder a las necesidades de cooperación de los países.

38. El Comité Ejecutivo agradeció sus esfuerzos al Grupo de Trabajo y alentó a los Estados Miembros a formular con prontitud observaciones sobre los análisis preliminares.

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004 (documentos CE134/7 y CE134/7, Add. I)

39. La Sra. Roxana Terán de De la Cruz (Costa Rica) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004, —integrado por los Representantes de Costa Rica, Dominica y Paraguay— se había reunido el 23 de junio de 2004. Después de haber examinado la documentación de los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al Dr. Gastão de Souza Campos, de Brasil, por sus aportaciones sobresalientes en el campo de la transformación del modelo de atención de salud de su país mediante un método de gestión que aumentaba la democratización de los servicios sanitarios.

40. El Comité aprobó la resolución CE134.R11, por la cual respaldaba la decisión del Jurado, y felicitó a los otros candidatos y a los Estados Miembros que habían presentado candidaturas.

Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documentos CE134/8 y CE134/8, Add. I)

41. El Sr. Jerome Walcott (Barbados) informó que el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales —compuesto por los Representantes de Barbados,

Estados Unidos de América y Perú— había considerado una solicitud de la Directora en conformidad con el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*. Después de examinar el documento de antecedentes sobre la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) preparado por la Oficina, el Comité Permanente decidió recomendar al Comité Ejecutivo que autorizara el establecimiento de relaciones oficiales entre la OPS y la RSMLAC.

42. El Comité Permanente también había analizado la documentación de las siguientes cinco ONG, cuya condición de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con la OPS debía revisarse: la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM), la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), el Colegio Interamericano de Radiología (CIR), la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR). Además, de conformidad con la resolución CE132.R9 aprobada por el Comité Ejecutivo en junio de 2003, el Comité Permanente había examinado la condición de dos ONG interamericanas cuyas relaciones oficiales con la OPS habían sido reanudadas por un período de un año, con la condición de que se examinara de nuevo el estado de sus actividades y su desempeño sobre la base de un plan de trabajo en colaboración. Las dos ONG en cuestión eran la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y la Unión Panamericana para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (UPACITS, antes ULACETS).

43. Después de que cada una de las ONG presentó una breve ponencia y la Oficina formuló las observaciones correspondientes, y teniendo en cuenta la información escrita sobre las actividades de colaboración entre cada una de las siguientes ONG y la OPS, el Comité Permanente recomendó al Comité Ejecutivo que autorizara la continuación de las relaciones oficiales con CIR, ALIFAR, FLH, FEPAFEM, FEPPEN y CI-ROLAC durante un período de cuatro años.

44. El Comité Permanente recomendó que las relaciones oficiales entre la OPS y la Unión Panamericana para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (UPACITS, antes ULACETS) se suspendieran.

45. El Comité respaldó las recomendaciones del Comité Permanente y aprobó la resolución CE134.R7.

Asuntos relativos a la política de los programas

Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional (documentos CE134/9 y CE134/9, Add. I)

46. La Dra. Karen Sealey (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) presentó este tema. Comenzó por pedir disculpas por el retraso en la distribución del documento que contenía la propuesta de la nueva política presupuestaria y explicó que se había debido a la tentativa de la Oficina de lograr una participación máxima de los Estados Miembros en la formulación de esta. Recordó que con el fin de recibir aportaciones de los Estados Miembros para el examen de la política presupuestaria, la Oficina había formado un grupo consultor de expertos nacionales en materia de planificación, presupuesto y desarrollo internacional que se había reunido por primera vez en marzo de 2004, justo antes de que se celebrara la 38.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación. Posteriormente, la Oficina había realizado un análisis sobre la política presupuestaria en el que se tenían en cuenta las observaciones formuladas en esa reunión, así como las recomendaciones del Grupo Consultivo. A mediados de mayo de 2004, se había celebrado la segunda reunión del Grupo Consultivo y se había trabajado más con el fin de preparar una propuesta a tiempo para presentarla al Comité Ejecutivo. Dicha propuesta se planteaba en el documento CE134/9, Add. I.

47. A continuación, la oradora describió el contenido del documento, deteniéndose en los antecedentes y el contexto para el examen de la política presupuestaria de la Organización. Entre las principales razones que justificaban el examen estaba el hecho de que los Estados Miembros habían manifestado su deseo de que se examinaran las pautas de asignación corrientes; la necesidad de actualizar la política en vigor (desde 1985) de modo que reflejara los planes actuales y las orientaciones de la Organización; las repercusiones de la resolución WHA51.31, que había reducido de manera importante la asignación de la OMS a la Región (aunque, por fortuna, esa decisión había sido anulada en la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004); la aprobación del nuevo Plan Estratégico y de la Estrategia de Gestión de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, aunada a un mayor fortalecimiento del enfoque de la OPS centrado en los países y a la designación de cinco países clave; y las decisiones del 44.^o Consejo Directivo, que habían exigido que se examinaran los criterios para la asignación de recursos a los países y para la formulación de un criterio más equitativo y basado en las necesidades.

48. En el documento se describían los factores que se habían considerado al formular la política del presupuesto, incluidos los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que hoy en día eran la brújula de todos los organismos de desarrollo; el número cada vez mayor de solicitudes de ayuda para los procesos de

integración regional y subregional en el ámbito de la salud que se presentaban a la OPS; la necesidad de expresar los valores básicos de equidad y solidaridad de la OPS, y de velar por que sus funciones básicas se desempeñasen en todos los niveles; la mayor atención prestada a los países; y la necesidad de encontrar un método basado en las necesidades para asignar los recursos de cooperación técnica, que había sido uno de los aspectos más difíciles del proceso. En el documento también se describía la relación entre los niveles funcionales (de país, subregional y regional), las áreas de trabajo y las unidades orgánicas de la OPS, así como la manera en que contribuirían a la cooperación técnica total prestada por la Organización. En la política propuesta, la proporción de la asignación a los países aumentaría de 35% a 40%, e incorporaría un nuevo componente subregional equivalente a 5%. Este último representaría las tareas que apoyarían directa o indirectamente a los países, pero que estarían en proceso de clasificación para que reflejaran adecuadamente lo que se hacía a nivel subregional, o bien, para respaldar el programa de salud en materia de procesos de integración subregionales.

49. A continuación, en el documento se abordaban los factores que debían considerarse para la asignación de los recursos a los países. Entre ellos, el primero y más importante era el principio de la equidad entre los países, es decir, que los países con mayores necesidades recibieran una parte proporcionalmente mayor de los recursos; y la solidaridad en la redistribución de los fondos, que en el caso de algunos países necesariamente implicaría recibir menos recursos para que otros pudieran recibir más. Otros factores eran la cooperación con todos los países; la mayor necesidad de cooperación a nivel subregional; la flexibilidad para responder oportunamente a las necesidades cambiantes; y la repercusión de las grandes diferencias en el tamaño de las poblaciones de los países de la Región. El enfoque propuesto para la asignación de recursos comprendía dos componentes: el financiamiento básico y el variable. El primero constaba de dos partes: la cifra mínima, que aseguraba un nivel mínimo de cooperación para todos los países, y la parte basada en las necesidades, que estaría determinada por la situación sanitaria y las necesidades económicas relativas de los países. El componente variable conferiría flexibilidad, la cual permitiría aumentar la asignación a los países a corto plazo, de modo que pudieran acelerar el cumplimiento de alguna prioridad o meta colectiva. No todos los países reunirían los requisitos para el financiamiento variable, y los criterios para la asignación de éste podrían cambiar en el transcurso del tiempo, pero se darían a conocer en cada proyecto de presupuesto bienal por programas (BPB).

50. El Sr. Román Sotela (Jefe de la Unidad de Presupuesto por Programas, OPS) dio más detalles sobre el modelo conceptual de cinco elementos que se estaba sometiendo a la consideración del Comité y se describía en el anexo B del documento CE134/9, Add. I.

51. El primer componente del modelo era un enfoque de dos partes para la asignación de los recursos. El segundo era un parámetro basado en las necesidades —el índice de necesidades de salud (INS)— que daba objetividad a la determinación de la necesidad.

Funcionaba como un marcador sustitutivo del grado de las necesidades sanitarias, con base en dos indicadores descriptivos de salud conocidos y sus factores determinantes: la esperanza de vida al nacer y el ingreso nacional bruto per cápita. (En el anexo B del documento se mostraba la fórmula estadística usada para calcular el índice.) El tercer componente del modelo era el agrupamiento de los países en quintiles. Este agrupamiento era importante porque, aunque el índice serviría para colocar a los países en un orden relativo basado en las necesidades, no necesariamente era la mejor medida para la asignación real de los recursos, debido a las incongruencias de los cálculos estadísticos. Agrupar a los países en quintiles permitiría que se aplicaran los mismos criterios basados en las necesidades a los países del mismo grupo.

52. El cuarto componente era la ponderación por quintiles, o distribución progresiva de los recursos, con base en las necesidades relativas. La base de la distribución progresiva era respetar el principio de la equidad: los países con mayores necesidades recibirían una proporción mayor de los recursos totales. Por lo tanto, los países clasificados en un mismo quintil recibirían una parte proporcionalmente mayor de los recursos que los países del quintil precedente. El componente final era el alisamiento de las poblaciones, un método para tratar estadísticamente la gran variación en el tamaño de las poblaciones de los países de la Región. Permitía que los países pequeños y medianos tuvieran un acceso razonable a los fondos basados en las necesidades, a la vez que procuraba que, a igualdad de condiciones, los países de mayor tamaño recibieran más recursos que los pequeños, aunque estos recibirían más per cápita. En el anexo B se mostraban los resultados de la aplicación del modelo, con base en la cantidad de recursos aprobados para el BPB de 2004-2005, con una asignación mínima de \$500.000 por país y una escala de ponderación progresiva de 50%, lo cual significaba que cada grupo de percentil sucesivo recibía 50% más. Las variaciones en las asignaciones mostradas en los cuadros 3 y 4 se debían a las diferencias en los métodos de alisamiento aplicados (el logaritmo al cuadrado o la raíz cuadrada del número de habitantes). Como podían apreciar los Estados Miembros, según el método que se usara, los resultados generados podían ser considerablemente diferentes en cuanto al aumento o la disminución de la asignación de los recursos a un país determinado. La Oficina había solicitado aportaciones de los Estados Miembros acerca de los mejores métodos de ponderación progresiva y alisamiento de poblaciones, con base en los resultados de asignación deseados y en la repercusión de la distribución sobre la equidad.

53. El Sr. Jerome Walcott (Barbados, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había manifestado su firme respaldo a que se examinara la política presupuestaria regional para que esta reflejara el mayor hincapié que tanto la OMS como la OPS hacían actualmente en los programas y actividades a nivel de país. El Subcomité había alentado al Grupo Consultivo a que emprendiera el examen para estudiar con detenimiento de qué manera la política presupuestaria podía mejorar la salud de las poblaciones marginadas de los países —incluidas las mujeres, los niños, las

personas de edad y los grupos indígenas— y cómo se podía estructurar el presupuesto para que fuese más eficaz a nivel de país, sobre todo en los países con mayores necesidades. Los delegados también habían recalcado que el aumento de los recursos de país debía aunarse a la supervisión minuciosa de su utilización mediante la vigilancia, la evaluación y la responsabilización financiera. El Subcomité había dado varias indicaciones para el trabajo futuro del Grupo Consultivo. Con respecto a los criterios para la asignación de los fondos, se había sugerido que el índice de desarrollo humano podría ser un medio útil para ponderar las asignaciones entre los países de la Región. También se había propuesto que, además de examinar los criterios para la asignación y la utilización de los recursos, el Grupo Consultivo debía analizar posibles mecanismos y estrategias para movilizar otros recursos presupuestarios y de este modo permitir a la Organización responder a las nuevas exigencias.

54. El Comité Ejecutivo agradeció a los miembros del Grupo Consultivo y al personal de la Oficina su gran empeño en redactar la política del nuevo presupuesto y en concebir el modelo propuesto. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo manifestó su firme apoyo para que se examinara el método de asignación del presupuesto de la Organización al objeto de que fuese más equitativo, y reconoció que la tentativa respondía directamente a la solicitud presentada por los Estados Miembros al 44.º Consejo Directivo. Se señaló que la importancia del proceso de examen que ya estaba en marcha en las Américas residía no solo en las consecuencias que tendría para la Región, sino también en la importancia que podría tener para el examen por parte de la OMS de los criterios para la asignación de los recursos de su presupuesto ordinario a las regiones, de conformidad con la decisión WHA57(10).

55. El Comité indicó las limitaciones que dificultaban formular observaciones sobre el documento CE134/9, Add. I, dado que no se había distribuido con antelación. Aunque los delegados comprendían las razones de dicha demora, algunos señalaron que no habían tenido tiempo suficiente para recibir aportaciones de otros funcionarios de sus gobiernos respectivos, y, por consiguiente, no estaban en condiciones de hacer observaciones sustanciales sobre la propuesta. El Comité instó a la Oficina a que distribuyera la propuesta entre todos los Estados Miembros y a que solicitara sus observaciones mucho antes de que se celebrara el 45.º Consejo Directivo. Se sugirió que quizá también sería conveniente celebrar una conferencia especial para que los países tuvieran la posibilidad de obtener más información y expresar sus opiniones sobre la propuesta antes de que se celebrara el Consejo Directivo.

56. Varias preguntas e inquietudes concretas se plantearon con respecto a la política y al modelo propuestos. Se pidió a la Oficina que proporcionara información sobre la fórmula usada para calcular las asignaciones de conformidad con la política presupuestaria de 1985 y sobre las diferencias respecto del nuevo método. En cuanto a la asignación mínima de 40% que se proponía para los países y de 5% al nivel subregional, se solicitó

que se precisara cómo se habían determinado dichos porcentajes; en concreto, si el porcentaje mayor se fundamentaba en datos sobre la distribución de los recursos entre los niveles funcionales para las diversas áreas de trabajo. Los delegados también preguntaron si al formular la propuesta se habían considerado todas las fuentes de financiamiento, incluidos los fondos extrapresupuestarios y el aumento probable de fondos de la OMS. Con respecto a los cinco quintiles, se le pidió a la Oficina mayor información sobre cómo se habían conformado los grupos de países y los límites entre ellos. Además, los delegados preguntaron si en el esquema propuesto de asignación según las necesidades estaba contemplado que los cinco países claves determinados en el Plan Estratégico recibirían algún tratamiento especial.

57. Aunque se manifestó un apoyo firme a la asignación de una parte proporcionalmente mayor de recursos a los países con mayores necesidades, varios delegados expresaron su preocupación por la posible repercusión que tendría reducir las asignaciones a los otros países. Se sugirió que cabía la posibilidad de que se incorporaran otros factores de alisamiento en cada quintil para disminuir al mínimo los efectos de cualquier reducción. Se pidió a la Oficina que explicara si al aplicar el modelo había introducido algún factor de corrección que pudiera ayudar a mitigar la repercusión de las reducciones, por ejemplo, que corrigiera la inflación o considerara las cuotas que los países pagaban para sufragar los costos de mantenimiento de las representaciones de la OPS/OMS. Se recalcó que las reducciones debían hacerse poco a poco para dar tiempo a los países a que se prepararan para hacer frente a sus consecuencias y finalizar los proyectos que ya estaban en marcha. Asimismo, se señaló la importancia de que los aumentos del financiamiento también se hicieran paulatinamente, ya que cabía la posibilidad de que algunos países beneficiarios no tuvieran la capacidad para absorber de golpe la totalidad de un incremento grande. En este sentido, se subrayó la necesidad de realizar un seguimiento y una evaluación minuciosos de la utilización de los recursos en los países.

58. Se reiteraron varias sugerencias formuladas en la 38.^a sesión del SPP en marzo, en particular, que la Oficina debía preparar un gráfico compuesto que indicara cómo se armonizaba la política presupuestaria con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con las metas de la Cumbre de las Américas y con el Plan Estratégico de la OSP para 2003-2007; así como una presentación sobre la experiencia con la modalidad de trabajo en materia de cooperación técnica entre los países (CTP) en la Región durante los últimos 20 años.

59. La Dra. Sealey agradeció al Comité sus observaciones y consideró que habían proporcionado una buena orientación respecto de los aspectos de la propuesta sobre los que todavía se necesitaba trabajar o que requerían precisarse más. Opinó que era alentador que los delegados comprendieran el trabajo que representaba el haber elaborado la propuesta, así como el hecho de que en general coincidieran en que la Oficina iba en la dirección correcta. Indicó que la Oficina estudiaría minuciosamente las sugerencias del Comité —por ejemplo, la que se refería a incorporar factores de alisamiento dentro de los

grupos de países— con miras a refinar más la propuesta antes de presentarla al Consejo Directivo. La Oficina también adoptaría de inmediato las medidas necesarias para elaborar un gráfico compuesto que indicara la armonización de la política presupuestaria con los diversos objetivos y mandatos regionales y mundiales. En cuanto a la sugerencia para que se realizara un informe sobre la CTP, señaló que actualmente se preparaba un documento sobre el tema que se presentaría al SPP en 2005.

60. Al responder a las preguntas sobre los porcentajes que se asignarían a los países y a la Subregión, la funcionario dijo que el cálculo se basaba en la experiencia y en la tendencia mundial dentro de la OMS a prestar más atención a los países. La Oficina emprendería el análisis de los presupuestos correspondientes a los bienios anteriores y al actual con la finalidad de proporcionar mayor información sobre los porcentajes asignados anteriormente a los diversos niveles funcionales; sin embargo, se sabía que el porcentaje actualmente asignado a los países sobrepasaba el mínimo de 35% de conformidad con la política presupuestaria anterior, pero todavía no había alcanzado 40%. También reconoció que los Estados Miembros estaban exigiendo que se hiciera más directamente en los países. El factor de las contribuciones directas de los países al funcionamiento de las representaciones de la OPS/OMS era una variable que no había sido incorporada a la fórmula. De hecho, el Grupo Consultivo había opinado que una de las ventajas del modelo era que permitiría una mayor flexibilidad para replantear (bilateralmente, entre la OPS y cada país) la presencia en el país y los arreglos a nivel de país después de que se fijaran las nuevas cifras tope.

61. En lo que se refería a los países clave, uno de los aspectos que la Oficina había procurado que el modelo abarcara era que estos países estuvieran en el grupo de los más necesitados y, por lo tanto, recibieran un trato favorable en el proceso de asignación de los recursos. Sin embargo, según el método estadístico que se utilizara, cabía la posibilidad de que uno o dos de los países clave recibieran a veces un financiamiento ligeramente menor, pero el financiamiento variable generado por el sistema de dos partes permitiría garantizar que realmente no se hicieran reducciones de recursos a ninguno de los países clave.

62. En lo que respecta a la fórmula para calcular la asignación de los recursos a los países que se había utilizado de conformidad con la política adoptada en 1985, la parte de la asignación basada en las necesidades se había calculado sobre la base de tres indicadores: la mortalidad infantil, la población y la disponibilidad de los recursos sanitarios medida como el número de médicos por habitantes. En la nueva fórmula, se había escogido la esperanza de vida al nacer en parte porque era un indicador analítico que reflejaba los diversos factores que contribuían a la morbilidad y a la mortalidad, incluida la mortalidad infantil.

63. En cuanto a si se habían considerado otras fuentes de financiamiento en la propuesta, la respuesta era afirmativa. Uno de los aspectos que la Oficina había procurado

poner de manifiesto era que la política dirigiría la presupuestación de todos los fondos, incluidos los extrapresupuestarios y los ordinarios. La posibilidad de que la OMS asignara más recursos a la Región también se había tenido en cuenta, pero no había sido posible hablar de cifras concretas, dado que se desconocía cuándo tendría lugar la redistribución y cuánto recibirían las Américas.

64. La oradora quiso dejar muy claro que la Oficina había admitido desde el principio que el tipo de redistribuciones contempladas tendrían que ser incorporadas paulatinamente. No se pretendía que todos los cambios propuestos para las asignaciones se implantaran al mismo tiempo, sino de manera progresiva, a lo largo de dos o tres bienios. La incorporación paulatina permitiría que se cumplieran los compromisos relativos de proyectos que ya estuvieran en marcha. La Oficina también recomendaba que se examinara la política cada seis años (es decir, cada tres bienios) para que siguiera siendo pertinente y sensible a las necesidades cambiantes.

65. La Dra. Sealey aseguró al Comité que la Oficina tenía la intención de utilizar todos los medios posibles para obtener retroalimentación por escrito de los Estados Miembros antes del Consejo Directivo. Una de los primeros medios consistiría en informar a las representaciones de la OPS/OMS para que pudieran alentar a los países a examinar la propuesta y responder a ella. No se propuso que se celebraran reuniones de consulta adicionales aunque, desde luego, la Oficina estaba abierta a los deseos de los Estados Miembros. En todo caso, tanto la Dra. Sealey como el resto del personal de la Oficina que había participado en la elaboración de la propuesta estarían encantados de comunicarse con los funcionarios de los Estados Miembros en todo momento para responder a sus preguntas o inquietudes.

66. El Sr. Sotela, en respuesta a la pregunta sobre el agrupamiento de los países, dijo que se habían probado varios números de grupos (de 3 a 12) y que la Oficina había fijado cinco grupos, o quintiles, porque al parecer era un número que permitía distinguir claramente cinco niveles distintos de necesidades. Era importante que se evitara dividir a los países en demasiados grupos porque el resultado sería casi como depender del indicador real, que era precisamente lo que se intentaba evitar con el agrupamiento de los países en quintiles. Por otro lado, la existencia de muy pocos grupos no permitiría una separación neta de los países según las necesidades.

67. Con respecto al factor de corrección para la inflación, los resultados que se mostraban con finalidades ilustrativas en el anexo B del documento CE134/9, Add. I se basaban en las cifras máximas aprobadas para el presupuesto 2004-2005. Dado que en el ejemplo solo se habían utilizado un conjunto de cifras, no se había incorporado el factor de la inflación. Sin embargo, en la elaboración de los proyectos para aumentar los costos en los BPB sí se habían incorporado factores de inflación. La Oficina había considerado tanto la inflación como la devaluación para todos los países a fin de evaluar su repercusión

sobre el presupuesto dolarizado, aunque en la mayoría de los casos la inflación y la devaluación se habían anulado entre sí. Casi todos los aumentos en los costos del presupuesto de la OPS se habían explicado con la inflación en Washington, D.C., donde no había ningún factor de devaluación contra el dólar.

68. La Directora agradeció a los países que habían compartido sus conocimientos y experiencia con el Grupo Consultivo. Opinó que el proceso de examen de la política del presupuesto había sido un ejemplo excelente de colaboración profesional entre la Oficina y los Estados Miembros, que había dado lugar a la elaboración de un producto concreto en un período de tiempo muy corto y a un costo muy bajo para la Organización. Procedimientos similares llevados a cabo en otras organizaciones internacionales habían costado cientos de miles de dólares. Además, el proceso había dado lugar a una política y a un modelo que satisfacían lo que los Estados Miembros habían solicitado con tanta vehemencia en el 44.º Consejo Directivo: distribuir los recursos de la Organización de manera más equitativa y con base en las necesidades de los países. A su juicio, este hecho daba pie a que la propuesta se considerara como algo positivo para todas las partes involucradas.

69. Desde luego, la redistribución daría lugar a que las asignaciones de algunos países aumentaran y las de otros disminuyeran; sin embargo, tales cambios tenían que considerarse sobre la base de varios factores. Los fondos del presupuesto ordinario mostrados en los cuadros del documento comprendían tanto los fondos correspondientes a puestos como los que no estaban asignados a puestos. Si en un país se eliminara un puesto o este dejara de clasificarse como puesto de las Naciones Unidas para clasificarse como puesto local, la cantidad de recursos disponibles para finalidades funcionales en ese país aumentaría considerablemente, aunque la asignación total no cambiaría. Del mismo modo, si un puesto se transfiriera de la Sede o de alguno de los centros panamericanos a un país, este se beneficiaría de la presencia de especialistas, pero su asignación efectiva tampoco cambiaría. En consecuencia, la asignación de los fondos ordinarios no reflejaba por completo la cantidad de cooperación técnica prestada.

70. Asimismo, debía tenerse presente que, además de los fondos del presupuesto ordinario, los países recibían fondos para proyectos. Es más, la Organización a veces lograba movilizar grandes cantidades de recursos para los países, las cuales provenían de donadores, fundaciones, bancos de desarrollo y otras fuentes, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Por consiguiente, quizá la cantidad que un país determinado recibía efectivamente de la Organización era varias veces mayor que su asignación del presupuesto ordinario.

71. Otro factor que debía considerarse, como lo había señalado el Comité, eran las contribuciones que los mismos Estados Miembros hacían para mantener la presencia de la OPS en los países. Los aportes de algunos de ellos eran considerables, ya fuese en forma

de suministro de instalaciones, personal o pago de los costos reales, mientras que otros no contribuían. De conformidad con el modelo que actualmente estaba vigente, a lo largo de la historia la parte con la que los países más pobres y pequeños habían contribuido para apoyar el trabajo de la Organización en su territorio había sido proporcionalmente mayor. El nuevo modelo permitiría llegar a un arreglo más equitativo.

72. Por último, tal como el Comité había observado en 2006 y 2007, se esperaba que la cantidad asignada por la OMS a los países aumentara, de conformidad con la decisión del Director General de transferir una proporción mayor de los fondos de la OMS a las regiones y a los países. Dichos fondos también debían ayudar a atenuar las reducciones previstas en comparación con otros niveles.

73. La Directora opinó que era importante implantar la nueva política presupuestaria cuanto antes para que pudiera ponerse en práctica al formularse un proyecto de presupuesto para el bienio 2006-2007 que respondiera a la exigencia del 44.º Consejo Directivo de que hubiera una distribución más equitativa de los recursos. Por consiguiente, alentó al Comité a que recomendara al 45.º Consejo Directivo que aprobara la política.

74. Cuando se discutió el proyecto de resolución sobre este tema, algunos delegados opinaron que, como los Estados Miembros habían tenido muy poco tiempo para examinar la propuesta, quizá era prematuro recomendar ninguna resolución al Consejo Directivo. Sin embargo, otros delegados consideraron importante que se prosiguiera con el proceso de aprobación de la política presupuestaria en septiembre de 2004, de modo que la nueva política pudiera orientar la formulación del BPB correspondiente al bienio 2006-2007. Después de un debate más a fondo y sobre la base de que la Oficina aseguró que pediría a los Estados Miembros que formularan observaciones por escrito sobre la política, las cuales se distribuirían después a todos los Miembros, y que los cambios que se hicieran a partir de las aportaciones adicionales serían incorporados al documento final que se presentaría al Consejo Directivo, el Comité aprobó la resolución CE134.10.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (documento CE134/10)

75. La Dra. Ilona Kickbusch (Consultora Principal para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud, OPS) describió los componentes principales de la estrategia de la OPS para ayudar a los Estados Miembros a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Comenzó por señalar que el avance hacia la integración de los objetivos al trabajo de la OPS había sido muy dinámico desde que había presentado su informe al SPP, en marzo. Esto explicaba que en la sala hubiera un número tan grande de funcionarios de la OPS de esferas distintas del programa. Todos estaban impacientes por escuchar las observaciones del Comité y seguir recibiendo orientación en cuanto a la manera en que la OPS podría ayudar mejor a los países a cumplir los objetivos.

76. A continuación, explicó los Objetivos de Desarrollo del Milenio y dijo que estaban basados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000. Los objetivos y sus metas e indicadores correspondientes se describían en el documento CE134/10, centrado particularmente en el objetivo relacionado con las alianzas mundiales, en concreto, las de alcance regional, y en la manera en que los países se prestaban ayuda mutua para alcanzar las metas. El documento también subrayaba muy firmemente la necesidad de emprender un esfuerzo verdaderamente intersectorial en toda la Región. Había un fuerte compromiso político para cumplir los ODM en la Región, prueba de ello era la Declaración de Brasilia y la tentativa por vincular los ODM con el proceso de la Cumbre de las Américas. Casi todos los países de la Región habían establecido una entidad política de alto nivel para continuar trabajando a fin de cumplir los ODM; sin embargo, hacía falta en muchos países un enfoque intersectorial realmente comprometido para alcanzarlos.

77. Aunque los ODM habían colocado la salud en una posición mucho más visible y prioritaria del temario de desarrollo mundial, los adelantos hacia el logro de los objetivos relacionados con la salud, particularmente en los países clave de la OPS, había sido demasiado lento e incluso los países con posibilidades de alcanzar los promedios de los ODM para la fecha programada de 2015 no lo lograrían con respecto a los grupos de población más vulnerables. Por esta razón, como a menudo lo había afirmado la Directora, el reto fundamental de los ODM para las Américas era superar la inequidad en la Región. La OPS consideraba los ODM como un punto de partida para abordar las inequidades entre los grupos de población y un avance para reducirlas de manera importante.

78. El enfoque de los ODM relacionados con la salud que la Organización propugnaba no los consideraba como una empresa más, sino como un conjunto indivisible de medidas, cuyo logro significaba no solo abordar los innumerables factores determinantes de la salud —incluidos los factores determinantes sociales y ambientales—, sino también los nuevos factores determinantes mundiales. El enfoque de los ODM adoptado por la OPS recalca la sinergia entre la salud y el desarrollo general, la reducción de la pobreza y la calidad de vida, y se basaba en cuatro principios: 1) el sentido de propiedad por parte del país; 2) el buen gobierno con rendición de cuentas y un desarrollo con objetivos concretos; 3) el cálculo de costos para que la inversión llegase a los grupos de población más pobres, y 4) el concepto de que se trataba de un asunto de política, no de caridad. En el documento se proporcionaba información adicional sobre el enfoque y los ocho objetivos estratégicos del trabajo que la OPS realizaba para apoyar a los países.

79. Entre las siguientes etapas de la labor de la Organización en materia de los ODM estarían la participación en próximas reuniones sobre los nexos entre los ODM y la investigación y la atención primaria de salud; dar apoyo para que se celebre una reunión de los ministros de salud sobre los ODM antes de la próxima Cumbre de las Américas; e incorporar un enfoque más firme de los ODM en la Agenda Compartida con el Banco

Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Desde luego, el proceso de integración de las metas a las esferas de trabajo de la OPS continuaría. A este respecto, la Dra. Kickbusch señaló que la Oficina estaba abordando el problema, planteado por el SPP, de determinar la cantidad de dinero que la OPS estaba invirtiendo, directa e indirectamente, en los ODM. Para concluir, recalcó que para la OPS el cumplimiento de los ODM era una empresa que debía efectuarse de manera conjunta entre la Organización y sus Estados Miembros, sus otros asociados internacionales, la comunidad de las ONG y la comunidad académica.

80. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina, Vicepresidente del Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el Subcomité había aplaudido el compromiso de la OPS de ayudar a todos los países de la Región a alcanzar los objetivos y las metas planteados en la Declaración del Milenio y había manifestado su apoyo general a los criterios de cooperación técnica y a las actividades descritas en el documento presentado al Subcomité. Se había manifestado un apoyo particular al afán de la OPS por integrar el trabajo relacionado con los ODM en programas y actividades que ya existían, así como a su insistencia en considerar la situación particular de cada país. Los delegados habían recalcado las necesidades de un compromiso incesante y de incorporar las metas como parte integrante de los marcos de política nacionales, en lugar de que se abordaran como iniciativas distintas. El Subcomité también había considerado importante vincular el trabajo realizado para cumplir los ODM con el efectuado en otras iniciativas mundiales y regionales de salud y desarrollo, como el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas.

81. Asimismo, el Subcomité había considerado fundamental la asignación y movilización de recursos para que los países logran las metas y había sugerido que la OPS podría ayudar a los países a calcular cuánto deberían invertir en los próximos diez a quince años. Otra sugerencia del Subcomité fue que la OPS podría ayudar a los países a planificar más eficazmente la ayuda que ya recibían, así como a armonizar e integrar las actividades de cooperación de todos los asociados internacionales. La cooperación entre los países también se consideraba una estrategia clave para movilizar los recursos técnicos y financieros necesarios, y se había alentado a la OPS a continuar prestando ayuda a los países para forjar tales asociaciones bilaterales. Por último, el Subcomité había recalcado la necesidad de mantener un seguimiento continuo de los adelantos en el cumplimiento de los ODM.

82. El Comité Ejecutivo también recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS por ayudar a los países a cumplir los ODM, aunque observó que estos no comprendían todo el temario de salud de los países de la Región. Los miembros manifestaron su respaldo a varias estrategias y enfoques mencionados en el documento, en particular, al hincapié que se hacía en la equidad y el cumplimiento de los objetivos en todos los grupos de población. Se señaló que se requerirían enfoques diferenciales en los países para tratar las necesidades concretas de los distintos grupos y que, a menudo, ciertos grupos de un país

tenían más características en común con grupos análogos de un país vecino que con el resto de la población de su propio país. Un ejemplo de ello eran los grupos y las poblaciones indígenas que vivían a lo largo de las fronteras nacionales. Por ese motivo, debían explorarse todas las posibilidades, en particular en el plano subregional, al objeto de que los países que se estaban enfrentando con problemas de la misma naturaleza colaboraran entre sí.

83. La armonización del trabajo de la OPS en materia de los ODM con otras iniciativas, como las Cumbres de las Américas, fue aplaudida, como lo fue también la propuesta de la Organización para usar los marcos de planificación y política existentes, como los Documentos de la Estrategia de Reducción de la Pobreza. Se sugirió que un papel particularmente importante para la OPS sería ayudar a cada país a determinar indicadores específicos que les permitieran dar seguimiento al avance en el cumplimiento de los ODM en el corto, mediano y largo plazo, así como identificar las esferas donde se requiriera insistir más para que se cumplieran. Además, se propuso que el equipo técnico de la Organización podría hacer alguna aportación valiosa prestando ayuda a los ministerios de salud para que adaptaran de manera más eficaz su planificación y presupuestación para cumplir los objetivos.

84. Los delegados hicieron varias sugerencias para mejorar el enfoque de la OPS y el documento. El Delegado de Costa Rica, al referirse a las prioridades estratégicas de la OPS enumeradas en el párrafo 35 del documento, sugirió agregar las palabras "individual y colectivo" a la prioridad estratégica que dice "proteger la salud como un bien público y un derecho humano", ya que, de otro modo, parecería que solo importa la salud de los individuos, y no la salud en su dimensión colectiva. El Delegado de Canadá insistió en la importancia de que la estrategia de la Organización para alcanzar los ODM reflejara la función clave de la salud sexual y reproductiva para cumplir algunos de los objetivos. También dijo que la OPS debía elaborar un calendario de trabajo sobre el cumplimiento de los ODM, en el que se indicaran los acontecimientos y plazos importantes para la realización de las actividades. El Delegado de México propuso cambios y adiciones concretos a los párrafos 11, 12, 33 y 38, y dijo que su delegación presentaría otras observaciones por escrito. En particular, sugirió que la Oficina debía examinar con detenimiento el párrafo 12, de modo que no dejase la idea de que la OPS dirigiría el proceso de crear asociaciones y alianzas estratégicas a nivel de país. La función de la OPS debía consistir en dar apoyo a los ministerios de salud durante ese proceso y en fortalecer su capacidad de forjar tales alianzas en función de las necesidades que el mismo país determinase.

85. La Delegada de los Estados Unidos dijo que ella también presentaría observaciones por escrito y que su delegación esperaba que la Oficina las considerara cuando revisara el documento para presentarlo ante el Consejo Directivo. Estados Unidos agradecía que se hubieran hecho las modificaciones al documento que había sugerido

cuando este se había presentado al SPP, pero lamentaba que no se hubieran considerado algunos de los puntos que habían surgido durante la sesión del Subcomité realizada en marzo. Además, la oradora solicitó que se definieran con mayor claridad los criterios que la OPS utilizaría para ayudar a los países a adaptar los objetivos y las metas, definidos a grandes rasgos, a acciones programáticas concretas que generaran resultados cuantificables. Por ejemplo, tras leer el párrafo 52 resultaba muy difícil entender cómo se mediría si las actividades enumeradas tenían alguna repercusión en los países.

86. Asimismo, a la Delegación de Estados Unidos le preocupaba el fuerte hincapié que se hacía en el objetivo 8, particularmente si se consideraba que las metas e indicadores correspondientes nunca habían sido aceptados formalmente por los Estados Miembros. La delegación opinaba que se insistía demasiado en ese objetivo, en detrimento de otros que correspondían más al mandato de la OPS como organismo técnico. La oradora manifestó que quizá la Organización no contaba con las competencias necesarias para emprender un análisis sistemático de los factores determinantes de la salud más amplios y contextuales que se mencionaban en el documento, y carecía del mandato para entablar debates políticos sobre asuntos de política o economía como los mencionados en los párrafos 20 y 21. Más bien, la OPS debería centrarse en llevar a cabo su mandato técnico, en particular, ayudar a los países a fortalecer las capacidades necesarias para servirse de la información de manera más eficaz al objeto de formular políticas, dar seguimiento y evaluar sus programas, y fortalecer sus sistemas sanitarios y los criterios de salud pública. En cuanto al apartado del documento sobre la movilización de recursos y la necesidad de una mayor asistencia oficial para el desarrollo (AOD), la delegada dijo que Estados Unidos estaba muy comprometido en proporcionar asistencia bilateral a los países de la Región, y que prueba de ello era la inclusión de tres de los países clave de la OPS en la lista de los países que reunían las condiciones para recibir ayuda directa y adaptable por medio de la empresa Millennium Challenge Corporation del gobierno estadounidense. Finalmente, opinó que el centro de atención de la OPS, en su función de organismo técnico, debía ser contribuir a que el sector de la salud utilizara más eficazmente los recursos que se le asignaran.

87. Por último, la Delegación de Estados Unidos reiteró su objeción al uso del término "Objetivos de Desarrollo del Milenio" y a la insinuación que se hace en el documento en cuanto a que los ODM han sido aceptados por los Estados Miembros. Lo que se había negociado y acordado formalmente por los jefes de Estado era la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en el año 2000. Posteriormente, las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) habían elaborado lo que llamaron una guía para la aplicación de la Declaración del Milenio. En esa guía se establecían metas e indicadores para los objetivos enunciados en la Declaración, y ese conjunto de objetivos, metas e indicadores constituía lo que había llegado a conocerse informalmente como "Objetivos de Desarrollo del Milenio"; así que en ningún momento los Estados Miembros habían llegado

a un acuerdo formal respecto de estas metas e indicadores. Por esta razón, la Delegación de Estados Unidos sostenía firmemente la opinión de que cualquier resolución que se aprobara al respecto no debía referirse a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino a los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, lo que concordaría con la resolución WHA55.19, aprobada por los Estados Miembros de la OMS en 2002.

88. El Delegado de Barbados, quien contaba con el apoyo del Delegado de Dominica, dijo que era difícil vislumbrar cómo la Organización podría evitar preocuparse por los problemas que se abordaban en el objetivo 8, dado el nexo existente entre el desarrollo del sector de la salud y el desarrollo nacional, y entre la inversión en salud y el desarrollo macroeconómico. A su vez, todas esas cuestiones estaban influidas por el ambiente económico mundial y por los temas paralelos de la globalización y la liberalización del comercio. Aunque la globalización había acarreado un gran número de beneficios, también había tenido varias repercusiones negativas, y las economías abiertas más pequeñas y vulnerables, como las del Caribe Oriental, eran las que sufrían más; en consecuencia, sectores importantes de sus economías se desestabilizaban, lo cual ponía en peligro su capacidad para invertir en la salud y la educación, dos de los principios fundamentales de los objetivos de desarrollo. Por consiguiente, a juicio del orador, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenía que ser una empresa colectiva de la comunidad internacional de las naciones, tal como lo exigía el objetivo 8. No podía ser únicamente una responsabilidad bilateral; todas las naciones tenían que participar, como lo habían hecho las empresas de la lista *Fortune 500* y otras empresas grandes del mundo. Si el debate se restringiera a la cooperación bilateral, se desaprovecharían muchas oportunidades de promover el desarrollo sanitario internacional.

89. Con respecto a las objeciones planteadas por la Delegación de Estados Unidos en cuanto al término "Objetivos de Desarrollo del Milenio", el Delegado de Barbados dijo que no se podía negar que los objetivos habían emanado de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, pero que el uso del término en cuestión era común y estaba ampliamente difundido. Los ODM habían sido validados en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, celebrada en Monterrey (México) y confirmados en la Declaración de Brasilia, y el término se había usado repetidas veces en la sesión del Comité Ejecutivo en curso. Es más, los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio no abarcaban ningún elemento que no hubiera sido incluido desde un principio en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Todos los objetivos y metas comprendidos en los ODM también estaban en la Declaración, incluido el objetivo 8, descrito junto con sus metas correspondientes en los párrafos 13, 15, 16, 18 y 20 de la Declaración. Por consiguiente, el delegado no consideraba necesario evitar el uso del término ni cambiar la redacción del proyecto de resolución.

90. Los Delegados de Argentina, Costa Rica, Paraguay y República Dominicana coincidieron con el criterio expresado por el Delegado de Barbados en cuanto al uso del término "Objetivos de Desarrollo del Milenio" y la redacción del proyecto de resolución.

91. El Delegado de Argentina informó que los ODM se habían tratado en una reunión de los ministros de salud de América del Sur celebrada en su país la semana anterior. Los participantes habían coincidido en que posiblemente sería necesario adaptar los objetivos a la realidad de cada región y habían sugerido que se creara un árbol de problemas concretos con objetivos y resultados intermedios. También habían recalcado la necesidad de una intervención intersectorial y multidisciplinaria y habían estado de acuerdo en la importancia de aumentar la cooperación con otros asociados, en particular, con los países en desarrollo. Dada la importancia otorgada a los ODM, se había decidido proseguir el debate durante la reunión de los ministros de salud y medio ambiente que se celebraría en junio de 2005, en Mar del Plata (Argentina). En esa oportunidad se continuaría con el trabajo que se había iniciado en la Reunión de Ministros de Salud y Medio Ambiente de las Américas, celebrada en Ottawa en 2002, y ello constituirá una aportación para la próxima Cumbre de las Américas, que también tendría lugar en Argentina, en 2005.

92. Los representantes del BID y de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) encomiaron a la OPS por su empeño en ayudar a los países a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ofrecieron el respaldo de sus organizaciones. El representante del BID reiteró la voluntad del Banco de trabajar con la OPS y con los países en el marco de la Agenda Compartida. El representante de AIDIS señaló que la creación de recursos humanos sería crucial para cumplir los ODM y ofreció a la OPS y los Estados Miembros el apoyo de su asociación para esa finalidad y para la ejecución de otros programas y actividades que contribuirían al logro de las metas.

93. La Dra. Kickbusch aseguró al Comité que sus observaciones se tendrían en cuenta, tanto al revisar el documento como al refinar el criterio de la Organización en materia de cooperación técnica y de su trabajo con asociados en el marco de iniciativas como la Agenda Compartida. Al hacer hincapié en que la OPS creía muy firmemente en el sentido de propiedad de los ODM por parte de cada país, dijo que la Oficina consideraría con especial cuidado la inquietud que México manifestaba respecto del párrafo 12 del documento. Consideró que el Comité Ejecutivo había planteado una cuestión muy importante que la Oficina había tratado de expresar en el documento, a saber, que los ODM no eran elementos independientes, sino partes de un programa de salud más amplio, y como tal eran una manifestación del compromiso con la gobernanza en materia de salud. Desde luego, los adelantos sanitarios de los países eran distintos y, en el caso de ciertos países, los ODM eran un buen primer paso hacia la responsabilización, un avance que luego les permitiría ampliar la noción de los objetivos y las metas de salud a otros temas fundamentales de sus agendas sanitarias respectivas.

94. La funcionaria señaló que un aspecto muy importante de los ODM era que constituían algo más que un conjunto de objetivos: formaban parte de un debate mundial acerca de nuevas modalidades de cooperación técnica y de responsabilización conjunta para el progreso. Parte de ese diálogo mundial acababa de tener lugar dentro del Comité Ejecutivo. Opinó que si la OPS lograba facilitar un diálogo de esa naturaleza, haría una aportación valiosa para establecer un compromiso político más firme que permitiría cumplir los objetivos. Dado que la singularidad de la OPS residía en sus aportaciones técnicas de carácter muy concreto, esperaba que esa idea quedara plasmada claramente en el documento. En un documento estratégico general como ese, no había sido posible comunicar al Comité todo lo que la OPS estaba haciendo en materia de cooperación técnica relativa a los ODM; sin embargo, la Oficina esperaba preparar un folleto —que estaría listo para presentarse al 45.º Consejo Directivo— que describiría las numerosas maneras en que los ODM habían sido incorporados al trabajo de las distintas unidades de la Organización.

95. El Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS), a petición de la Directora, expuso brevemente al Comité las últimas novedades sobre parte del trabajo realizado con el Banco Mundial y otros asociados en el marco de la Agenda Compartida y otras iniciativas para cumplir los ODM. Entre otras cosas, habló de los resultados de las distintas reuniones del Foro de Alto Nivel sobre los ODM de Salud, patrocinado conjuntamente por la OMS y el Banco Mundial, y observó que habían permitido sentar las bases para un diálogo creativo y fructífero sobre los ODM entre los Estados Miembros y los organismos de cooperación técnica y los financieros. Señaló que se proporcionaría mayor información durante la sesión especial de información sobre la Agenda Compartida y otros temas internacionales que tendría lugar en algún momento de la 38.ª sesión del Comité.

96. El funcionario recalcó de nuevo que uno de los aspectos principales del trabajo de la OPS en materia de los ODM había sido y seguía siendo poner de relieve que las Américas aún eran la región con más desigualdades en el mundo y que los ODM, en contra de la idea que había prevalecido en algunos ámbitos, eran pertinentes en la Región. Sin duda, los ODM eran sólo una parte de la agenda de salud inconclusa, pero una característica común de todos los puntos de esta agenda era que afectaban a ciertos grupos y comunidades de manera desproporcionada e injusta. Los ODM ofrecían la oportunidad de destacar y remediar algunas desigualdades que existían entre los grupos de población de la Región; por lo tanto, constituían un avance importante para abordar la agenda inconclusa y lograr mayor equidad. Otro aspecto importante del trabajo de la OPS era hacer participar a los grupos vulnerables en el cumplimiento de los ODM, de ahí que se hiciera hincapié en las estrategias de comunicación y promoción de la causa.

97. Con respecto al objetivo 8, la preocupación principal de la OPS era aumentar el flujo de los recursos para el desarrollo sanitario. El trabajo de la Organización en el

ámbito de las cuentas nacionales de salud y del análisis del financiamiento del sector sanitario había demostrado que otra de las características de la Región era la proporción relativamente pequeña de los presupuestos nacionales y del gasto nacional total que se destinaba al sector social en general y al sector de la salud en particular. Pero el análisis sobre cómo aumentar los recursos para la salud había conducido inevitablemente a analizar los problemas sobre la necesidad de que hubiera mayor solidaridad y justicia en los flujos financieros entre los países.

98. Como se subrayaba en el documento, la Organización consideraba importante aprovechar al máximo las posibilidades abiertas por los procesos subregionales y regionales para fortalecer el compromiso político con el cumplimiento de los ODM. Varias de estas posibilidades habían surgido recientemente en el marco del sistema interamericano, incluida la Reunión de Alto Nivel sobre Pobreza, Equidad y Exclusión Social, celebrada en Venezuela en octubre de 2003, y la Cumbre de las Américas, celebrada en México en enero de 2004. La aprobación de la carta social propuesta, basada en el modelo de la Carta Democrática Interamericana aprobada en 2001, prestaría un mayor impulso político al cumplimiento de los ODM. Asimismo, en la escala subregional, los ODM ya habían sido incorporados a los temarios de los diversos grupos subregionales, que habían buscado el respaldo de la OPS para esa finalidad. Por consiguiente, desde el punto de vista de aumentar el apoyo a los ODM en la Región y la conciencia política a este respecto, se habían logrado avances sustanciales. Era de esperarse que esta medida fuera suficiente para despojar a las Américas de la calificación de "región más desigual del mundo", particularmente si se consideraba que la incapacidad para reducir las brechas de equidad entre los grupos de población era quizá una de las razones de mayor peso por las que la Región no había logrado avanzar más en materia de gobernanza democrática o crecimiento económico sostenible.

99. Tras un extenso debate y modificaciones del proyecto de resolución sobre este tema, el Comité aprobó la resolución CE134.R8, titulada "Contribución de la OPS al cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas".

Observatorio de Recursos Humanos de Salud (documento CE134/11)

100. La exposición de este tema estuvo a cargo del Dr. Charles Godue (Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS), quien observó que las reformas del sector de la salud emprendidas en los años noventa habían ampliado considerablemente la lista de retos, temas y problemas en materia de recursos humanos. El centro de atención se había desplazado a procesos nuevos o que hacían hincapié en un nuevo aspecto, y abarcaba temas como el desempeño; la competencia en el ambiente de trabajo; la calidad y la gestión de los recursos humanos; los incentivos; las condiciones de trabajo; y las inquietudes por la repercusión del proceso de reforma en las condiciones de trabajo.

Además, se había constatado que tanto los organismos internacionales de cooperación en materia de desarrollo como los gobiernos nacionales ya reconocían la importancia cada vez mayor de los recursos humanos como modalidad esencial y estratégica para la formulación de políticas factibles en materia de salud y servicios y sistemas sanitarios. De este modo, la planificación de los recursos humanos había evolucionado de un asunto meramente administrativo a un elemento estratégico y fundamental de la función rectora de las autoridades sanitarias.

101. Después de las reformas de los años noventa, el enfoque sobre el tema de los recursos humanos se había tornado más democrático, transparente y participativo, un cambio al que la iniciativa del Observatorio había contribuido. Se había vuelto un proceso que reconocía la legitimidad de los intereses de las partes involucradas en un contexto tan complejo como las políticas sobre recursos humanos, a la vez que reconocía que la participación de los recursos humanos era fundamental para la factibilidad de las políticas. Los recursos humanos ya no se veían simplemente como un instrumento para la ejecución de las políticas sanitarias, sino como un motor del cambio o, cuando los principios de la democracia participativa no se respetaban, como un motor de resistencia contra la implantación de ciertas políticas.

102. Al igual que en el caso de otros aspectos de la salud pública, había una agenda inconclusa en el ámbito de los recursos humanos, como lo demostraba la persistencia, en numerosos países de la Región, no solo de la grave escasez de personal sanitario, sino también de los desajustes profundos en la distribución y composición de la fuerza laboral sanitaria. Al objeto de abordar dicha agenda, la OPS había lanzado la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos de Salud en 1999, que en un principio había contado con nueve países y hoy día contaba con 21.

103. El concepto de Observatorio era sencillo de expresar, pero complejo de llevar a la práctica. Su objetivo era producir y difundir la información y el conocimiento para mejorar la formulación de políticas sobre recursos humanos y contribuir a la creación de dichos recursos dentro del sector sanitario mediante el intercambio de experiencias entre los países. La OPS no consideraba el Observatorio una estructura burocrática, sino una estrategia flexible capaz de adaptarse por sí misma a las situaciones y realidades concretas de los países. Había sido concebido como un instrumento práctico para analizar y priorizar los problemas en materia de recursos humanos y luego formular políticas e intervenciones con el fin de abordarlos. La información generada por el Observatorio aportaba pruebas para la toma de decisiones en las cinco esferas principales que comprendían la función rectora de los ministerios de salud con respecto a los recursos humanos: la formulación de políticas, la planificación de los recursos humanos, la reglamentación, la educación y la gestión de los recursos humanos.

104. Los costos reales de la iniciativa del Observatorio se habían caracterizado por ser moderados. Por ejemplo, la cantidad asignada a la sede de la OPS para los bienios 2002-2003 y 2004-2005 había sido de \$120.000 en fondos operacionales. La cantidad asignada por las representaciones de la OPS para la participación de los funcionarios de salud nacionales en las actividades del Observatorio había sido de tan sólo \$60.000 por bienio. Sin embargo, dado que los observatorios de los países eran sobre todo instrumentos basados en las autoridades sanitarias de los países y asequibles para ellas, el grueso de la inversión provenía de los países mismos. La aportación real de los países había consistido en la información proveniente de la comunidad académica, de los grupos de trabajo de los ministerios, de los órganos normativos y de otras fuentes; y el valor monetario de esas aportaciones era mucho mayor. Era importante señalar que esa inversión, bastante moderada, había dado lugar a un instrumento sumamente útil para las autoridades sanitarias de los países participantes.

105. Con relación al desarrollo futuro del Observatorio de Recursos Humanos, el Dr. Godue dijo que una actividad de suma importancia consistía en implantar el Observatorio en los cinco países clave. Actualmente, solo había observatorios que funcionaban en Nicaragua y Bolivia, pero la OPS esperaba ampliar la iniciativa a otros tres países cuanto antes. El Subcomité de Planificación y Programación había indicado que el trabajo más intenso debía emprenderse en los temas regionales o subregionales, y con ese fin la OPS se había propuesto crear foros donde se analizaran temas como el desplazamiento de las poblaciones y el acceso a los servicios de salud, la migración del personal de salud, la acreditación y la reciprocidad, y las inquietudes compartidas por numerosos países de la Región. Otras esferas de trabajo que cobrarían importancia en el futuro serían la formulación de políticas de recursos humanos para dar respaldo a los nuevos modelos de atención primaria de salud; la planificación de la fuerza laboral y la creación de recursos humanos en salud pública; y los enfoques integrados del desarrollo de los recursos humanos, con miras a crear una red de capacitación y centros de perfeccionamiento. Asimismo, tendría que idearse una propuesta para dar seguimiento a la iniciativa del Observatorio y evaluarla, tal como lo había recomendado el SPP.

106. El Sr. Jerome X. Walcott (Barbados, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había recibido con beneplácito la ayuda que el Observatorio podría dar a los países para que formularan políticas en materia de recursos humanos, en particular en lo que se refería a problemas complejos como la escasez de recursos humanos, la captación y retención de los profesionales de la salud, y la migración de los trabajadores de la salud. Los delegados habían formulado varias recomendaciones para el trabajo futuro del Observatorio, entre ellas las siguientes: que se centrara en la creación de conjuntos de datos básicos válidos y fidedignos que permitieran hacer comparaciones entre las jurisdicciones y los países; que no se limitara a funcionar como una estructura de investigación académica, sino como un recurso receptivo y actualizado pertinente para los formuladores de políticas y los encargados de tomar las decisiones; que

evitara la repetición de esfuerzos e integrara su trabajo con el de estructuras paralelas, incluidas la OMS y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); y que continuara fomentando el criterio de que los recursos humanos de salud no solo eran un componente importante del sistema de salud sino sus propios cimientos. El Subcomité también había sugerido que la OPS podría brindar un servicio valioso y emprendedor al ser la sede de reuniones regulares sobre política sanitaria a las que asistirían los Estados Miembros para tratar temas de interés común, como la migración y la acreditación de los profesionales de la salud.

107. El Comité Ejecutivo aplaudió la atención que la Organización prestaba a los problemas de recursos humanos, los cuales, en opinión de algunos delegados, habían sido pasados por alto en la mayoría de las exposiciones sobre la reforma del sector de la salud. El Comité también se mostró satisfecho con las modificaciones que se habían hecho al documento desde la sesión del SPP de marzo, así como con el hecho de que se hubiera incluido información financiera en la ponencia. Se opinó que el documento daba ahora un panorama mucho más equilibrado de los factores constantes y recientes que influían en los recursos humanos de salud.

108. Dado que la variedad de temas que abarcaba el Observatorio era tan amplia, se sugirió establecer algunos objetivos básicos o un programa básico de los temas que debían ser tratados, ya fuera en el ámbito regional o en el subregional, sobre la base de las inquietudes de mayor importancia para los países de cada subregión. También se propuso que la resolución WHA57.19 de la reciente Asamblea Mundial de la Salud sobre la migración internacional de personal sanitario podría proporcionar un marco para el trabajo futuro de la OPS en materia de problemas multifacéticos y complejos, como la migración, la capacidad de recursos humanos, la formación profesional, la contratación y la retención.

109. El Comité sugirió que las prioridades de recursos humanos deberían incluir la previsión de las necesidades en cuanto a número y composición de la fuerza laboral; la determinación de las competencias, entre ellas las aptitudes ajenas al campo médico del personal profesional y paraprofesional; y la concepción de programas de estudios y sistemas de prestación de servicios para satisfacer esas necesidades. Un problema prioritario en materia de recursos humanos en varios países de la Región había sido la falta total de ciertos especialistas; por ejemplo, en algunos países se había constatado una escasez grave de radioterapeutas. Los países necesitaban orientación para remediar la escasez de esos profesionales —algo que se lograría al cabo de un plazo muy largo si se consideraba el período que se requería para adiestrarlos— y, al mismo tiempo, satisfacer la demanda existente de sus servicios. En cuanto a uno de los problemas afines, se habían logrado adelantos en la certificación académica y la acreditación de los profesionales de la salud, pero se requería trabajar más para acreditar los establecimientos de adiestramiento. Esto era particularmente cierto en lo que se refería a la parte práctica de los programas de

adiestramiento técnico. Respecto al adiestramiento, se le pidió a la Oficina que diera a conocer el estado del Campus Virtual de Salud Pública, creado por la OPS, y que indicara cómo se estaba integrando a la iniciativa del Observatorio.

110. Se señaló que otro ámbito que debía explorarse aún más era el sector de la salud informal, en particular, la repercusión sobre la mortalidad y la morbilidad, y el costo-beneficio de la atención prestada por los curanderos, las comadronas y los agentes de salud voluntarios en las comunidades. Si posteriormente la importancia de esa información fuera sopesada y comparada con las cuentas de salud internacionales, se podría obtener una perspectiva interesante sobre las prestaciones de los servicios médicos que no hubieran sido cuantificadas.

111. El Presidente, en su carácter de Delegado de Dominica, indicó que al parecer el documento carecía de información sobre la migración del personal de salud en el Caribe. Dado que este problema era tan importante en dicha región, sobre todo en el caso de las enfermeras, debería prestarse mayor atención a la obtención de datos al respecto. Se señaló que el documento todavía no contenía una estrategia de evaluación definida y que los programas se responsabilizaban más si se definían claramente objetivos cuantificables, de modo que se pudieran medir los adelantos y corregir los puntos flacos. Algunos delegados opinaron que deberían adoptarse algunas medidas para tratar esa necesidad antes de que el documento se presentara al Consejo Directivo. Si se determinaba que faltaban datos, entonces sería necesario concebir una estrategia para que la iniciativa pudiera evaluarse adecuadamente en el futuro.

112. El Dr. Godue, en respuesta a la observación sobre la falta de objetivos específicos y cuantificables que permitieran a la OPS determinar si iba en la dirección correcta, recordó que los objetivos iniciales del Observatorio de Recursos Humanos de Salud habían sido crear un entorno para la interacción entre los distintos interesados directos en el ámbito de los recursos humanos; estimular el análisis y el debate acerca de la información disponible en materia de recursos humanos; y fomentar un proceso que ayudara a los interesados directos a llegar a un acuerdo respecto de los problemas fundamentales y la manera de abordarlos a nivel nacional. Tal como lo había señalado el Comité, la gama de temas que debían abordarse en los diversos países era sumamente amplia. Pero como el Observatorio funcionaba desde hacía cinco años, la OPS ya contaba con una perspectiva mejor de los problemas principales y, por lo tanto, estaba en una posición más favorable para comenzar a determinar objetivos concretos en materia de políticas sobre recursos humanos, a fin de seguir su cumplimiento durante los próximos años a los niveles regional y subregional.

113. Hasta la fecha, la noción fundamental sobre la que se había basado el trabajo que la OPS realizaba por medio del Observatorio había sido que, en vista de que era una organización que prestaba asistencia técnica, daba respaldo a los procesos de los países

que respondieran a las necesidades, realidades y posibilidades concretas de estos. Lo que la OPS había tratado de hacer era ofrecer su respaldo y legitimidad para ayudar a los países a obtener recursos, entre ellos la documentación y las mejores normas y métodos. No obstante, la iniciativa había alcanzado un punto en el que la Organización seguía prestando asistencia concreta adaptada a cada país, pero también tenía la posibilidad de establecer un programa de mayor alcance para la Región en su totalidad. De este modo, sería más fácil idear un método de evaluación.

114. Con respecto al Campus Virtual de Salud Pública, esta iniciativa estaba realmente vinculada con la anterior. De hecho, se podía obtener acceso al Observatorio desde el sitio web del Campus Virtual. El funcionario recordó que el Campus Virtual se había creado en respuesta a la inquietud de que en los procesos de reforma del sector de la salud de los años noventa se habían pasado por alto los problemas de salud pública, y de que en algunos países la prestación de los servicios básicos de salud pública estaba empeorando. Esta situación permitió entender que se requería invertir más en el adiestramiento para formar una fuerza laboral de salud pública satisfactoria. El Campus Virtual era un intento por responder a esa necesidad mediante nuevos criterios y tecnologías. Sin embargo, casi no existía información sobre la composición y las características de la fuerza de trabajo de salud pública en la Región; se necesitaban con urgencia normas y métodos para determinar las necesidades y trazar planes, y esta era la aportación que podía hacer el Observatorio de Recursos Humanos.

115. El Dr. Godue convino en que la migración del personal de salud era un problema importante en el Caribe. También se presentaba en otros lugares, pero en la subregión del Caribe era muy patente, y estaba generando una presión obvia sobre el sistema de salud. La OPS esperaba examinar el problema de una manera sistemática y práctica: no solo mediante la documentación de los hechos, sino también mediante la búsqueda de soluciones posibles, por ejemplo, el establecimiento de acuerdos de compensación entre los países receptores y los países prestadores del adiestramiento que después perdían el capital humano que resultaba de él. Con ese fin, la Organización esperaba aumentar la participación de los países del Caribe en la iniciativa del Observatorio.

116. El Director Adjunto señaló que, al acercarse al final de su primer año en el cargo, se había percatado de que uno de los temas de salud fundamentales en la Región tenía que ver con la capacidad de los países, sobre todo en materia de recursos humanos. Señaló que el Observatorio se había creado hacía solo cinco años, que se había puesto mucho empeño y destinado muchos recursos al problema en cuestión, y que era fundamental tanto para la supervivencia de la salud pública en las Américas como para la calidad de vida en general de los habitantes del continente. Recordó que en Arecibo (Puerto Rico), su ciudad natal, se encontraba el observatorio astronómico más grande del mundo, y que una de las cosas que había aprendido de niño era que en un observatorio, de la potencia que fuera, solo se podía observar un cuerpo celeste si este emitía o reflejaba luz. De igual manera, en el contexto

de los recursos humanos, los países tenían que emitir luz en el ámbito de la formulación de políticas de recursos humanos y tentativas para cambiar la fuerza laboral de salud sobre la base de datos científicos reales. Posteriormente, el Observatorio podría registrar los sucesos y de este modo hacer aportaciones para crear el mejor escenario posible de salud pública para la Región en su totalidad.

117. El Comité aprobó la resolución CE134.R9 relativa a este punto.

Acceso a los medicamentos (documento CE134/12)

118. El Dr. José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, OPS), presentó el documento sobre este tema, en el que se describían las líneas estratégicas de acción propuestas para un programa de trabajo de la OPS encaminado a mejorar el acceso de los países de la Región a los suministros esenciales de salud pública. Comenzó por definir el concepto de "suministros esenciales de salud pública", y explicó que estos no abarcaban únicamente los medicamentos básicos sino también los productos farmacéuticos y médicos que se requerían para alcanzar las metas de los programas prioritarios de salud pública, así como los productos cuyo uso racional tendría una repercusión directa sobre la carga de morbilidad, la prevención y el control de las enfermedades.

119. En todos los sectores de la sociedad se estaba llevando a cabo un debate sobre el acceso a los suministros esenciales de salud pública, en el que sobresalía la pregunta fundamental de cómo lograr el acceso equitativo a los productos esenciales de salud pública que se necesitaban para salvar y mejorar las vidas de los habitantes de las Américas, particularmente los pobres y marginados. El origen del mandato para el trabajo de la OPS al respecto residía en los objetivos establecidas en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que además de exigir directamente que se aumentara el acceso a los medicamentos esenciales y asequibles en los países en desarrollo, comprendían metas con un componente de acceso a los medicamentos, por ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil y la lucha contra la infección por el VIH/SIDA y contra la malaria, entre otras enfermedades.

120. Las líneas estratégicas de acción de la OMS en esta esfera se centraban en cuatro componentes: políticas, calidad y seguridad, acceso y uso racional. Dentro del componente del acceso, la OPS había elegido cuatro líneas de acción: la promoción de una política coherente en materia de medicamentos genéricos; la elaboración de estrategias de contención de costos; el fortalecimiento de los sistemas de distribución de productos básicos de salud pública; y la creación de capacidad en materia de adquisiciones en los ámbitos nacional y regional. El primer paso hacia una política coherente sobre los medicamentos genéricos era definir el concepto de "medicamento genérico" antes de proseguir a la etapa de establecer la legislación y la reglamentación correspondientes. Una

vez que el marco normativo estuviera implantado, sería necesario establecer sistemas fiables para garantizar la calidad en la ejecución de tales reglamentos, y procurar que los medicamentos genéricos fueran de calidad. El siguiente paso sería convencer a los profesionales de la salud y al público en general de que los medicamentos genéricos eran productos de calidad; y el último sería proporcionar incentivos económicos para su fabricación, registro, prescripción y uso.

121. Con respecto a las estrategias de contención de costos, la OPS estaba centrándose en dos esferas: la fijación de precios y la propiedad intelectual. Con respecto a la primera, la Organización procuraría ayudar a los países a entender el proceso de fijación de precios, a crear opciones de licitación y a fortalecer la capacidad de negociar para fomentar la competencia, que era el método más eficaz que se conocía para reducir el precio de los medicamentos. También examinaría opciones como el control de precios, que alguna vez había sido un medio de contención de costos, aunque no necesariamente el más eficaz. En cuanto a la propiedad intelectual, los esfuerzos de la OPS estarían dirigidos a ayudar a los países a comprender y aprovechar las opciones reglamentarias contempladas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), como la concesión de licencias voluntaria y obligatoria, las importaciones paralelas y las opciones para protección de datos. Otro aspecto del trabajo en esta esfera sería vigilar las consecuencias que los acuerdos comerciales mundiales, regionales y bilaterales tenían en el acceso a los medicamentos, así como en los precios de los suministros esenciales de salud pública.

122. La ayuda que la OPS prestaba a los países en materia de gestión de los suministros comprendería la elaboración de mapas de los sistemas de distribución para entender la manera en que los países estaban abordando los problemas en ese ámbito. Posteriormente, la OPS podría crear instrumentos de planificación y programación, impartir adiestramiento en la gestión de productos básicos y abordar los problemas de sostenibilidad. En el ámbito de las adquisiciones, había muchos actores nuevos que ofrecían recursos de financiación a los países: el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, así como el Plan de Emergencia para la Mitigación del SIDA (establecido por el Presidente de los Estados Unidos), entre otros. La OPS seguiría trabajando para ayudar a los países a aprovechar esos recursos. Asimismo, los ayudaría a escoger las fuentes de abastecimiento de los medicamentos esenciales y a manejar los problemas de precalificación y de registro. Las adquisiciones compartidas protegerían a las economías de escala, en particular en el caso de los países pequeños. La OPS podría prestar ayuda a los países con las adquisiciones compartidas mediante un fondo rotatorio, como el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización o el más reciente Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (comúnmente conocido como el Fondo Estratégico).

123. Además de la revisión del documento y del mayor perfeccionamiento del programa de trabajo propuesto sobre los medicamentos genéricos, la propiedad intelectual, la contención de costos y la gestión de suministros, entre las actividades realizadas desde que se había celebrado la reunión del Subcomité de Planificación y Programación había estado la organización de un taller sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los medicamentos, el cual tuvo lugar en abril de 2004. A raíz del taller se había elaborado un documento que explicaba cómo incorporar el Acuerdo sobre los ADPIC en la legislación nacional y se había formulado una serie de recomendaciones para el gobierno, la sociedad civil y las organizaciones internacionales. Más recientemente, en la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre el Acceso a los Medicamentos, se habían congregado las unidades técnicas de la OPS, los centros colaboradores de la OMS en la Región, el Banco Mundial, la Comunidad Andina (CAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y algunas ONG.

124. Los recursos asignados para el trabajo en materia de acceso a los medicamentos habían ascendido a \$125.000 del presupuesto ordinario correspondiente al bienio 2004-2006; y en ese momento se estaba negociando un monto adicional de \$450.000 en recursos extrapresupuestarios. Además, se calculaba que se necesitarían \$450.000 para alcanzar todos los objetivos. En cuanto a los recursos humanos, la Unidad de Medicamentos Esenciales de la sede de la OPS contaba actualmente con 1,5 profesionales, quienes recibían ayuda del personal de las representaciones de la OPS/OMS y de los centros colaboradores, pero probablemente se necesitarían más recursos humanos.

125. El Sr. Jerome X. Walcott (Barbados, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había manifestado su firme respaldo a las cuatro líneas de acción principales de la OPS y había determinado varias de las necesidades para alcanzar los objetivos correspondientes a cada una de ellas. Con respecto a los medicamentos genéricos, el Subcomité había coincidido en que era necesario buscar consenso entre los países en cuanto al concepto de "medicamento genérico". Asimismo, había considerado que se necesitaba prestar atención a la repercusión de los acuerdos comerciales multilaterales y bilaterales en el acceso a los medicamentos, sobre todo a los nuevos, como los antirretrovíricos. El tema de la calidad de los medicamentos se había considerado de suma importancia. Dado que la reglamentación gubernamental en materia de medicamentos genéricos era fundamental para restablecer la confianza del público en su uso, el Subcomité había manifestado su satisfacción al constatar que una de las facetas del trabajo de la OPS era la asistencia a los países para que establecieran normas básicas que llevaran a la aceptación de los medicamentos genéricos por parte de la gente. En el ámbito de las estrategias de contención de costos, los delegados habían instado a la OPS a proporcionar asesoramiento imparcial y fundamentado en datos fidedignos, y a tener en cuenta las investigaciones en curso y los diversos modelos. También se la había alentado a que se basara en un estudio reciente de la OMS sobre la fijación de los precios de los medicamentos. Otro ámbito en el que se había alentado a la OPS a que proporcionara asesoramiento técnico y apoyo había sido la reglamentación de las farmacias para procurar

que los ahorros que se lograran en las compras al por mayor no desaparecieran en las ventas al por menor.

126. El Subcomité había señalado que muchos países necesitaban mejorar sus procesos de adquisiciones y había opinado que la OPS podría prestar un apoyo valioso para lograr ese fin. Se había sugerido que el almacenamiento y las condiciones de transporte, así como el estado físico de la planta, deberían agregarse a los elementos que conformaban el examen de la cadena de gestión de los suministros. También se había indicado que los países necesitaban ayuda para prever sus necesidades, tanto de medicamentos como de productos no farmacéuticos, cuya escasez a veces era grave en las Américas.

127. El Comité Ejecutivo también manifestó su respaldo al programa de trabajo propuesto, y recalcó que abordar las necesidades de las dos mil millones de personas sin acceso a medicamentos asequibles de calidad debía seguir siendo un problema prioritario para la OMS, la OPS y todos los Estados Miembros. Se solicitó que se aclararan las razones por las que se hacía hincapié en los medicamentos genéricos, y no en una política nacional más amplia que abarcara tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Los delegados subrayaron que el trabajo en la contención de costos debía basarse principalmente en pruebas fidedignas. Asimismo, se señaló que la limitada capacidad de los laboratorios podría estar actuando como un impedimento para evaluar y aprobar los medicamentos nuevos, y se sugirió que la OPS podría ayudar a fortalecer la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF).

128. El Comité pidió que se aclarara si la OPS estaba proponiendo un tercer fondo, además del Fondo Rotatorio del PAI y el Fondo Estratégico, y si se había realizado alguna evaluación sobre este último que indicara por qué no se había usado en mayor medida. El Comité agradeció que en la ponencia se incluyera información sobre los recursos financieros y humanos e indicó que esa información también debía agregarse al documento.

129. La Delegada de los Estados Unidos de América instó a que se tuviera cuidado con respecto a la participación de la OPS en la evaluación de los asuntos de propiedad intelectual y su relación con los medicamentos. Entre las iniciativas que ya se habían puesto en marcha se encontraban las de la Comisión de la OMS sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, considerada por su Delegación como el foro adecuado para tratar el asunto. Sin embargo, también se sugirió que la OPS podía prestar apoyo técnico y político, a petición de algún Estado Miembro, para que este aprovechara plenamente la flexibilidad del Acuerdo sobre los ADPIC y la decisión adoptada el 30 de agosto de 2003 por el Consejo General de la Organización Mundial del Comercio en cuanto a los problemas de salud pública.

130. Varios Miembros proporcionaron información sobre los programas de sus países para el suministro de medicamentos a la población, y el Delegado de Canadá informó que su país había cambiado recientemente sus leyes de patentes al objeto de facilitar a los países en desarrollo la obtención de presentaciones menos costosas de los productos farmacéuticos patentados necesarios para el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otros problemas de salud pública.

131. El Dr. Di Fabio dijo que la finalidad principal de promover el uso de los medicamentos genéricos como alternativa de los medicamentos de marca era bajar el precio de los medicamentos mediante los mecanismos de competencia. Al ahondar en las razones por las que se insistía en los medicamentos genéricos, explicó que el primer paso fundamental consistía en definir lo que se entendía por medicamentos genéricos. Aunque la OMS había establecido una definición, cada país había definido el término de manera distinta. Si de ese modo se llegaba a una definición, después se podría proporcionar el marco legal para las normas que garantizarían la calidad del producto. Una vez que se contara con una definición y una legislación, el siguiente paso sería garantizar la calidad, con lo cual los productos de calidad inaceptable serían eliminados del mercado.

132. Volviendo al tema de la calidad, el Dr. Di Fabio explicó que la OPS no sólo se afanaba en fortalecer las entidades normativas de la Región, sino que también buscaba reforzar los sistemas de los países que garantizaban la calidad. Una de las dificultades residía en las diferencias que había entre la calidad y la capacidad de los órganos normativos de los diversos países. La Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica había reunido a todos los órganos normativos de la Región, y por medio de la Red la OPS estaba tratando de apoyar a los países cuya potestad normativa debía fortalecerse. La pregunta referente a la capacidad de los laboratorios también se consideraba de importancia. Aunque sin duda era importante contar con una red de autoridades responsables de registrar los medicamentos nuevos y evaluar su calidad sobre una base teórica, también era necesario disponer de laboratorios suficientes capaces de evaluar la calidad y las propiedades de tales medicamentos mediante pruebas reales. Parte del motivo que llevaba a la OPS a buscar financiamiento adicional para la iniciativa era que se contratara un profesional de tiempo completo para que trabajara en colaboración con los laboratorios en las pruebas y la certificación de los medicamentos nuevos.

133. El Dr. Di Fabio coincidió plenamente en que era necesario contar con una base de pruebas fehacientes para acometer los problemas de contención de costos, y el objetivo de la OPS era precisamente la creación de esa base de pruebas mediante la recopilación de datos y experiencias de los países. Al referirse a la propiedad intelectual, explicó que los países habían estado solicitando asistencia a la OPS —por ejemplo, información sobre las enseñanzas extraídas en otros países— y que dar respuesta a tales peticiones competía a la Organización. El trabajo de la OPS en la esfera de la propiedad intelectual estaba dirigido

exclusivamente a estudiar la manera en que los problemas legales influían en el acceso a los medicamentos, y su objetivo era ayudar a los países a aprovechar al máximo las flexibilidades estipuladas en el Acuerdo sobre los ADPIC para mejorar el acceso a los medicamentos. Aseguró al Comité que la OPS estaba muy consciente de la labor de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, a la que prestaba su apoyo. En efecto, la Comisión celebraría dentro de poco una reunión en la sede de la OPS.

134. En respuesta a las preguntas relativas a los dos fondos rotatorios, el Dr. Di Fabio recalcó que la OPS no proponía que se creara un fondo nuevo, y que más bien estaba examinando la estructura del Fondo Estratégico y cómo aumentar su eficacia. En sentido estricto, las adquisiciones no formaban parte del mandato de la OPS, pero mediante el Fondo Estratégico la Organización estaba procurando ayudar a los países a solucionar problemas como la regulación de la oferta y la predicción de las necesidades de medicamentos que se tendrían en el futuro.

135. La Directora aclaró que al hacerse hincapié en los medicamentos genéricos no se pretendía reemplazar una política más amplia que abarcara tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La OPS había seguido una política integral de medicamentos durante muchos años y la insistencia actual en los medicamentos genéricos había surgido a partir de las dificultades que se habían encontrado al implantar la parte de esa política integral que se relacionaba con los medicamentos genéricos, debido a algunas deficiencias y brechas de información descritas por el Dr. Di Fabio. En lo que se refería a la función de la OPS en la esfera de la propiedad intelectual, recalcó que la única razón por la que la Organización se había involucrado era que los medicamentos estaban sujetos a las leyes sobre la propiedad intelectual. Después de la Conferencia de Doha, los países de la Región habían pedido ayuda a la Organización para entender de qué manera las leyes de la propiedad intelectual y los acuerdos comerciales podían influir en el acceso a los medicamentos, y era deber de la OPS atender estas solicitudes.

136. En cuanto al motivo por el cual no se había hecho mayor uso del Fondo Estratégico establecido en el año 2000, señaló que la existencia de este había sido mucho más breve que la del Fondo Rotatorio del PAI, que se remontaba a 1979. Como se había podido constatar en su presentación del Informe Financiero, este último realmente había comenzado a funcionar en los últimos seis años. El Fondo Rotatorio era un mecanismo muy importante de la solidaridad panamericana, en el que la participación de los países grandes permitía a los países pequeños beneficiarse de las economías de escala que no habrían podido lograr por cuenta propia. El Fondo permitía la planificación a largo plazo y una sólida regulación de la oferta para cubrir la demanda. Actualmente, la OPS estaba realizando una auditoría interna de sus diversos mecanismos adquisitivos, que se esperaba estuviera terminada para cuando se celebrara el 45.º Consejo Directivo.

137. El Comité aprobó la resolución CE134.R6 relativa a este punto.

Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA (documento CE134/13)

138. La Dra. Carol Vlassoff (Jefa de la Unidad de Infección por el VIH/SIDA, OPS) dio a conocer las actividades que está realizando la OPS para aumentar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en la Región, en particular mediante la ejecución de la iniciativa de “Tres millones para 2005” propuesta por el Director General de la OMS, Dr. Jong-wook LEE. Empezó por analizar la situación en cuanto a la infección por el VIH/SIDA en las Américas e indicó que, a pesar de los retos planteados por la epidemia, había muchas oportunidades de prestar cooperación técnica para ayudar a los países a afrontarla; entre otras, un mayor compromiso de los países, tanto político como financiero; aumento del financiamiento aportado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, además de otras fuentes; y la iniciativa de “Tres millones para 2005”, cuya meta era poner el tratamiento al alcance de tres millones de personas en todo el mundo para fines de 2005. En las Américas, el objetivo había sido fijado por la Declaración de Nuevo León —aprobada en la Cumbre Especial para las Américas, celebrada en Monterrey (México), en enero de 2004— y consistía en suministrar el tratamiento antirretrovírico a no menos de 600.000 personas que tuviesen necesidad del tratamiento desde ese momento hasta el año 2005.

139. El núcleo de la respuesta de la OPS para la iniciativa “Tres millones para 2005” era su Equipo Central interno, que incluía la participación amplia de las unidades y las áreas tanto en la Sede como en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El Equipo Central había recibido la ayuda de un grupo de estudio constituido por funcionarios de la OPS e interesados directos clave de cada país que, en enero de 2004, había establecido como meta para la respuesta de la Organización a la iniciativa de “Tres millones para 2005” en las Américas: trabajar conjuntamente con los Estados Miembros para permitir la mayor contribución posible al mejoramiento de la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA en la Región, a la vez que se avanza hacia la meta máxima del acceso universal a los antirretrovíricos como un derecho humano, como un método de prevención eficaz y como una medida contra la discriminación para estas personas. Alcanzar la meta del acceso universal para los que actualmente necesitan tratamiento significaría suministrar el tratamiento con antirretrovíricos (ARV) a unas 170.000 personas más.

140. El grupo de estudio también había definido estrategias, medidas e indicadores concretos y había determinado cinco orientaciones estratégicas para guiar la cooperación técnica de la Organización: (OE1) compromiso político y liderazgo, asociaciones y movilización comunitaria; (OE2) fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, lo que consistiría, entre otros, en la adaptación y la aplicación de las herramientas

apropiadas; (OE3) suministro eficaz y fiable de los medicamentos, de los medios de diagnóstico y otros materiales básicos; (OE4) enlaces con las actividades de promoción de la salud y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el VIH/SIDA, dentro de los servicios de salud, y (OE5) información estratégica y aplicación de las lecciones aprendidas. En todas las orientaciones estratégicas era fundamental el componente de comunicación y educación. Debido a que la prevención y el tratamiento obviamente constituían un proceso continuo, la prevención era también un componente esencial de las orientaciones, en particular en el caso de la OE4.

141. La OPS había asignado prioridad a los países según la prevalencia de infección por el VIH y la disponibilidad del tratamiento con ARV. La prioridad más alta se había dado a los países donde la prevalencia era alta, pero tenían cobertura baja con ARV; pero los países donde tanto la prevalencia como la disponibilidad de ARV eran bajas también se habían considerado prioritarios, ya que era allí donde las intervenciones preventivas podrían ser más económicas y, a la vez, se lograrían los mayores cambios. Sin embargo, en todos los países la OPS tenía una función clara que desempeñar en materia de fortalecimiento de los servicios de laboratorio, adquisiciones y vigilancia de la calidad de los medicamentos y los productos básicos, formación de capacidad en materia de orientación y pruebas voluntarias, prevención de la transmisión materno-infantil, prestación de atención y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, difusión de información estratégica, así como seguimiento y evaluación.

142. Ante la disponibilidad de mayor financiamiento para el tratamiento con ARV en la mayoría de los países prioritarios, la Organización estaba esforzándose por maximizar su cooperación técnica por conducto de las representaciones de la OPS/OMS y mediante estrecha colaboración con otras organizaciones regionales, multilaterales y bilaterales. La oradora agregó que, desde el informe que había presentado al SPP en marzo, la OPS había participado en varias reuniones destinadas a promover la colaboración entre los socios regionales y mundiales; cabía mencionar, la segunda reunión de directores regionales de los organismos copatrocinadores del ONUSIDA, celebrada en junio de 2004. Los directores regionales habían respaldado el principio de los “tres unos” para la coordinación de las respuestas nacionales a la infección por el VIH/SIDA, a saber: un marco acordado acerca del SIDA que aportaba la base para la coordinación del trabajo de todos los socios; una autoridad coordinadora nacional sobre el SIDA, con un mandato multisectorial amplio; y un sistema de seguimiento y evaluación acordado en cada país. Esa reunión había dado lugar a una mayor sinergia para la actuación concertada en la Región; entre otros resultados, se logró la aprobación de un plan conjunto de promoción de la causa que se concentraba en los jóvenes, un acuerdo sobre la colaboración en la iniciativa de “Tres millones para 2005” y varias otras estrategias comunes, en especial, la coordinación de todo el trabajo del personal de las Naciones Unidas tanto en la Región como en los países.

143. Con respecto a los recursos, si bien el financiamiento de la OMS se había reducido, se habían asignado fondos para un puesto de coordinador regional de la iniciativa “Tres millones para 2005” y otro puesto de coordinador en Haití. Los recursos para Guyana y para un puesto subregional en Centroamérica se esperaban en la segunda fase del financiamiento de la OMS. Sin embargo, como había pocas probabilidades de que el apoyo de la OMS bastara para permitirle a la Región alcanzar su meta del acceso universal al tratamiento, la OPS buscaría de otros recursos. En ese sentido, la Dra. Vlasoff reconoció que en la sesión del SPP en marzo de este año se había presentado una solicitud de que se preparara información panorámica acerca de la disponibilidad de recursos y de las necesidades; agregó que la Oficina presentaría esa información al 45.º Consejo Directivo. Para ese entonces, se habría determinado la cantidad de financiamiento que llegaría a la Región procedente de la OMS y así la Oficina tendría una imagen más clara de los recursos tanto financieros como humanos que se pondrían al alcance de la OPS para realizar su labor en materia de infección por el VIH/SIDA.

144. El Sr. Jerome Walcott (Barbados, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el SPP había respaldado las estrategias expuestas en el documento que se le había presentado en cuanto a las actividades de la OPS para ampliar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en la Región. Los delegados habían expresado su apoyo especial a la importancia que asignaba la Organización a la ejecución de la iniciativa “Tres millones para 2005”; a la promoción de una respuesta integrada e integral que incluía prevención, tratamiento y atención; a la incorporación de una perspectiva de derechos humanos; y a la atención al problema del estigma y la discriminación contra las personas que infectadas por el VIH o con SIDA. Aunque el Subcomité había estado de acuerdo con las estrategias propuestas, varios delegados habían opinado que debería hacerse más hincapié en prevenir y evitar los comportamientos de riesgo, ya que la prevención seguía siendo una estrategia crucial para la lucha contra esta enfermedad. También se había señalado que la mayor disponibilidad del tratamiento con antirretrovíricos quizá haría que las personas descuidaran la prevención y evitaran los riesgos, y por ende, se consideraba vital seguir promoviendo el cambio de comportamientos y alentar los comportamientos saludables. Se había recalcado la importancia de dirigir iniciativas de prevención a los jóvenes. El Subcomité había instado a la OPS a que siguiera ayudando a los países a formular propuestas para presentarlas al Fondo Mundial y que no dejara de utilizar su influencia para hacer bajar el precio de los antirretrovíricos. En relación con el Fondo Mundial, los miembros habían puesto de relieve la difícil situación de los países de ingresos medios y medios altos que, de conformidad con los criterios de admisión actuales, no podían beneficiarse de la ayuda de dicha entidad. El Subcomité también había destacado varios retos que se planteaban al fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA; entre ellos, el refuerzo de la capacidad de los sistemas para determinar quiénes eran las personas que necesitaban medicamentos antirretrovíricos, llegar hasta ellos y

abordar otros problemas de salud fundamentales, a la vez que se satisfacía la demanda de servicios relacionados con dicha enfermedad.

145. Al igual que el Subcomité en su oportunidad, el Comité Ejecutivo recibió con beneplácito las iniciativas de la OPS para fortalecer la respuesta regional a la infección por el VIH/SIDA y, en particular, los pasos que estaba dando para aumentar el acceso y poner el tratamiento con ARV al alcance de las poblaciones pobres y vulnerables, aunque también se subrayó la necesidad de seguir trabajando arduamente en la prevención de la enfermedad y en la promoción de los comportamientos saludables. Se señaló que la necesidad de tratamiento representaba un fracaso de la prevención, y que las iniciativas para ampliar el acceso al tratamiento debían estar sustentadas por campañas enérgicas de prevención; de lo contrario, había el riesgo de que las personas llegaran a considerar el SIDA como una enfermedad fácil de tratar y, por consiguiente, tuvieran menos cuidado de evitar riesgos. A este respecto, se instó encarecidamente a la OPS a que incorporara la promoción de la abstinencia en su estrategia de promoción de la causa destinada a los jóvenes. También se instó a la Organización a que promoviera la integración de los programas contra la infección por el VIH/SIDA con programas de salud sexual y reproductiva, en especial los de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

146. El Comité mencionó varias funciones que incumbían a la OPS, tales como: la cooperación técnica con los países para establecer sistemas logísticos y de distribución para los medicamentos y los productos básicos; promoción de los regímenes de tratamiento simplificados mediante medicamentos inocuos y eficaces de gran calidad; y la evaluación de las medidas y las estrategias para identificar métodos que fuesen a la vez mejores y más económicos. El Comité también mencionó varios retos que había que superar para fortalecer la respuesta del sistema de salud a la epidemia, como por ejemplo, mejorar el adiestramiento de los trabajadores de salud y fortalecer los laboratorios y otros servicios de apoyo. Se señaló que la ampliación del tratamiento no era solamente una cuestión de mejorar el acceso a los medicamentos. También era esencial contar con las capacidades de laboratorio necesarias para vigilar a los pacientes y medir la carga vírica; educar a los pacientes para promover el mejor cumplimiento de los regímenes de tratamiento; prestar servicios de apoyo psicosocial para los pacientes y sus familias; y abordar las necesidades de atención de los pacientes terminales. Otro reto consistía en la educación de la población —en particular, de las personas infectadas por el VIH o con SIDA— acerca de cuándo el tratamiento era realmente necesario y beneficioso, ya que había una tendencia a pensar que todos los individuos infectados por VIH debían recibir tratamiento.

147. Los delegados recalcaron la necesidad de cooperación entre los países vecinos para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA en las poblaciones que se desplazan. También se destacó la necesidad de prestar atención constantemente a los problemas de equidad de género. Un delegado recalcó la importancia de lograr la

participación de los hombres y los niños en el proceso continuo de los programas contra la infección por el VIH/SIDA, que abarcan la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, mientras que otro delegado señaló la necesidad de hacer mayor hincapié en las mujeres e incluirlas en la respuesta a la infección por el VIH/SIDA, en particular a los grupos de mujeres de alto riesgo, como las profesionales del sexo, las prisioneras y las que se inyectan drogas. Varios delegados mencionaron los éxitos logrados en la prevención de la transmisión vertical en sus países y recalcaron la importancia de que todas las mujeres embarazadas seropositivas al VIH reciban tratamiento.

148. Algunos delegados mencionaron las medidas que sus países estaban tomando para ampliar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA. El Delegado de Argentina se refirió a los esfuerzos de su país para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH o con SIDA mediante el acceso, no solo a la atención médica y al tratamiento, sino también a otros bienes y servicios esenciales. El Delegado de la República Dominicana esbozó algunas de las actividades que habían resultado fructíferas en su país, emprendidas por el Consejo Presidencial de Lucha contra el SIDA (COPRESIDA). Los delegados de Canadá y de Francia mencionaron las contribuciones recientes de sus países al Fondo Mundial, mientras que los delegados de México y de Costa Rica describieron una iniciativa subregional destinada a atender las necesidades de las poblaciones que se desplazan; agregaron que sus propios países y otros de Centroamérica estaban solicitando apoyo del Fondo para participar en dicha iniciativa. El Delegado de Costa Rica señaló que este tipo de iniciativas conjuntas constituía una manera de que países como el suyo, que no eran aptos para recibir el apoyo del Fondo Mundial por cuenta propia, también pudieran aprovechar ese mecanismo de financiamiento.

149. El Delegado de Estados Unidos informó que la Administración de Alimentos y Medicamentos de su país había anunciado recientemente un proceso acelerado para el examen y la aprobación de tratamientos de bajo costo contra la infección por el VIH, inocuos y eficaces, coenvasados y de combinación en dosis fija para utilizarlos de acuerdo a lo pautado en el Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). También señaló que el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos había publicado recientemente los resultados de un estudio sobre la infección por el VIH/SIDA y los riesgos para la lactancia materna, que a su gobierno le complacería suministrar a la OPS y a otros Estados Miembros. El representante de la Asociación Mundial de Sexología expresó la voluntad de esta de seguir colaborando con la OPS en su enfoque integrado de atención del SIDA en la Región.

150. La representante de la Asociación Mundial de Sexología, refiriéndose al párrafo 1 del documento, que resumía las características de la epidemia de infección por el VIH/SIDA, observó que la transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres era también un factor importante en su país y pidió que esa información se incluyera en el documento.

151. La Dra. Vlassoff agradeció al Comité sus observaciones y sus expresiones de apoyo al trabajo de la OPS con respecto a la infección por el VIH/SIDA. También agradeció a los diversos delegados que hubieran compartido la información sobre los enfoques innovadores adoptados en sus países para ampliar la respuesta a la epidemia. Tales intercambios de experiencias eran sumamente valiosos para todos los interesados. Opinó que el Comité había planteado varios puntos excelentes. Por ejemplo, era muy cierto que el tema de la adhesión a los regímenes de tratamiento a veces tendía a pasarse por alto en las actividades para ampliar el acceso a los medicamentos, pero era totalmente crucial, ya que de nada servía suministrar los medicamentos si los pacientes no iban a utilizarlos debidamente. También era cierto que uno de los problemas que podría surgir a medida que el tratamiento se tornara más accesible era que las personas que no lo necesitaban realmente empezaran a exigirlo. Tal como el Comité había señalado acertadamente, las iniciativas para ampliar el tratamiento debían estar acompañadas por la educación para que las personas comprendieran que no todos los que están infectados por el VIH necesitaban tratamiento con ARV de inmediato.

152. Para responder a una pregunta de uno de los delegados en cuanto a la atención y las notas descriptivas del tratamiento a las cuales se había referido en su ponencia, la funcionaria explicó que la OPS y el ONUSIDA estaban preparando una colección de notas descriptivas sobre la situación con respecto a la atención y el tratamiento para las personas infectadas por el VIH o con SIDA en todos los países de la Región, entre otros en Canadá y los Estados Unidos. Esas notas se utilizarían principalmente para el seguimiento de la ejecución de la iniciativa “Tres millones para 2005”, pero también serían útiles a los países para su propio seguimiento y para fines de apoyo a programas y de promoción de la causa. Estaban compilándose internamente para no agobiar a los países con otras solicitudes de datos, pero aun así se necesitarían los datos de los países para complementar la información, por lo que las notas se enviarían con esa finalidad, una vez que estuviesen listas. Se había previsto actualizar las notas descriptivas al menos cada seis meses.

153. Con respecto a la composición del comité consultivo técnico, que también había mencionado en su ponencia, el objetivo era contar con miembros que tuvieran experiencia y conocimientos en cada una de las esferas cubiertas por los cinco objetivos estratégicos de la OPS. El comité también incluiría a un miembro de por lo menos una ONG que representaría a las personas infectadas por el VIH o con SIDA y a un experto del campo de las comunicaciones y promoción de la salud. Se invitaría al personal de los programas nacionales contra el SIDA, así como a socios de otras organizaciones, a participar como observadores pero en realidad no serían miembros del comité.

154. En relación con las observaciones sobre la importancia de la prevención, la oradora recalcó que la prevención y el tratamiento debían verse como parte de un proceso continuo, no como actividades separadas. Si bien era cierto que la prevención hacía que el

tratamiento fuese innecesario, se disponía de mayores pruebas de que había un vínculo entre el tratamiento y la prevención: según se había mostrado claramente en las Bahamas, Brasil y otros países, ocurrían menos casos nuevos cuando se podía tener acceso al tratamiento. En consecuencia, era importante no considerar la prevención y el tratamiento como problemas ya resueltos. Los gobiernos tenían la responsabilidad de hacer las dos cosas.

155. La Directora observó que la proliferación de nuevos actores que trabajaban en el ámbito de la infección por el VIH/SIDA había exigido una redefinición de la función de la OPS. Mientras que en los primeros años de la epidemia la Organización se había centrado más en el análisis de la situación y en seguir el curso de la epidemia, a la vez que apoyaba a los países en una gama amplia de actividades de prevención y control, en el momento actual, debido a que otros socios habían asumido varias de esas responsabilidades, la Organización se estaba concentrando más en analizar la respuesta a la enfermedad. Las notas descriptivas mencionadas por la Dra. Vlassoff reflejaban ese cambio en el foco de interés de la OPS. Las notas serían una fuente de información actualizada sobre la respuesta a la epidemia en los diversos países, especialmente con respecto a la atención y el tratamiento. Esa información sería de utilidad no solo para los países mismos, sino para todos los socios técnicos y financieros, ya que presentarían un metanálisis de lo que estaba haciéndose y de lo que debería hacerse para mejorar la respuesta.

156. Según había indicado el Comité, la infección por el VIH/SIDA era un problema complejo y multifacético que exigía una respuesta integral multisectorial y multidisciplinaria. En consecuencia, para apoyar eficazmente a los Estados Miembros, la Organización había tenido que fortalecer su propia capacidad para dar esa clase de respuesta. Por eso, había formado el Equipo Central interno, que incluía a personal con experiencia en una gama amplia de esferas y había planificado convocar a un comité consultivo técnico externo. La experiencia anterior había indicado que tales cuerpos podrían proporcionar orientación inestimable sobre cómo debía la Organización centrar sus iniciativas para ayudar mejor a los Estados Miembros. En efecto, en la actualidad la OMS, que había adoptado la idea para aplicarla a nivel mundial, estaba en proceso de formar un comité consultivo técnico mundial cuyos miembros incluirían a varios expertos de la Región de las Américas.

157. Una función crucial para la OPS en el contexto actual de un aumento drástico del financiamiento y del apoyo para las actividades relacionadas con el SIDA era la de ayudar a los países beneficiarios de esa ayuda para que la utilizaran eficazmente. Por ejemplo, la OPS, junto con el Fondo Mundial, estaba tratando de identificar los cuellos de botella que estaban obstaculizando la ejecución de los proyectos aprobados en las primeras rondas de propuestas del Fondo Mundial, ya que muchos de ellos todavía no se habían ejecutado. La Organización estaba también estudiando cómo eliminar los cuellos de botella en las adquisiciones de medicamentos, ya que a pesar de los éxitos logrados en la negociación de

precios más favorables, en muchos casos los países todavía no estaban adquiriendo las cantidades suficientes para lograr que los medicamentos estuvieran al alcance de todos los que los necesiten.

158. Por último, otra función sumamente importante para la Organización era la de ayudar a los países a coordinar el apoyo que estaban prestando los numerosos organismos e instituciones diferentes que participaban en la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en los países. Aunque, obviamente, los países recibían complacidos la ayuda, estaban preocupados acerca de la forma de administrarla para evitar repetición de esfuerzos y utilizar más eficazmente los recursos disponibles. Con ese fin, la OPS promovería la adhesión al principio de los “Tres unos”, que consideraba fundamental, y buscaría la participación de otros socios en el diálogo con miras a lograr una mejor coordinación de su trabajo. Para la fecha del Consejo Directivo, la Oficina esperaba haber preparado un cuadro donde figuraban, en un lado, las necesidades y los obstáculos que debían abordarse, y, en el otro lado, las oportunidades para recibir asistencia de los diversos socios para satisfacer esas necesidades y superar esos obstáculos.

159. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE134.R4 sobre este tema.

Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas (documento CE134/14)

160. El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) presentó el documento sobre este tema, centrándose en cuatro puntos principales: la finalidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI); los principios que guiaban el proceso de revisión; el progreso logrado hasta la fecha en la revisión, y las enseñanzas extraídas de las cuatro reuniones de consulta celebradas en la Región. Como seguramente sabían los Miembros, el RSI que estaba en vigor databa de 1951 y originalmente su propósito había sido ayudar en el seguimiento y control de seis enfermedades infecciosas. Desde entonces, ese número se había reducido a tres. En 1995, la Asamblea Mundial de la Salud había pedido que se hiciera una actualización del RSI para abordar la amenaza que representaban la aparición y el resurgimiento de ciertas enfermedades infecciosas, así como el mayor riesgo de su propagación internacional como resultado del aumento del transporte internacional, del comercio y otras manifestaciones de la globalización.

161. Se estaban proponiendo cinco cambios clave: 1) ampliación del alcance de la notificación para abarcar toda emergencia de salud pública de trascendencia internacional; 2) designación por los gobiernos nacionales de puntos focales nacionales para servir de puntos de contacto y enlaces para la comunicación con la OMS; 3) definición de las capacidades básicas de vigilancia y de respuesta necesarias a nivel nacional, lo que comprendía capacidades de vigilancia y respuesta especiales en los puntos de entrada al país; 4) medidas recomendadas para atender emergencias de salud pública de

trascendencia internacional así como los riesgos constantes para la salud pública; y 5) asesoramiento de expertos externos con respecto al RSI, en especial la creación de dos órganos consultivos: el Comité de Urgencia, cuya función sería asesorar al Director General en caso de un suceso que constituyera una emergencia de salud pública de trascendencia internacional y acerca de la preparación de recomendaciones de urgencia; y el Comité de Examen, que formularía recomendaciones permanentes; examinaría, vigilaría y asesoraría en materia de aplicación de los Reglamentos; además, ayudaría a resolver los litigios que pudieran surgir en cuanto a su interpretación o aplicación.

162. El primer borrador del RSI modificado se había publicado en 2004, después de un proceso extenso de consulta técnica. Se había invitado a los Estados Miembros a que formularan observaciones sobre el primer borrador e hicieran sus comentarios acerca del borrador definitivo, que iría al Grupo de Trabajo Intergubernamental acerca del RSI en noviembre de 2004. Para esa finalidad, se había celebrado una serie de consultas a nivel regional. En las Américas, se habían organizado cuatro reuniones subregionales de consulta, una que incluía a los países sudamericanos, otra con los países de habla inglesa del Caribe, la tercera con los países centroamericanos, Cuba y la República Dominicana; y la cuarta con los países de América del Norte.

163. Si bien es cierto que durante esas consultas se habían planteado muchos problemas diferentes, de acuerdo con la Oficina las inquietudes de los países de las Américas podían clasificarse básicamente en cinco categorías. Primero, factibilidad de implantación del RSI. Los países habían opinado que las limitaciones en recursos humanos y financieros dificultarían contar con las capacidades necesarias de vigilancia y de punto de entrada en enero de 2006, cuando se había previsto que entraría en vigor el nuevo RSI, y habían hecho un llamamiento a la OMS y a la OPS para que los ayudasen a formar esas capacidades. El segundo conjunto de preocupaciones giraba en torno al funcionamiento de los dos comités consultivos de expertos. Los países deseaban una aclaración con respecto a la estructura de los comités y a los criterios para la selección de los expertos que los formarían. Recalaron que el proceso para determinar si un suceso constituía una emergencia de salud pública debía ser transparente y abierto, y también consideraban que era importante brindar una oportunidad a los Estados Miembros afectados de tener un representante en el Comité de Urgencia y de participar en la toma de decisiones con respecto a las medidas que se tomarían. El tercer ámbito de preocupación tenía que ver con las comunicaciones entre los Estados Miembros y la OMS o la OPS. Los países habían planteado preguntas en cuanto a la función y las responsabilidades de los puntos focales nacionales propuestos y estaban preocupados de que su designación como los principales puntos de contacto quizá significaría que las autoridades sanitarias nacionales no siempre fuesen consultadas antes de que la información se revelase a la Organización.

164. El cuarto motivo de preocupación era la notificación. Algunos países pensaban que, además del algoritmo para determinar qué constituía una emergencia de salud pública

de trascendencia internacional, el RSI debía incluir una lista de las enfermedades de notificación obligatoria. Una sugerencia alternativa que había surgido de las consultas era que la lista de las enfermedades debería servir más bien como una ayuda a los países para utilizar el algoritmo de toma de decisiones. En otras palabras, no necesariamente sería obligatorio notificar cualquier brote de una enfermedad que figurase en la lista, pero la aparición de cualquiera de esas enfermedades debía impulsar a los países a utilizar el algoritmo para determinar si el caso cumplía con los criterios para su notificación. Por último, un problema que se había señalado con inquietud en algunas subregiones era el de la limitación que se había propuesto a imponer medidas por encima de las recomendadas por el RSI para restringir el transporte y los desplazamientos de las personas y los productos, que algunos países consideraban una transgresión de su soberanía nacional. Se consideró esencial lograr un equilibrio entre los intereses nacionales y los intereses internacionales, de tal manera que el Reglamento Sanitario Internacional sirviese de código de conducta que protegería a los países contra la propagación de las amenazas internacionales de salud pública, pero eso también protegería contra restricciones innecesarias o excesivas en los viajes y el comercio.

165. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina, Vicepresidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había expresado su apoyo decidido al proceso de modificación del RSI y había aplaudido los esfuerzos de la OPS para asegurarse de que se tuvieran en cuenta los puntos de vista de los gobiernos de las Américas. El Subcomité había recalcado que el RSI modificado debía ser flexible pero, al mismo tiempo, aclarar las condiciones bajo las que sería apropiado imponer restricciones a los viajes de personas y animales o al transporte de cargas para prevenir la propagación de enfermedades. Se había expresado inquietud acerca de la propuesta de la OMS de utilizar un algoritmo como único medio para determinar los casos de notificación obligatoria, y se había sugerido que el RSI modificado también debía exigir la notificación de una lista específica de enfermedades que podían generar emergencias internacionales de salud pública. El Subcomité también había recalcado la importancia de la colaboración entre los países y las regiones en la detección y la respuesta temprana a los brotes de enfermedades. La cooperación técnica entre los países se había considerado esencial para ayudar a los países que quizá carecían de la pericia o los recursos humanos necesarios para detectar y responder a los brotes de enfermedades.

166. El Comité Ejecutivo también expresó su apoyo decidido a la modificación del Reglamento Sanitario Internacional, señalando que el adoptado en 1951 era a todas luces insuficiente en el contexto actual de desplazamientos internacionales de grupos de población, tanto acelerados como voluminosos, de infecciones emergentes y de mayores amenazas del bioterrorismo. Al igual que había hecho el Subcomité, el Comité subrayó la necesidad de un RSI que fuese flexible pero que estipulara claramente las autoridades y las condiciones bajo las cuales la OMS podría recomendar restricciones a los viajes o al comercio para controlar la propagación de enfermedades. El Comité también recalcó la

importancia de la participación activa de los Estados Miembros en el proceso de revisión y se elogió a la OPS por facilitar esa participación. Se alentó a la OMS y a sus oficinas regionales a que siguieran desempeñando una función de liderazgo mediante la coordinación de la consulta con los países para permitir la adopción de un RSI claro y equilibrado que todos los Estados Miembros pudieran adoptar con entusiasmo y ejecutar a cabalidad. Se señaló que las consultas subregionales celebradas en las Américas no solo habían producido aportaciones útiles que ayudarían a la OMS en la redacción del texto nuevo del RSI, sino que contribuirían también a una mayor comprensión entre los países de la Región en lo atinente a los retos y las oportunidades de colaboración en respuesta a las emergencias de salud pública de trascendencia internacional.

167. Los Delegados de Canadá, México y Estados Unidos dijeron que la reunión de consulta subregional norteamericana les había parecido sumamente instructiva y útil. La reunión había producido un conjunto excelente de recomendaciones, algunas de las cuales se habían mencionado en el documento y las había puesto de relieve el Dr. Libel en su intervención. Se sugirió que la próxima versión del documento debería llevar una descripción más detallada de las recomendaciones que habían salido de las diversas reuniones subregionales. En particular, se dijo que debería mencionarse especialmente la recomendación de la consulta norteamericana en cuanto a la inclusión de una lista de enfermedades de notificación obligatoria.

168. El Delegado de Estados Unidos dijo que su gobierno seguía convencido de que el Reglamento Sanitario Internacional modificado debería incluir una lista de las enfermedades de notificación obligatoria, además del algoritmo. Su delegación apoyaba el uso de un algoritmo para determinar ciertas emergencias de salud pública de trascendencia internacional, especialmente si el término se había definido con cuidado, pero creía firmemente que el RSI también debía exigir la notificación de una lista de ciertas enfermedades transmisibles graves cuyo potencial de crear una emergencia de ese tipo fuese bien conocido. Su gobierno opinaba que la lista debía estar integrada al algoritmo, tal como se había recomendado durante la consulta norteamericana. La recomendación proponía ciertas enfermedades que debían figurar en la lista porque entraban en una o varias categorías, entre otras las enfermedades transmisibles que pudieran transmitirse por gotitas o aerosoles y que podrían tener consecuencias potencialmente mortales o graves, así como algunas enfermedades de transmisión vectorial que podrían reubicarse en países sin endemias que tuvieran vectores compatibles. También señaló que su país había presentado dos conjuntos de observaciones escritas a la OPS/OMS y había solicitado que el contenido del párrafo 30 del documento CE134/14 se modificara para reflejar también el contenido de la segunda presentación.

169. El Delegado de Canadá observó que el documento mencionaba que varios países estaban iniciando un proceso de reorganización de sus sistemas de vigilancia para prepararse en caso de brotes futuros de enfermedades, y en tal virtud propuso que la

información del párrafo 30 acerca de los esfuerzos de su país en ese sentido debían expresarse con estas otras palabras: “Poco después del brote de SARS en Canadá, Salud Canadá encargó un análisis para determinar cuán bien se había manejado la situación, lo que había dado resultado y lo que no. El informe recomendó la creación de un nuevo organismo de salud pública, y el gobierno está trabajando activamente en la planificación y el diseño de dicho organismo”. Observó que una cuestión clave planteada en el documento era que el marco para el RSI modificado era la comprensión de que la mejor manera de prevenir la propagación internacional de las enfermedades consistía en detectarlas y controlarlas mientras seguían siendo un problema local. Eso exigía una iniciativa conjunta entre los países, y Canadá, por ser miembro fundador de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN por la sigla en inglés), consideraba que dicha red era un mecanismo excelente para efectuar esa colaboración.

170. El Delegado de México dijo que su país también defendía firmemente el proceso de revisión y por eso había formado un grupo interinstitucional especialmente para examinar el borrador del texto del RSI y elaborar la respuesta de México. Ese grupo, integrado por representantes de diversos ministerios y otras entidades gubernamentales, presentaría sus observaciones complementarias en los próximos días.

171. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo dijo que había observado con preocupación que uno de los temas fundamentales planteados durante las consultas subregionales había sido la falta de capacidad institucional en algunos países para asumir las responsabilidades que le incumbían a los Estados Miembros de conformidad con el RSI modificado. El BID consideraba que la prevención de la transmisión internacional de las enfermedades era un bien público regional y velar por el suministro de los bienes públicos regionales era una esfera de interés prioritaria para el Banco en este momento. En consecuencia, el BID estaba preparado para ayudar a los países a que fortalecieran su capacidad institucional a nivel nacional para estar seguros de que podrían cumplir con sus responsabilidades estipuladas en el nuevo RSI.

172. El Dr. Libel agradeció a los delegados sus sugerencias para mejorar el documento de la OPS. Había tomado nota de los cambios concretos que se proponían y velaría por que se incorporaran en la próxima versión. Aseguró a la Delegación de Estados Unidos que su recomendación en cuanto a la lista de las enfermedades se incluiría en el informe de la OPS a la OMS acerca del resultado de las consultas celebradas en la Región. Esa recomendación se había tratado con todo detalle durante la reunión de consulta de América del Norte y se había señalado que había tanto ventajas como desventajas de incluir en el RSI una lista fija de las enfermedades de notificación obligatoria. Se había acordado que, si se iba a agregar una lista, como habían sugerido algunos países, esta debía utilizarse como una red de seguridad o como recordatorio acerca del uso del algoritmo. La lista serviría como un medio para lograr que los países no olvidaran que

hasta un solo caso de ciertas enfermedades podía constituir un problema de salud pública internacional.

173. La justificación para no incluir una lista de enfermedades en el borrador actual era, en primer lugar, que el acatamiento de la lista actual de las enfermedades de notificación obligatoria dejaba mucho que desear. Los países no siempre notificaban los casos de las tres enfermedades que figuraban en la lista, aunque tal notificación fuese obligatoria según lo estipulado en el RSI vigente. Segundo, con la aparición o reaparición de tantos agentes patógenos en los veinte últimos años, sería muy difícil mantener una lista actualizada de las enfermedades para que figurara en el RSI. Otro inconveniente de agregar un grupo prefijado de enfermedades era la necesidad de contar con una confirmación de laboratorio antes de que un brote de enfermedad se notificase oficialmente. No obstante, la recomendación que había salido de la consulta norteamericana definitivamente se sometería a la OMS para su consideración en el próximo borrador.

174. El funcionario agradeció a la Delegación de Estados Unidos las observaciones y sugerencias muy detalladas que había presentado a la OMS y la OPS para la revisión. Sus aportes, además de representar el punto de vista del sector sanitario, exponían con claridad la posición nacional de todo el gobierno de ese país. Recalcó la importancia de incluir la perspectiva de otros sectores en las observaciones de cada país acerca del RSI. Estados Unidos lo había hecho al igual que México. Durante la consulta de América del Norte, México había planteado un punto sumamente importante además de las cinco categorías de interés que había mencionado en su presentación, a saber, que la función de las oficinas regionales y de país de la OMS en la aplicación del RSI debía definirse con claridad. El punto de vista de la OPS era que, para los Estados Miembros de las Américas, las representaciones de la OPS/OMS debían ser el primer punto de contacto con la OMS. Ese punto se aclararía en el próximo borrador del RSI.

175. EL Dr. Libel agradeció a los gobiernos de Brasil, Canadá, Granada y República Dominicana que hubiesen patrocinado las reuniones subregionales, que según la Oficina habían sido realmente muy productivas. También agradeció al representante del BID sus observaciones y recibió con agrado la disposición del Banco de apoyar a los países a fortalecer su infraestructura de vigilancia de la salud pública.

176. La Directora estuvo de acuerdo en que las consultas subregionales habían sido muy fructíferas y habían dado lugar a una contribución sólida de la Región de las Américas. Sin embargo, desde el punto de vista de la Oficina, había algo que todavía le hacía falta al proceso de consulta y era una participación suficiente de otros sectores y profesiones. En las reuniones regionales había habido alguna participación de los representantes de otros sectores, pero se necesitaba más. A nivel nacional, en la mayoría de los países el proceso de revisión no había incluido hasta ahora la participación de todos los sectores que debían consultarse. Era esencial que se tuvieran en cuenta las opiniones

de los sectores agropecuario, comercial, de relaciones exteriores, del turismo y otros, no solo porque el nuevo RSI iba a repercutir en ellos, sino porque tendrían que participar en el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para llevarlo a la práctica y luego para aplicarlo realmente una vez que se adoptara.

177. La participación multidisciplinaria en el proceso de consulta también era esencial. Los profesionales veterinarios habían participado hasta cierto punto, pero se necesitaba además asesoramiento de los ambientalistas, los toxicólogos y una gama de otros profesionales. Eso se debía a que el RSI no abordaba solamente los agentes infecciosos. Los productos químicos, los alimentos y los medicamentos, por ejemplo, también podrían plantear una amenaza internacional para la salud pública, y era crucial contar con los aportes de los expertos en esas esferas. Por consiguiente, la OPS alentaba a todos los países a que hicieran todo lo posible por lograr la participación multisectorial y multidisciplinaria en sus consultas futuras sobre el RSI. La Organización también instaba a los Estados Miembros a que no esperaran la reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental que se celebraría en noviembre, sino que entretanto siguieran haciendo avanzar el proceso. A este respecto, señaló que los debates dentro del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI quizá brindarían una oportunidad para hacer otra consulta sobre el RSI, ya que uno de los temas que estaba examinando ese grupo era el de los productos regionales de salud pública.

178. El Comité pidió a la Oficina que tomara nota y transmitiera a la OMS sus observaciones sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

El Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS (documento CE134/15)

179. La Dra. Pascale Brudon (Gerente del Grupo de Estudio, Programa General de Trabajo, Departamento de Planificación, Coordinación de Recursos y Monitoreo del Desempeño, OMS) presentó un resumen del progreso logrado hacia la definición del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Señaló que el Subcomité de Planificación y Programación y el Comité Ejecutivo se encontraban entre los primeros cuerpos regionales que estaban formulando sus observaciones, y agregó que el Grupo de Estudio que estaba trabajando en el proyecto de programa se ocupaba actualmente de incorporar en él las observaciones del Subcomité. Recordó que el artículo 28 de la Constitución de la OMS estipulaba que la Organización debía tener un programa general de trabajo y que el actual, que se terminaba en 2005, era un documento muy breve, que describía únicamente el mandato de la OMS, las orientaciones estratégicas y las funciones básicas. El Director General había decidido que el próximo programa general de trabajo debía ser un documento muy diferente. Debía ser un plan previsor, para tratar de comprender el futuro y determinar de qué manera, con la colaboración de todos los interesados, sería posible influir en el futuro. Otra innovación era que el programa general de trabajo nuevo abarcaría un período decenal, 2006-2015, para que el final coincidiera

con la fecha prevista para el logro de los objetivos de desarrollo fijados en la Declaración del Milenio.

180. Hasta el momento, lo que se había hecho en relación con el programa se encontraba en una etapa muy preliminar y todavía había muchos temas abiertos, mientras la OMS seguía tratando de obtener aportaciones de todos sus colaboradores y uno de ellos era el Comité Ejecutivo. La funcionaria señaló a la atención de los asistentes el proyecto de esquema del programa (anexo I al documento CE134/15) y dijo que el programa de trabajo adoptaría una perspectiva muy amplia del mundo y del lugar que ocupaba la salud en él, reflejaría los nexos entre la salud y el temario más amplio del desarrollo para reafirmar la situación de la salud, no solo como un instrumento para el desarrollo, sino por su importancia por derecho propio. Como es difícil predecir detalladamente cómo será el mundo dentro de diez años, la segunda parte del documento expondría situaciones alternativas y, al poner de relieve ciertas preguntas, se convertiría en una guía acerca de las diferentes rutas hacia los logros en materia de salud, que presentaría una gama de orientaciones estratégicas, según lo había señalado el Subcomité de Planificación y Programación en marzo. Representaría una declaración muy sólida acerca de la dirección estratégica y la función de la OMS, de la Oficina, de sus Estados Miembros y de otros socios.

181. El proceso de formular el Undécimo Programa General de Trabajo brindaba una buena oportunidad de examinar posibles situaciones no solo para conocer más a fondo el futuro, sino también para ayudar a elegir y crear ese futuro. Inicialmente, se habían estudiado tres situaciones: una de un futuro estable y razonablemente predecible; otra con algunas variaciones que quizá aportarían simultáneamente oportunidades y retos, los cuales exigirían nuevas maneras de actuar; y la tercera, de cambios radicales en el entorno sanitario, de carácter positivo o negativo. Más tarde, se había cambiado ese enfoque, debido en parte a algunas de las observaciones formuladas por el Subcomité de Planificación y Programación. Parecía que la situación radical contemplada no era particularmente carente de realismo, lo que llevó a definir una situación visionaria en la que la salud mundial pudiera configurarse en una imagen más coherente del futuro. Sobre la base de las observaciones del Subcomité, se había acordado que, después de haber examinado esa visión de cómo sería tal vez el mundo dentro de unos diez años, el Programa debía establecer lo que serían las orientaciones estratégicas y las opciones, basadas en los principios y los valores fundamentales de la OMS. Se esperaba que el resultado fuese un capítulo fuerte que daría orientaciones acerca de cómo podría la OMS influir en la salud mundial.

182. Otro capítulo clave consideraría la función de liderazgo de la OMS y cómo podría esta empezar desde ahora a influir el futuro: ¿De qué manera y en qué esferas debería expresarse ese liderazgo y qué capacidades deberían forjarse para hacerlo? ¿Cómo podría la OMS tener influencia en las políticas de desarrollo y qué políticas estaban abiertas a

ella? Otra cuestión era lo que se esperaba de la OMS a nivel de país: ¿Qué se esperaba que hiciera la OMS, qué aptitudes y recursos necesitaba para satisfacer esas expectativas? En términos generales, la intención era definir mejor lo que debía ser la función de la OMS, la Secretaría, los Estados Miembros y otros, los socios no tradicionales y determinar cómo la OMS y sus socios podrían colaborar eficazmente dentro de un conjunto de principios fundamentales que abarcaban alianzas, sostenibilidad y responsabilización.

183. El proceso de elaborar el programa era tan importante como el resultado. Ese proceso comprendería dos fases: una divergente y otra convergente. La fase divergente, que continuaría hasta el final de 2004, se dedicaría a recabar información, aportaciones y diferentes puntos de vista. Esa fase incluiría consultas regionales y estudios de países; la finalidad era que se caracterizara por ser una reflexión alejada de las ideas preconcebidas. Durante la fase convergente, la información recopilada se unificaría en un documento final para su presentación al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2006, y luego a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del mismo año.

184. En conclusión, la oradora reiteró que la formulación del programa general de trabajo todavía estaba en marcha y recalcó que la OMS esperaba con interés recibir otras aportaciones de los Estados Miembros mediante consultas regionales y a nivel de país. Esa cooperación estrecha entre la sede de la OMS y las regiones ayudaría a impulsar el trabajo en los próximos meses.

185. El Dr. Carlos Vizzotti (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el Subcomité había considerado el Undécimo Programa General de Trabajo en su 38.^a sesión, celebrada en marzo. El Subcomité había expresado satisfacción por la intención de la OMS de velar por que las regiones y los Estados Miembros tuvieran la oportunidad de hacer aportes a medida que se estaba formulando el Programa. Había recalcado que las enseñanzas extraídas de los programas de trabajo anteriores debían aplicarse a la planificación del nuevo, y que en conjunto debería basarse en pruebas científicas y guiarse por datos. El Subcomité había reconocido que la preparación del Programa ofrecería una oportunidad única de evaluar las tendencias de salud e identificar los retos que se plantearían a la salud en el futuro y le había complacido que el programa examinara los nexos entre la salud, la pobreza y desarrollo, así como la repercusión del comercio en la salud y los posibles efectos sanitarios negativos de la globalización. El Subcomité había opinado que la primera parte del documento debía centrarse más en las prioridades, las orientaciones estratégicas y las metas de la OMS, con una definición clara de la función, las oportunidades y las ventajas comparativas de la OMS. También había indicado que debería prestarse más atención a las oportunidades clave y a las esferas en las que la OMS podría tomar la delantera para lograr un cambio y que debería hacerse más hincapié en la cooperación intersectorial.

186. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la exposición, que afirmaba el punto de vista de que el programa general de trabajo brindaba una oportunidad única para evaluar las tendencias en los asuntos de salud y elegir las medidas que la comunidad internacional debería tomar para alcanzar los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Debido a que un plan que se extiende durante un período tan largo, como es el de diez años, podría ser un fracaso rotundo si se formulaba sobre la base de hipótesis tradicionales, el Comité veía con agrado que se utilizaran diferentes futuros o situaciones, en los que cada uno tendría sus propias dificultades y potencial. Le complacía constatar las mejoras que se habían hecho al documento desde la reunión del Subcomité de Planificación y Programación. El Comité apreciaba la ampliación de la parte II del documento y la inclusión de una nueva parte III, cuyo propósito era abordar mejor las prioridades, las orientaciones estratégicas y las metas de la OMS y definir más claramente las funciones y la ventaja comparativa de la OMS. El documento podría mejorarse todavía más si se agregara más información y se presentara una imagen más clara del trabajo futuro de la OMS con los Estados Miembros y mediante una articulación de la función de la OMS en el contexto mundial más amplio de la salud pública. Al Comité le complacía en particular que los “retos clave” ahora se planteaban de manera positiva y no en un contexto negativo, orientados a las esferas donde tanto la OMS como los Estados Miembros podrían mejorar los resultados de salud y los sistemas de salud. Expresó interés en saber cómo se iba a vincular el Undécimo Programa General de Trabajo con el programa y el presupuesto para 2006-2007.

187. El Comité recalcó que un componente de seguimiento y evaluación era crucial. En particular, había necesidad de examinar en qué forma la evaluación del programa de trabajo actual contribuiría a la formulación del nuevo. El Comité Ejecutivo, al expresar su reconocimiento por el proceso participativo y consultivo que se estaba realizando para formular el programa general de trabajo, instó a que este se fundamentara en pruebas científicas y que su orientación resultara de los datos recabados; recalcó que debía proponer acciones que tanto la OMS como los Estados Miembros pudieran cuantificar. Se sugirió que quizá fuese útil para el grupo de estudio que formula el programa general de trabajo consultar con el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

188. La Dra. Brudon agradeció al Comité Ejecutivo sus observaciones, que a su modo de ver serían muy útiles para el grupo de estudio a medida que avanzara el documento. Estuvo de acuerdo en que era necesario asignar mayor importancia al seguimiento y la evaluación y agregó que se incorporaría esta sugerencia. Además, se había previsto realizar una evaluación del programa general de trabajo actual. En vista de la dificultad de asegurar que el trabajo que se planificase actualmente siguiera siendo pertinente al cabo de diez años, quizá sería conveniente evaluar el programa general de trabajo una vez que hubiese estado en funcionamiento durante cinco años.

189. La funcionaria estuvo de acuerdo en que el programa general de trabajo debía ofrecer ayuda para medir el progreso alcanzado hacia el logro de los objetivos de la Declaración del Milenio, y que deberían proponerse actividades que tanto la OMS como los Estados Miembros pudieran medir. Dijo que recibía con interés la idea de una cooperación estrecha con el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, que podría ser beneficiosa para ambas partes ya que ambas organizaciones tenían que hacer frente a los mismos problemas relevantes; agregó que debería establecerse un mecanismo para formalizar esa cooperación. Como las experiencias de cada país representaban una contribución valiosa, la OMS también esperaba, en un futuro próximo, proponer un mecanismo que permitiría recabar dichas experiencias. Para contestar la pregunta acerca del nexo entre el programa general de trabajo y el presupuesto y programa de 2006-2007, explicó que se había previsto que, mediante la cooperación y las consultas frecuentes, se insertarían algunas de las ideas preliminares acerca del programa general de trabajo en el próximo presupuesto por programas, pero que esto se haría de manera más intensiva en el ciclo del presupuesto 2008-2009.

190. La Directora recibió con agrado el enfoque que estaba adoptando la OMS para la elaboración de su programa de trabajo y, en particular, su disposición para solicitar aportes de las regiones. Esa estrecha cooperación no podía ser menos que beneficiosa para todos los interesados. Reafirmó el compromiso de las Américas con el proceso de formulación del programa general de trabajo y señaló que seis países de la Región eran miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS y, por lo tanto, tenían la oportunidad de participar muy de cerca en la creación del programa. También informó que los gerentes financieros y de planificación de todas las regiones se habían reunido recientemente en la sede de la OPS con sus homólogos de la sede de la OMS. Las sesiones habían transcurrido muy armoniosamente en las tareas de preparar marcos de planificación estratégica, formular los presupuestos para el próximo bienio, armonizar los programas y las prioridades regionales y mundiales, y asignar recursos entre las diversas regiones.

191. Observó con pesar que tendría que estar ausente de parte de las deliberaciones de la tarde y explicó que le habían pedido que hiciera una presentación ante el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos acerca de la colaboración futura en el sistema interamericano y su fortalecimiento. De la misma manera que era recomendable una colaboración amplia entre los organismos del sistema interamericano, también era sumamente beneficiosa una estrecha cooperación entre la OMS y sus regiones.

192. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y solicitó que la Dra. Brudon transmitiera sus observaciones al Grupo de Estudio.

Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (documento CE134/16)

193. El Dr. Enrique Loyola (Epidemiólogo, Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, OPS) informó acerca de la evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, y señaló que algunas de las sugerencias y las observaciones del Subcomité de Planificación y Programación se habían incorporado en la versión actual. Empezó por explicar que los datos básicos de salud representaban un conjunto mínimo de la información necesaria para caracterizar una situación sanitaria. No se pretendía que esos datos fuesen integrales, sino un conjunto mínimo de indicadores importantes que servían al menos para delinear la zona geográfica y los problemas de salud específicos. Actualmente, los datos básicos comprendían 117 indicadores, que en algunos casos se desglosaban por edad y sexo para abordar e identificar a los grupos más vulnerables.

194. Las finalidades concretas de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (IRDBS) eran orientar la gestión de políticas estratégicas; facilitar la fijación de prioridades para la acción en el sector de la salud; mejorar la evaluación y adaptación de la cooperación técnica en cada uno de los países y programas; ayudar a los países en la creación de estrategias de inversiones o programas especiales para la política sanitaria o el desarrollo de los servicios de salud, así como la prevención y el control de problemas particulares de salud; facilitar la movilización de los recursos financieros; orientar las prioridades de investigación; y distribuir periódicamente informes sobre las tendencias de salud en cada país y en la Región en conjunto.

195. En el año 2004 se publicó la décima edición de *Salud en las Américas: indicadores básicos*. Todos los países habían utilizado la publicación para ayudarlos a mejorar la forma en que desglosaban sus datos y en ese momento se estaba tratando de incluir más indicadores desglosados por edad y sexo. Para facilitar el acceso a los datos, en 1997 la OPS había preparado un sistema automatizado para generar cuadros que permitía a la vez hacer el seguimiento de los datos y el acceso a los indicadores básicos de salud. Mediante la utilización de ese sistema, los datos podían analizarse a lo largo del tiempo o por distribución geográfica. Para dar una perspectiva general de los datos, la OPS había preparado el Atlas regional de indicadores básicos de salud, que hasta la fecha abarcaba los 57 indicadores comprendidos en el folleto *Indicadores básicos*, pero se estaba tratando de dar información para otros indicadores y, además, lograr un mayor grado de desglose.

196. Entre diciembre de 2003 y enero de 2004, se había hecho una encuesta con el doble objetivo de evaluar la repercusión de la IRDBS y de determinar cómo podría mejorarse. Respondieron 37 de los 48 países de la Región; 30 de ellos indicaban que tenían una iniciativa nacional de datos básicos, en la que participaban activamente grupos nacionales para su creación y actualización. Dieciséis países estaban usando la IRDBS

para medir o reconocer las desigualdades en la esfera de la salud, mientras que 21 países la aplicaban para determinar las necesidades de salud y fijar las prioridades. La iniciativa también se había utilizado para la evaluación de programas y para otras finalidades. Diecisiete de los treinta países habían indicado que coordinaban sus actividades de seguimiento de la IRDBS con el seguimiento del progreso en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

197. Hasta ese momento, 24 países estaban produciendo un conjunto sistemático de indicadores. Algunos de ellos, como Argentina o Cuba, habían comenzado en 1996 y continuado hasta 2003. Otros contaban con datos menos completos, pero también estaban comenzando a producir información de manera cada vez más sistemática. En cuanto a los productos que surgían a partir de la Iniciativa, 24 países ya tenían folletos, volantes o materiales similares donde se publicaban indicadores y datos. Varios de ellos habían producido la información en versiones electrónicas o en CD-ROM, y 14 países tenían páginas web que mostraban indicadores y datos. Un país tenía el generador de cuadros en un sitio web, mientras siete países habían adoptado otros enfoques. Con respecto al carácter integral de la base de datos, a pesar de que la recopilación de datos se había venido haciendo durante diez años todavía quedaba mucho camino por recorrer. Algunos países habían revelado diferentes niveles de fiabilidad de la información, mientras que la utilización de las fuentes secundarias creaba problemas para la comparación de los datos. En algunos casos, había brechas en los datos para ciertos indicadores relacionados con determinados países. En especial, los datos sobre mortalidad eran particularmente insatisfactorios. Sin embargo, gracias a una labor considerable de programación, se había previsto que esa situación mejoraría muy pronto.

198. Pasando a la relación entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los datos básicos en salud, señaló que de los 18 indicadores relacionados con la salud que serían vigilados en los objetivos de desarrollo, 12 ya estaban en la base regional de datos de salud. Hablando en términos generales, ya se contaba con datos para 60% a 70% de esos 12 indicadores correspondientes al período 2000-2003. Una finalidad importante de la Iniciativa era determinar y abordar las desigualdades en materia de salud que ocurrían en los países; para ello, la OPS estaría utilizando las herramientas cartográficas y los métodos para analizar esa información.

199. Entre las recomendaciones y sugerencias para efectuar mejoras que formularon los países encuestados se encontraban la necesidad de facilitar la aplicación y el mantenimiento de los datos básicos regionales de salud, facilitar la participación en los sistemas nacionales de información sanitaria y mejorar la corriente de información entre los países y las oficinas de la OPS, así como maneras de lograr mayor promoción y difusión de la información acerca de la Iniciativa dentro de los ministerios de salud. Los mecanismos y los instrumentos operativos que se habían sugerido como formas para mejorar la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, tanto a nivel nacional como

regional, comprendía la creación de una comisión general de coordinación para facilitar la gestión política y administrativa de las iniciativas; grupos de trabajo interinstitucionales para asumir responsabilidades de coordinación técnica; comités técnicos interdisciplinarios para facilitar e identificar el análisis metodológico y operativo; creación de una secretaría técnica para definir el proceso y llevar a cabo el seguimiento; establecimiento de datos comunes y de conjuntos de indicadores; y facilitación de un sistema de información interfuncional. Algunas de esas iniciativas requerirían la participación de los institutos nacionales de estadísticas, entidades académicas, grupos de trabajo interpaíses, sociedades profesionales y otros.

200. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina, Vicepresidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité también había tratado el tema de la IRDBS en su sesión de marzo. El Subcomité había recalcado la conveniencia de lograr un mayor desglosamiento de los datos por grupos de población específicos, especialmente los marginados como las personas de edad, los pueblos indígenas y los niños. También había puesto de relieve la importancia del análisis de problemas de género en el estudio de las inequidades sociales. El Subcomité había opinado que sería útil ver una lista de los indicadores recomendados a los Estados Miembros, así como la documentación técnica que constituía la base de la elaboración por la OPS del conjunto de indicadores. Había señalado que el documento sería más útil con una presentación más detallada acerca de la disponibilidad de los datos básicos en todos los países y la Región, y con un debate acerca de los niveles de participación individual de los países en la Iniciativa. También había indicado que debía agregarse un análisis más minucioso de los recursos existentes, tanto humanos como financieros, junto con una proyección de las necesidades. Por otra parte, los Miembros habían considerado que el documento debía contener más información acerca de la forma en que la Iniciativa le estaba resultando útil a los Estados Miembros —por ejemplo, en qué grado estaba contribuyendo a la planificación y al establecimiento de políticas en los ministerios de salud.

201. El Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento por una exposición tan completa, así como por los esfuerzos de la OPS para promover la recopilación corriente de los datos estándar de salud en toda la Región. La cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros había permitido utilizar mejor y de manera más práctica los datos para la planificación de salud y para facilitar el seguimiento de los programas. Los datos exactos eran un elemento clave en la toma de decisiones y la formulación de políticas, ya que aportaban la base de pruebas necesarias para la acción en favor del mejoramiento de la salud en las Américas. Los datos exactos también eran necesarios para vigilar las disparidades en el ámbito de la salud y para medir el progreso hacia los objetivos de salud, tanto nacionales como internacionales. El Comité elogió las modificaciones hechas al documento desde la sesión del Subcomité de Planificación y Programación, en marzo, en particular la inclusión de los apéndices y las referencias. También expresó su apoyo a las

diversas sugerencias presentadas en el documento para mejorar la Iniciativa en el futuro, y esperaba con interés recibir propuestas prácticas para hacer realidad esas sugerencias.

202. Algunos delegados consideraban que la sección: “Perspectivas y retos” del documento no abordaba a cabalidad los retos que planteaba el trabajo que estaba por hacerse. Lo que se necesitaba era un debate más a fondo de las razones que explicaban la falta de datos con respecto a algunos de los indicadores, en especial los indicadores sobre mortalidad, en el caso concreto de América del Norte. Debido a que todavía había retraso en la recopilación y el análisis de datos relativos a las poblaciones vulnerables, sería muy útil un debate acerca de iniciativas y modelos exitosos, así como de enfoques sostenibles para mejorar la situación.

203. Al Delegado de Canadá le complacía ver que en el documento se había incluido un ejemplo de la utilización constante que se hace en su país de los datos de salud en la formulación de políticas y la programación. Salud Canadá, Estadísticas Canadá y los Institutos Canadienses de Información Sanitaria estaban trabajando en estrecha colaboración en el suministro coordinado de datos de salud a la OPS para su publicación anual de datos básicos. El Delegado de Costa Rica observó que el éxito de la Iniciativa en su país había inducido a otros sectores del gobierno, como los ministerios del medio ambiente y de justicia, a estudiar la posibilidad de crear sistemas de indicadores similares en sus esferas de interés.

204. El Comité expresó su decepción porque el documento no incluía información sobre la utilización de los recursos presupuestarios y humanos para la Iniciativa. Opinaba que debía contener información sobre los niveles de financiamiento actual de la Iniciativa, que abarcara tanto financiamiento ordinario como extrapresupuestario, así como las proyecciones del financiamiento futuro. La información suministrada en el anexo C se consideraba útil, aunque era necesario aclarar algunos de los valores dados. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo sugirió que quizá fuera útil incluir más datos sobre los costos de los medicamentos esenciales, que en las familias de ingresos bajos en la Región ascendían a casi 70% de los gastos relacionados con la salud.

205. El Dr. Loyola, respondiendo a las observaciones en cuanto a la falta de datos para algunos indicadores, señaló que el cuadro que figuraba en el anexo C del documento CE134/16 mostraba el número de indicadores por categoría, multiplicado por el número de años. Diversos factores explicaban las lagunas en los datos. La mayoría de los indicadores socioeconómicos provenía de los cálculos del Banco Mundial, en los que no se habían determinado algunos indicadores para los Estados Unidos o Canadá, como la distribución de los ingresos. Los indicadores sobre alfabetización provenían de la UNESCO, pero tampoco incluían cifras para los Estados Unidos. En la esfera concreta de la mortalidad, en el pasado había habido algunas dificultades en el procesamiento de los datos dentro de la OPS para lograr el desglose completo solicitado, por edad y sexo. En

ese momento, se estaba actualizando la base de datos y se esperaba mostrar un mejoramiento significativo para la fecha del Consejo Directivo.

206. La Oficina trataba de limitar las solicitudes de datos que hacía a los países, y esa era la razón para utilizar fuentes de datos secundarias; pero se hacía un esfuerzo especial para incluir a los países que deseaban suministrar más información que no se había captado en las fuentes secundarias. Para la próxima actuación del sistema de datos básicos de salud, se había previsto poner a disposición de los países los datos provisionales para que en unas pocas semanas pudieran examinarlos y amplificarlos según fuese necesario, antes de introducirlos en el sistema en la forma definitiva. Además, la Oficina estaba trabajando con los representantes de la OPS/OMS para que asumieran una función más activa en la recopilación de datos.

207. La pregunta sobre el financiamiento sería relativamente sencilla de responder en el caso concreto de las actividades de análisis de salud y sistemas de información sanitaria, pero debido a que en la IRDBS también participaban otras unidades técnicas y oficinas, haría falta más trabajo. el funcionario se comprometió a tratar de tener esa información lista para el Consejo Directivo. A pesar de estar de acuerdo en que la información sobre los costos de los medicamentos esenciales era una inquietud importante para la OPS, opinaba que ese tema se abordaría de manera más apropiada en el ámbito de las cuentas sanitarias nacionales.

208. La Directora agregó que un componente importante de la Iniciativa de los Datos Básicos Regionales en Salud era su grupo interprogramático, cuya función era tratar de detectar necesidades futuras de datos y al mismo tiempo evitar que la lista de indicadores se volviera demasiado extensa. Considerando el esfuerzo que representaba obtener los datos que se solicitaban en la actualidad, y recopilarlos de manera integral, aumentar la lista de indicadores no era algo que podía decidirse a la ligera. Al elegir esos indicadores nuevos, era esencial procurar que se asignara la prioridad a los que eran de pertinencia especial para el sector de la salud, o generados dentro de él, sobre la base, principalmente, de su importancia para la determinación de las políticas y las prioridades y para la asignación de los recursos.

209. Una de las actividades más prometedoras de las que estaban en marcha era la tarea de lograr que los diversos sistemas de información pudieran dialogar entre ellos, para poder extraer los indicadores que fuesen pertinentes para las acciones de salud pública. Según se había señalado, solía suceder que el panorama general de la información se generaba en muchos lugares diferentes. Esto se había observado, por ejemplo, en el caso del Día Mundial de la Salud con su tema de los accidentes viales. Allí quedaba claro que el sector de la salud mantenía solamente una porción pequeña de los datos pertinentes, porción que no bastaba para explicar el fenómeno de los accidentes viales ni para formular las intervenciones necesarias destinadas a prevenirlos, pero que al menos había hecho

posible señalar a la atención del público la magnitud del problema como tema de salud pública.

210. Además del grupo interprogramático, se contaba con diversos mecanismos para fortalecer la recopilación de datos, y los países mismos estaban mejorando la coordinación entre los diversos organismos nacionales que generaban datos. Algunos indicadores deberían perfeccionarse porque formaban parte del seguimiento para los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio, entre otros, el acceso a los medicamentos, el agua potable y el saneamiento, y las poblaciones vulnerables. La OPS estaba captando la información necesaria como una prioridad, ya que estaba comprometida firmemente con el logro de las metas.

211. El Comité tomó nota del informe sobre la evaluación decenal de la Iniciativa de los Datos Básicos Regionales en Salud pero no consideró necesario adoptar una resolución sobre este tema.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE134/18 y CE134/18, Add. I) y Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas (documento CE134/17)

212. El Comité Ejecutivo decidió considerar conjuntamente los dos temas relacionados con las cuotas. Primero, escuchó el informe de la Sra. Linda Kintzios (Oficial de Finanzas, Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) sobre la recaudación de las cuotas y la situación de los países sujetos potencialmente a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Luego, la Sra. Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) informó al Comité de las iniciativas que estaba poniendo en práctica la Directora para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas en respuesta a las inquietudes expresadas por los Estados Miembros en el 44.º Consejo Directivo.

213. La Sra. Kintzios informó de que, hasta el 31 de diciembre de 2003, la recaudación de las cuotas había totalizado \$81,4 millones, de los cuales \$64,2 millones representaban el pago de las cuotas correspondientes a 2003 y \$17,2 millones correspondían a años anteriores. Eso representaba una tasa de recaudación de 71% de las cuotas del año en curso y 35% de atrasos, y una tasa general de recaudación para el bienio 2002-2003 de 77%, mejor que en bienios anteriores. La información detallada sobre los pagos de las cuotas por los Estados Miembros y las fechas correspondientes figuraban en el anexo A del documento CE134/18. El 1 de enero de 2004, los atrasos totales correspondientes a los años anteriores a 2004 se habían mantenido en \$58,2 millones. El aumento de las cuentas atrasadas podía atribuirse en gran parte a las dificultades económicas graves que habían afrontado varios Estados Miembros durante 2002 y 2003, entre ellas la desestabilización

considerable de las monedas nacionales en Argentina, Brasil, Uruguay y Venezuela. Los pagos recibidos por cuotas atrasadas entre el 1 de enero y el 14 de junio de 2004 sumaban \$16,7 millones, o sea, 29% de ese total, con lo cual los pagos atrasados se habían reducido a \$41,5 millones, en comparación con \$39,7 millones y \$30,6 millones en pagos atrasados en los momentos correspondientes en 2003 y 2002, respectivamente.

214. La recaudación de las cuotas asignadas correspondientes a 2004 había ascendido a \$21,1 millones hasta el 14 de junio de 2004. Once Estados Miembros habían pagado sus cuotas de 2004 en total, 4 habían efectuado pagos parciales y 24 no habían efectuado pagos. Las recaudaciones representaban 23% de las cuotas del año actual; las cifras correspondientes eran 23% en 2003, 33% en 2002, y 32% en 2001. En total, la recaudación de los atrasos y las cuotas del año en curso en 2004 había sumado \$37,8 millones, en comparación con \$30,5 millones en 2003, \$48,3 millones en 2002 y \$61,5 millones en 2001. La información detallada sobre los pagos recibidos y la aplicación de esos pagos se podía encontrar en el anexo B del documento CE134/18.

215. Como era del conocimiento de los Miembros, el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS disponía la suspensión de los derechos de voto si un Estado Miembro, en la fecha de la apertura del Consejo Directivo, estaba atrasado en el pago de sus cuotas en una cantidad superior al total de las contribuciones asignadas correspondientes a dos años completos. Los Estados Miembros sujetos al Artículo 6.B en aquel momento eran Argentina, Cuba, Paraguay, República Dominicana y Suriname. La Argentina adeudaba un total de \$24,6 millones, de los cuales \$12 millones correspondían a 2001 y años anteriores. En 2003, la Oficina había negociado un nuevo plan de pagos diferidos con el gobierno argentino, que empezaría con un pago necesario de \$3,5 millones en 2003, el cual se había efectuado antes del 15 de septiembre de 2003. En 2004, se había exigido a la Argentina que efectuara pagos por un total de \$5 millones. Hasta la fecha, la Organización había recibido pagos por \$1,1 millones, y tendría que recibir el saldo adeudado pendiente, según el plan, a más tardar el 15 de septiembre de 2004 para que pudiera considerarse que la Argentina había cumplido el plan de pagos aprobado.

216. Cuba adeudaba \$1,9 millones, de los cuales aproximadamente \$44.000 correspondían a 2001. A finales de 2003, la Oficina había negociado con el gobierno cubano un nuevo plan quinquenal de pagos diferidos que empezaría con el pago exigido de \$1.000.000 en 2004, así como el saldo adeudado de \$63.000 correspondiente a 2003, de conformidad con el plan anterior. Hasta la fecha, la Organización había recibido pagos por un total de \$315.000. Cuba estaba, por lo tanto, pagando sus atrasos y acatando el plan de pagos diferidos.

217. La República Dominicana adeudaba aproximadamente \$478.000, de los cuales \$16.000 correspondían a 2001. El plan de pagos diferidos aprobado por la Oficina en 2001 estipulaba que la República Dominicana tenía que pagar \$197.500 en 2003. La

Organización había recibido \$193.103, lo que dejaba un saldo adeudado de \$4.957, resultante de las fluctuaciones en el cambio de divisas. De conformidad con el plan, el gobierno dominicano debía pagar \$207.500 en 2004. Por lo tanto, la cantidad total adeudada en 2004 era de \$212.457. La República Dominicana hasta el presente no había efectuado pagos durante 2004 y, por lo tanto, necesitaba pagar al menos \$4.957 antes de la apertura del 45.º Consejo Directivo y \$207.500 antes del final de 2004 para cumplir con lo estipulado en el plan de pagos diferidos.

218. Paraguay adeudaba aproximadamente \$525.000, de los cuales cerca de \$63.000 correspondían a 2001. En 2004, no se había recibido ningún pago de Paraguay. Se exigía un pago mínimo de \$62.754 antes de la apertura del 45.º Consejo Directivo.

219. Suriname adeudaba aproximadamente \$282.000, de los cuales cerca de \$102.000 correspondían a 2001 y años anteriores. La Oficina había negociado un plan de pagos diferidos en 2003 donde se estipulaba que Suriname debía pagar \$10.000 en 2003. La Organización había recibido el pago de \$10.000 en enero de 2004. De conformidad con el plan, Suriname tenía que pagar otros \$70.000 en 2004.

220. La Sra. Frahler dijo que la OPS estaba procurando mejorar la tasa de recaudación y con esta finalidad la Directora había instituido varias estrategias. La más visible era la inclusión del documento “Informe de las contribuciones adeudadas por los Estados Miembros” tanto en el sitio de internet de la OPS como en su intranet. A la Oficina le complacía observar los comentarios positivos que había recibido en cuanto a esta iniciativa, y estaba empeñada en actualizar el sitio web con la frecuencia necesaria para que la información fuese actual y útil.

221. Durante el año anterior, la Directora había solicitado el aporte de los representantes de la OPS/OMS en los países y de los directores de los centros panamericanos para definir otras estrategias que ayudarían a aumentar la tasa de recaudación. Muchos representantes habían respondido que el gobierno anfitrión valoraría la opción de pagar en moneda nacional las cuotas asignadas. Esto se debía a que, algunas veces, los ministerios de salud tenían los fondos necesarios asignados en su presupuesto, pero el pago se retrasaba debido a los controles de cambios y a otros requisitos internos del país. Si a los países se les permitiera pagar en la moneda nacional, la OPS podría lograr más pagos oportunos provenientes de algunos de sus Estados Miembros. Esa opción quizá también alentaría y facilitaría el pago de las cuotas atrasadas de los Estados Miembros sujetos a presiones económicas graves.

222. La inclusión de otra fuente de moneda nacional en las opciones de financiamiento de las representaciones de la OPS/OMS también reduciría los costos de las transacciones asociados con la venta periódica de dólares de los Estados Unidos en el mercado local. Aunque la Oficina y las representaciones de la OPS/OMS se habían asegurado de que

tales transacciones se hicieran bajo las condiciones de crédito y de intercambio más ventajosas, seguían existiendo costos considerables, entre otros los gastos de la transacción, las diferencias en las tasas de cambio y las comisiones.

223. Las Naciones Unidas y varios de sus organismos especializados, entre ellos la OMS, permitían que las contribuciones se pagaran en moneda nacional. La Oficina había tratado el tema con colegas de organizaciones hermanas para evaluar los riesgos inherentes y determinar la política apropiada con respecto a la administración de otras fuentes de moneda nacional en las representaciones d. Para mitigar cualquier riesgo de las fluctuaciones de las tasas de cambio, se exigiría al Estado Miembro que solicitara por adelantado la aprobación de la Oficina antes de efectuar su pago de cuotas en moneda nacional. El Área de Gestión Financiera e Informes mantenía estadísticas acerca de las compras mensuales de moneda nacional y de los desembolsos totales de cada representación, lo que permitiría a la Unidad de Tesorería evaluar la capacidad de absorción de la representación en relación con la solicitud de esa aprobación. De conformidad con la política actual de la OPS, cualquier cantidad de fondos recibida en moneda nacional por una cantidad superior a la capacidad de absorción de la representación durante los siguientes 30 días debía transferirse a una oficina local de las Naciones Unidas o venderse y transferirse a la cuenta en dólares de la Oficina en Washington. Al Estado Miembro se le reconocería el equivalente en dólares de la moneda nacional recibida y absorbida en el país, y se utilizaría el tipo de cambio operativo de las Naciones Unidas vigente en ese momento. Los fondos que tuvieran que ser transferidos a la cuenta de la Sede de la Organización se acreditarían al tipo de cambio vigente en el mercado que recibiera la Oficina.

224. Para permitir el pago de las contribuciones asignadas en moneda nacional sería necesario modificar el Reglamento Financiero. Esa modificación, que se había redactado utilizando el Reglamento de la OMS como guía, se había incluido en el documento CE134/17 para su examen por el Comité Ejecutivo. El Reglamento modificado estipularía que la Directora determinaba las monedas aceptables para el pago de las cuotas. Además, haría falta una nueva reglamentación en la que se estipularía que los pagos en moneda nacional se acreditarían a las cuentas de los Miembros al tipo de cambio de las Naciones Unidas, excepto si la conversión de la moneda excedentaria se consideraba como parte de una gestión financiera prudente, en cuyo caso se aplicaría el tipo de cambio del mercado.

225. La Directora también había puesto en práctica varias estrategias más, entre ellas alentar a que se hicieran pagos de las cuotas a lo largo del bienio por los Estados Miembros que tuviesen dificultades para abonar la cuota anual en un pago único, y fomentar los debates acerca de las cuotas por el personal superior de la OPS a todo nivel y en cada oportunidad. Su mensaje a todos los directivos de la OPS había sido que velar por el pago pronto y completo de las cuotas de los Estados Miembros constituía parte integrante de las responsabilidades de todos los gerentes de alto nivel de la Organización.

226. El Sr. Jerome X. Walcott (Barbados, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había recibido una actualización de la Sra. Frahler en marzo sobre los esfuerzos que se estaban realizando para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas. El Subcomité había señalado que algunos países tenían ejercicios económicos que no coincidían con el año civil. Varios ejercicios económicos comenzaban en abril, lo que quizá ayudara a explicar por qué las cifras presentadas en marzo habían mostrado una cantidad recaudada tan baja para 2004. Se había solicitado información acerca de varios puntos, entre otros, las razones de permitir el pago en la moneda nacional, y los pasos previstos como protección frente al riesgo cambiario. La Sra. Frahler había dado al Subcomité la explicación que acababa de repetir al Comité Ejecutivo, a saber, que la intención era obviar el problema que ocurría en algunos países entre el ministerio de salud y el ministerio de la tesorería responsable de adquirir dólares de los Estados Unidos.

227. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la exposición, encomiando a la Directora y a la Oficina por los esfuerzos que estaban realizando para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas. En cuanto a la observación de que la OMS permitía el pago de las cuotas en moneda nacional, el Comité estaba a favor de que la OPS hiciera lo mismo, siempre y cuando se implantaran los controles adecuados para protegerse del riesgo cambiario, lo que parecía ser el caso. El Comité observó, sin embargo, que el párrafo 6.7 del Reglamento Financiero de la OMS hacía otras estipulaciones acerca de las condiciones bajo las cuales podían aceptarse las cuotas en moneda nacional y esperaba que las mismas disposiciones se adoptarían en la OPS.

228. El Comité Ejecutivo hizo un llamamiento a todos los países para que pagaran el total de sus contribuciones a tiempo, y observó que no podía esperarse que la Organización cumpliera su compromiso de mejorar la salud de la población del continente americano si los Estados Miembros a su vez no cumplían con sus responsabilidades. Los Miembros opinaron que las innovaciones que se estaban haciendo serían una ayuda para los Estados Miembros que estaban luchando afanosamente contra grandes dificultades para cumplir con sus compromisos y cancelar sus cuotas atrasadas.

229. En respuesta a los comentarios acerca de las condiciones bajo las cuales podría aceptarse una moneda nacional, la Sra. Frahler explicó la distinción entre el Reglamento Financiero, que regía todas las transacciones financieras de la Organización, y las Reglas Financieras, que regían su trabajo cotidiano. Las condiciones detalladas para la aceptación de la moneda nacional se incluirían en las Reglas Financieras. Si los Cuerpos Directivos aprobaban la resolución que se estaba proponiendo, por la cual se solicitaba modificar el Reglamento Financiero, luego la Oficina prepararía otra resolución acerca de las Reglas Financieras, para presentarla en la sesión del Comité Ejecutivo que se celebraría inmediatamente después del Consejo Directivo, en septiembre de 2004.

230. La Directora dijo que la tasa de recaudación de las cuotas naturalmente era un tema de la prioridad más alta para la OPS. El logro de una tasa mayor era una empresa cooperativa, en la que los funcionarios de la OPS tenían que dialogar con muchas ramas diferentes del gobierno en los Estados Miembros. En muchos países, la cuestión de las cuotas asignadas de la OPS no era responsabilidad exclusiva del ministerio de salud, sino que quizá también formara parte de la competencia de los ministerios responsables del presupuesto o de la planificación financiera o hasta de las relaciones exteriores. Es más, los procedimientos a veces diferían dependiendo de si se trataba de la contribución correspondiente al año en curso o de cuotas atrasadas. Las representaciones de la OPS/OMS habían sido de gran ayuda para los departamentos financieros de la Sede en la determinación y la comunicación de los procedimientos de los diversos países para la formulación, aprobación y entrega de los fondos para abonar las cuotas.

231. La funcionaria señaló que era la OPS —por conducto de ella misma como Directora o de la Sra. Frahler y su equipo como brazo financiero de la Organización— la que tenía la responsabilidad de velar por que los países de las Américas efectuaran sus contribuciones a la OMS. Las tareas de obtener las contribuciones a la OPS y a la OMS eran por lo tanto inseparables. Aprovechó la oportunidad de expresar su agradecimiento a los países de las Américas por su apoyo en la Asamblea Mundial de la Salud anterior durante el debate de la asignación de los recursos entre las diferentes regiones.

232. El Comité aprobó dos resoluciones con relación a las cuotas: la resolución CE134.R1, por la cual recomendaba al 45.º Consejo Directivo que aprobara una revisión del Reglamento Financiero de la Organización para permitir el pago de las cuotas en moneda nacional, y la resolución CE134.R2, por la cual instaba a todos los Estados Miembros a que abonaran sus cuotas pendientes cuanto antes y recomendaba al Consejo Directivo que aplicase estrictamente las disposiciones del Artículo 6.B.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo 2002-2003 (Documento Oficial 315)

233. La Sra. Frahler presentó también el Documento Oficial 315, que contenía el informe de la Directora sobre las transacciones financieras de la OPS durante el período que iba del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003, la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2003 y los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Según era lo usual para un informe bienal, el documento iba acompañado del dictamen de la revisión de cuentas por el Auditor Externo.

234. El estado de ingresos y gastos y los cambios en los saldos de los fondos destacaban el compromiso continuo de la Organización con la gestión financiera prudente. La

recaudación de las cuotas asignadas del bienio actual había alcanzado la cifra de \$139,5 millones, es decir, un aumento de \$7,4 millones con respecto al bienio anterior. Sin embargo, la recaudación de las cuotas de bienios anteriores había sido de \$32,4 millones, una disminución de \$3,6 millones. En total, la recaudación de las contribuciones actuales y las de bienios anteriores había generado un aumento neto de \$3,8 millones con respecto al bienio anterior.

235. Los ingresos varios durante el período, entre ellos los intereses y los ahorros derivados de la cancelación de obligaciones de períodos anteriores, habían sumado \$9,8 millones. Lamentablemente, esa cantidad reflejaba no solo una disminución de \$8,6 millones en comparación con 2000-2001, sino también un déficit de \$6,7 millones con respecto a la cantidad presupuestada de \$16,5 millones, lo que podía atribuirse principalmente a las tasas de interés extraordinariamente bajas en los Estados Unidos y otros países. Esa insuficiencia había repercutido notablemente en el financiamiento del presupuesto por programas de la OPS. Hacia el final del bienio, la Directora había puesto en práctica otras medidas estrictas de supervisión y de examen para lograr que los ingresos del presupuesto ordinario fuesen suficientes para cubrir los gastos. Además, se habían generado eficiencias por el proceso de realineamiento ejecutado en 2003. Esos dos factores combinados habían reducido los gastos del presupuesto ordinario proyectados en \$7 millones y habían ayudado a mantener los gastos totales por debajo de \$171,1 millones.

236. La supervisión cuidadosa de los gastos del presupuesto ordinario había dado lugar a un excedente de los ingresos sobre los gastos en las operaciones por un monto de \$15.634. Debido a que se requería una inversión financiera considerable para actualizar y mantener la infraestructura de informática y el entorno de computadoras de escritorio de la Organización, se habían transferido \$3,4 millones del fondo del presupuesto ordinario al fondo de bienes de capital cuando se recibieron más de \$10 millones en concepto de cuotas atrasadas. Esa transferencia había dado lugar a un déficit de \$3,4 millones para el bienio, que se había cargado al fondo de trabajo; por lo tanto, al 31 de diciembre de 2003 el fondo de trabajo tenía un saldo de \$11,6 millones

237. Los gastos del presupuesto ordinario financiados mediante la asignación de la OMS a la Región habían sido de \$73 millones, una disminución de \$4 millones con respecto al bienio anterior. La OPS había recibido un total de \$13 millones en fondos extrapresupuestarios de los proyectos de la OMS, que comprendían \$9 millones para el fondo voluntario de promoción de la salud, \$1 millón para los gastos de apoyo a programas y \$3 millones para otros proyectos.

238. Los gastos totales de la Organización en 2002-2003 habían ascendido a \$733 millones, un aumento de \$60 millones, o 9%, durante el bienio 2000-2001, que podía atribuirse principalmente a un aumento de las compras de vacunas por conducto del fondo

rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización y a mayores compras mediante el fondo estratégico.

239. El estado del activo, las obligaciones y las reservas, así como los saldos de los fondos, también reflejaba la gestión prudente de los activos financieros de la Organización durante el bienio 2002-2003. Al 31 de diciembre de 2003, las obligaciones pendientes de la Organización eran de \$6,2 millones, en comparación con \$13,5 millones a finales de 2001 y de \$16,2 millones a fines de 1999.

240. El estado de los adelantos de gobiernos e instituciones para adquisiciones indicaba que el fondo de adquisiciones había empezado el bienio con un saldo de \$6 millones disponibles para la compra, en nombre de los Estados Miembros, de suministros, equipo y bibliografía. Los países habían transferido \$20,6 millones a la Organización para otras compras. El fondo rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) había empezado el bienio con un saldo de \$30,8 millones. Las compras habían totalizado \$290 millones, un aumento de \$76 millones, o 35%, durante el bienio anterior. La capitalización del fondo —los recursos derivados del cobro por servicios, que es de 3% del monto de las compras— había pasado de \$18 a \$26 millones durante el bienio, lo que daba un aumento total durante los diez años anteriores de \$20,3 millones.

241. El estado de los fondos fiduciarios reflejaba la situación de los proyectos extrapresupuestarios a fines del bienio. Durante el bienio se habían aportado \$110 millones a los proyectos del fondo fiduciario, cuya ejecución había costado \$107,2 millones.

242. Los tres centros panamericanos (CAREC, CFNI e INCAP) habían recibido un total de \$19,5 millones en ingresos y habían gastado \$18,0 millones en proyectos. Después de efectuados los ajustes para tener en cuenta los retrasos en la recaudación de las cuotas y la recaudación de cuotas de bienios anteriores, los tres centros habían tenido un excedente combinado de los ingresos sobre los gastos de \$1,5 millones. Los estados financieros del CAREC mostraban que, en 2002-2003, los ingresos del presupuesto ordinario habían superado a los gastos por un monto de \$209.000, lo que aumentaba el fondo de trabajo del Centro a \$946.000. El estado de las cuotas de los Miembros indicaba que los saldos adeudados hasta el 31 de diciembre de 2003 habían disminuido a \$3,8 millones, por comparación con \$5,2 millones a fines de 1999. El aumento de la recaudación de las cuotas había seguido contribuyendo al mejor estado financiero del CAREC. El estado de los fondos fiduciarios para el CAREC reflejaba \$7 millones de financiamiento de los donantes, lo que representaba un aumento de \$3 millones con respecto al bienio 2001-2003. Los otros fondos recibidos para proyectos totalizaban \$1,7 millones hasta el 31 de diciembre de 2003, dando lugar a un saldo en caja de \$1,6 millones en los fondos fiduciarios del CAREC.

243. Los estados financieros para el CFNI mostraban un déficit del presupuesto ordinario de \$62.000 para el bienio. La recaudación de las cuotas había disminuido a \$542.000 en el bienio, y los atrasos habían aumentado a \$1,3 millones, en comparación con \$1,2 millones hasta el 31 de diciembre de 2001. El retraso en la recaudación de las cuotas, que se debía principalmente a tres países, había repercutido directamente en el desempeño financiero bienal del Centro. El déficit acumulado en el fondo de trabajo del CFNI había aumentado hasta \$405.000. El estado de los fondos fiduciarios para el CFNI reflejaba un aumento significativo en los fondos extrapresupuestarios recibidos para los proyectos. El Centro había recibido diez nuevos proyectos y \$972.000 como financiamiento complementario en el bienio actual, en comparación con tres proyectos nuevos y \$346.000 en financiamiento durante el bienio anterior.

244. En el bienio 2002-2003, el INCAP había recibido ingresos del presupuesto ordinario de \$1,4 millones, que era una cifra algo mayor que la del bienio anterior. A pesar de la supervisión cuidadosa, los gastos del Centro habían excedido sus ingresos en \$180.000. La insuficiencia se había subsanado mediante una transferencia de los ingresos del INCAP procedentes de las actividades de servicios. El fondo de trabajo se había seguido financiando totalmente por \$1 millón. El fondo de dotación del INCAP había ganado \$15.000 en intereses durante el bienio y había tenido un saldo de \$357.000. La tasa de recaudación de las cuotas en 2002-2003 había aumentado a 82%, en comparación con 75% en el bienio anterior. El estado de los fondos fiduciarios del INCAP mostraba ingresos para proyectos que llegaban a \$2,2 millones, mientras que los gastos totalizaban \$2,4 millones. El Centro seguía estudiando diferentes medios para atraer proyectos financiados con recursos extrapresupuestarios. En términos generales, el desempeño financiero del INCAP era sólido.

245. El Informe del Auditor Externo fue presentado por el Sr. Graham Miller en nombre del Auditor Externo, sir John Bourn (Contralor e Interventor General, Oficina de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte). El Sr. Miller informó que la evaluación de los resultados no había revelado puntos débiles ni errores que los auditores hubieran considerado que incidirían materialmente en la validez de los estados financieros en su totalidad. Al Auditor Externo le había complacido emitir un dictamen de auditoría sin reservas acerca de los estados financieros correspondientes al período del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003. No se trataba de un resultado automático sino de un resultado basado en un examen con conocimiento de causa e independiente, efectuado de acuerdo con normas profesionales rigurosas y las mejores prácticas.

246. El informe de auditoría para 2002-2003 confirmaba que el presupuesto ordinario y el fondo de trabajo mostraban un excedente neto de los ingresos sobre los gastos de \$15.634, con transferencias de \$3,41 millones al fondo de bienes de capital, compensada mediante una transferencia de \$3,39 millones del fondo de trabajo. Los resultados financieros para el bienio revelaban que la Organización tenía una situación financiera

sólida, aunque había habido cierta disminución en la recaudación de las contribuciones de años anteriores, lo que a finales del bienio dejaba una cifra de unos \$58 millones de cuotas pendientes.

247. Con respecto a los tres centros regionales, la situación financiera del CAREC había mejorado en general, sobre todo por un considerable aumento en el ingreso de los fondos fiduciarios y un excedente en el fondo de trabajo. Sin embargo, los atrasos en los pagos de las cuotas seguían afectando a la viabilidad financiera del Centro, y el Auditor Externo instaba a los Estados Miembros a que pagaran sus cuotas en el momento adecuado.

248. En el CFNI, aunque había mejorado, la tasa de recaudación de las cuotas seguía siendo considerablemente más baja que la tasa de la OPS. Las cantidades pendientes habían aumentado de \$150.000 a \$1,3 millones, lo que estaba generando un efecto perjudicial sobre la viabilidad financiera del CFNI, como quedaba demostrado por un sobregiro del fondo de trabajo de \$0,4 millones.

249. Había otro informe de auditoría sobre el INCAP que señalaba una insuficiencia neta pequeña de los ingresos en relación con el gasto, a pesar de una mejor recaudación de las cuotas. Para mantener \$1 millón en el fondo de trabajo, había sido necesario hacer transferencias de \$180.000 desde los fondos especiales para cubrir el déficit para el bienio. Según revelaba un examen corriente, los sistemas de control financiero en el INCAP seguían siendo sólidos y eficaces.

250. Los auditores habían visitado la sede de la OPS y también habían hecho visitas de auditoría a 11 oficinas en el terreno. Se habían enviado cartas sobre asuntos de gestión para informar sobre esas visitas a la administración de la OPS y a la Unidad del Auditor Interno. El Auditor Externo había hecho varias observaciones acerca de los asuntos de gestión que se referían a la calidad de los arreglos de gobernanza en la Organización. Tales observaciones habían abarcado la insuficiencia de personal de auditoría interna en la OPS, así como cambios internos efectuados en la Sede, entre otros, la pérdida, debido a la fusión, de un puesto de finanzas y algunos cambios estructurales que habían tenido como consecuencia la disminución del grado anterior de separación de las responsabilidades.

251. Aunque el nivel del control financiero ejercido en las oficinas sobre el terreno era generalmente alto, y estaba complementado por un nivel satisfactorio de supervisión gerencial de la Sede, los auditores habían hecho varias observaciones y recomendaciones en cartas separadas a la administración, con miras a mejorar aun más la gestión financiera y los controles vigentes en las oficinas sobre el terreno. Una esfera importante del trabajo para 2002-2003 había sido un examen de la puesta en práctica del sistema de planificación programación y evaluación de la cooperación técnica y del sistema de gestión de la información para oficinas (AMPES/OMIS) en las oficinas sobre el terreno, que había identificado puntos débiles en los arreglos de seguridad así como la necesidad de mejorar

elementos importantes del control y el alcance financieros. Se habían presentado informes a la administración acerca de la puesta en práctica de los sistemas en Honduras y Guatemala.

252. Si bien los resultados de 2002-2003 eran totalmente satisfactorios para los fines de auditoría, el orador dijo que había un asunto más que tenía que señalar a la atención del Comité. En el momento de finalizar su informe, el Auditor Externo había recibido información acerca de acusaciones anónimas en cuanto a conflictos de intereses e impropiedad en la realización de transacciones en la OPS. El Auditor Externo había considerado conveniente dar a conocer a los Estados Miembros esas acusaciones en el informe de auditoría y en el dictamen de auditoría, aunque los resultados de las pruebas realizadas por el Auditor indicaban que los estados financieros en todos los aspectos materiales presentaban con claridad los resultados de las operaciones y las corrientes de efectivo para el período, así como la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2003.

253. A solicitud de la Directora, el Auditor Externo convino en realizar un examen especial dentro del propósito y la autoridad de su nombramiento y atribuciones. La Directora había dado la seguridad de su cooperación total y había solicitado a todos los funcionarios de OPS dar también toda la ayuda posible. Debido a que un examen de esta naturaleza estaría fuera del alcance de la auditoría de los estados financieros, se calculaba tentativamente que el trabajo duraría no menos de 17 semanas y que el costo global quizá estuviese alrededor de \$150.000. El examen especial abarcaría las transacciones, las actividades y los procesos de negociaciones; incluiría además un examen de los expedientes y los registros, así como entrevistas con personal de la OPS, en primer lugar en la Sede durante los próximos 10 días, y luego en las representaciones en los países, probablemente a partir del 12 de julio. Se esperaba que podría entregarse un informe sobre el examen especial al Consejo Directivo en septiembre de 2004.

254. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito las dos presentaciones, expresando su placer de que una vez más el Auditor Externo hubiese emitido un dictamen sin reservas sobre los estados financieros de la OPS correspondiente al período en cuestión. Observando que los controles internos eran fundamentales para la solidez de una organización grande, el Comité expresó su inquietud de que la OPS todavía no tuviese una Unidad de Auditoría Interna en pleno funcionamiento e instaba a la Oficina a fortalecer esa parte de su trabajo.

255. Se mencionó el documento A57/19 de la Asamblea Mundial de la Salud más reciente, que presentaba una exposición transparente del trabajo del auditor interno en la OMS y señalaba que en 2003 esa oficina había investigado un considerable volumen de actividades relacionadas con fraude y prácticas irregulares. El documento esbozaba los casos de fraude, y en cada caso indicaba el estado de la investigación y los resultados. El

Comité pedía un nivel similar de notificación regular a los Cuerpos Directivos de la OPS. También solicitó la confirmación de que el trabajo de la Unidad de Auditoría Interna de la OPS se comunicaba al Auditor Externo.

256. Con relación al párrafo 67 del informe del Auditor Externo, que formulaba observaciones acerca de los cambios que se habían hecho en la estructura de la OPS para separar las funciones de finanzas y presupuesto y asignarles diferentes líneas de mando para la rendición de cuentas, los delegados expresaron su inquietud de que las responsabilidades que se solapaban según ese arreglo quizá iban a comprometer la independencia de las decisiones con respecto a la asignación de los fondos, en la medida en que el proceso de asignación presupuestaria fuese supervisado por un beneficiario de la asignación. Se pidió a la Oficina que suministrara información acerca de las medidas preventivas adoptadas para evitar esos inconvenientes.

257. Se pidió una aclaración acerca de la diferencia tan marcada en la cantidad de recursos que la OPS suministraba a los diversos centros, desde un mínimo de cerca de 14% a un máximo de cerca de 77%. Los delegados también pidieron que se aclarara por qué la asignación a los “Cuerpos Directivos y Coordinación” era tan alta en comparación con los elementos programáticos.

258. La Sra. Frahler dijo que la meta de la Organización era recibir un dictamen de auditoría sin reservas cada bienio y lo había logrado a lo largo de los 101 años de historia de la OPS. Con respecto a la pregunta sobre la Unidad de Auditoría Interna, dijo que se estaban haciendo entrevistas a los candidatos al puesto y se esperaba hacer la selección dentro de pocos meses. En cuanto a las medidas preventivas atinentes a la relación entre las funciones de finanzas y de presupuesto, y a la pregunta de dónde debería colocarse exactamente la unidad del presupuesto, recordó que después de que por muchos años las unidades de finanzas y de presupuesto habían estado dentro de la misma área, el año anterior la Directora había decidido pasar el presupuesto al área programática. Sin embargo, aunque el Consejo Directivo asignaba los fondos, era la Directora quien aprobaba su asignación. En consecuencia, que el proceso formal y la documentación fuesen manejados por la Unidad de Finanzas o por la de Presupuesto no era particularmente significativo, ya que, en último término, todas las decisiones de asignación incumbían a la Directora.

259. Con respecto al tema de fraude, señaló que las notas explicativas a los estados financieros mencionaban ocho casos de fraude en el bienio, por una suma de \$51.471. De esa cantidad, \$40.415 se habían recuperado antes del 31 de diciembre de 2003. Los restantes \$11.056 comprendían \$1.482 relativos a un caso que se presentaría a los tribunales del país pertinente y \$9.574 que se habían contabilizado como pérdidas a la Organización. La OPS siempre entregaba al Auditor Externo una lista de todos los casos de fraude o de presunto fraude. Recalcó que la insuficiencia de personal de la Unidad de

Auditoría Interna durante el bienio de ninguna manera había propiciado el fraude, y aseguró al Comité que la Oficina investigaba todos los casos posibles de fraude tan pronto se daba cuenta de ellos. Dio detalles de los tipos de fraude o de robos menores que habían ocurrido en diversas representaciones, y ofreció suministrar más información a los Miembros del Comité Ejecutivo si así lo deseaban. Confirmó que la Unidad de Auditoría Interna de la OPS sí transmitía sus resultados al Auditor Externo.

260. La Directora explicó que se había decidido en el bienio anterior, después de la jubilación del auditor interno superior, no mantener vínculos entre la OPS y las funciones de auditoría interna de la OMS y, en consecuencia, el puesto vacante no se había llenado durante 2002. La situación se había examinado en 2003 y se había dado marcha atrás a la decisión anterior. El proceso de selección estaba actualmente en curso y se esperaba que el nuevo auditor superior fuese seleccionado en el verano.

261. Con respecto a la decisión de separar las unidades de Presupuesto y de Finanzas, la OPS estaba promoviendo el concepto de que las consideraciones financieras no debían dirigir la programación. Más bien, la cantidad que iba a asignarse a cada área de trabajo debía decidirse sobre la base de una definición clara de las prioridades de la Organización. Por eso, la Unidad de Presupuesto se había colocado con Gestión de Programas. No obstante, a su modo de ver, la ubicación de la función de presupuesto en la estructura de una organización no era tan importante como el establecimiento de los mecanismos adecuados para permitirle trabajar con la transparencia y la independencia necesarias. De la misma manera que en los centros panamericanos y las representaciones, la Oficina ahora tenía personal separado para las áreas de presupuesto y finanzas, precisamente para mantener la independencia de esas dos funciones. La OPS estaba segura de que, con el apoyo del Auditor Externo y su propia Unidad de Auditoría Interna, podrían crearse los mecanismos apropiados para lograr un contrapeso adecuado entre la asignación de los recursos, que era una decisión programática, por un lado, y el mantenimiento de todos los controles necesarios en el área financiera, por el otro.

262. La estructura actual se iba a probar por lo menos durante el bienio. Si se planteaban problemas, se abordarían. Tal como había señalado la Sra. Frahler, durante 2003 se había proseguido de manera muy cuidadosa y prudente el realineamiento presupuestario. Eso, junto con la supervisión estrecha de los gastos, había permitido tanto cumplir los objetivos de la Organización como concluir el año sin el déficit previsto. Ese resultado del primer año con el nuevo arreglo de organización para el presupuesto había sido muy alentador.

263. En respuesta a la pregunta relativa a las proporciones del financiamiento asignado a los centros panamericanos, la Directora explicó que el apoyo total a los centros proveniente de los fondos ordinarios de la Organización era de cerca de \$25 millones por bienio. De esa cantidad, aproximadamente dos terceras partes correspondían a los costos

de personal y el resto a los costos operacionales. Las cantidades reales variaban debido a las diferencias en la estructura legal y financiera de cada Centro y las contribuciones financieras de los países anfitriones. La distribución entre el personal y los costos distintos a los de personal había cambiado con el transcurso de los años, lo que era inevitable ya que había aumentos obligatorios de los costos de personal que fijaban las Naciones Unidas. Como el presupuesto de la Organización había permanecido prácticamente constante, esos aumentos habían significado una disminución correspondiente en la proporción dedicada a los fondos operativos. Los criterios para la asignación de los recursos a los Centros formarían parte de los temas que iba a considerar el grupo de trabajo sobre la política del presupuesto regional.

264. Hablando a solicitud de la Directora, el Sr. Román Sotela (Jefe de la Oficina del Presupuesto, OPS) explicó que la proporción de los recursos aparentemente gastados en los Cuerpos Directivos tenía que ver con la manera en que las diversas partidas de un presupuesto se agrupaban en un bienio cualquiera dado. Una categoría de asignación en el presupuesto 2004-2005 era “Apoyo a programas de país”, que comprendía todos los costos asociados con el funcionamiento de las representaciones de la OPS/OMS y prestar apoyo al desarrollo sanitario nacional. Sin embargo, en el presupuesto bienal 2002-2003, todos esos costos se habían agrupado dentro de la categoría “Cuerpos Directivos y relaciones externas”; al colocar la asignación en esa categoría, la cantidad parecía desmesuradamente grande.

265. En cuanto a las acusaciones de irregularidades financieras mencionadas por el Auditor Externo, la Directora dijo que había enviado una carta confidencial a los miembros del Comité Ejecutivo donde les informaba de las acusaciones anónimas tan pronto se había enterado de ellas. Esperaba que la investigación del Auditor Externo finalizaría rápidamente y que se prepararía el informe correspondiente a tiempo para el Consejo Directivo. En particular, esperaba que este asunto no distrajera a la OPS del cumplimiento de su misión.

266. El Comité aprobó la resolución CE134.R5 sobre este tema.

Edificios e instalaciones de la OPS (Documento CE134/19)

267. El Sr. Edward Harkness (Gerente del Área de Servicios Generales y Operaciones) recordó que en junio de 2002 el Comité Ejecutivo había aprobado un gasto de \$220.000 para las reparaciones del sótano y subsótano del edificio de la sede de la OPS. Antes de emprender un proyecto tan grande de reparaciones, el Área de Servicios Generales y Operaciones había solicitado un estudio detallado, efectuado por una empresa de ingeniería, acerca de la integridad estructural de esos pisos. El informe de la empresa había revelado que el daño, después de 38 años de uso continuo, era peor de lo previsto, y su cálculo para reparar esos pisos y llevarlos a las condiciones establecidas por los códigos

de construcción actuales había sido de \$712.000. Además de la cantidad de \$220.000 ya aprobada por el Comité Ejecutivo, la OPS había recibido \$97.000 del Fondo para Bienes Inmuebles de la OMS correspondiente a 2004-2005, pero se necesitaban otros \$395.000 para cubrir el costo de las reparaciones. La OPS solicitaría esa cantidad al programa de infraestructura de la OMS. Se pidió al Comité Ejecutivo que autorizara a la Oficina para seguir adelante con las reparaciones necesarias.

268. En el debate que siguió, el Comité preguntó qué probabilidades había de que la OMS cubriera la cantidad total necesaria para las reparaciones. Al indicar que la información se refería solamente al edificio de la sede de la OPS, el Comité también solicitaba información acerca del mantenimiento y las reparaciones a los edificios de la OPS en otros sitios de la Región.

269. El Sr. Harkness explicó que la OMS estaba esforzándose por ayudar al mantenimiento de los edificios de sus regiones en todo el mundo. Tenía un programa decenal para llevar a cabo todas las renovaciones necesarias en esos edificios, aunque de acuerdo con ese plan, la OPS no iba a recibir fondos de la OMS hasta 2006-2007. En respuesta a la pregunta sobre los edificios de la OPS en otros sitios de la Región, dijo que cerca de la mitad de ellos eran propiedad de los ministerios de salud de los países, cerca de 20% eran propiedad de la OPS y el resto eran alquilados. La mayoría de los edificios estaban en buen estado y los gobiernos nacionales en cuestión aportaban asistencia financiera para su mantenimiento. Sin embargo, en el caso de la sede de la OPS, se trataba no sólo de un edificio grande, sino que estaba ubicado en los Estados Unidos de América, donde los costos de construcción eran sumamente altos.

270. La Directora confirmó que la Organización sí tenía un plan de mantenimiento para cada uno de sus edificios. Dependiendo de la situación, una parte de los costos de mantener los edificios quizá fuese sufragada por el gobierno del país anfitrión. Para lograr una gestión mejor del activo en bienes raíces de la Organización, la OPS estaba trabajando en un plan maestro que abordaría tanto las necesidades de mantenimiento como cualquier mejora necesaria a los edificios de la Organización.

271. El Comité Ejecutivo autorizó a la Organización para seguir adelante con las reparaciones del sótano y subsótano del edificio de la sede (decisión CE134[D3]).

Asuntos de personal

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE134/20)

272. La Sra. Olga Carolina Bascones (Presidenta de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana) resumió el contenido del documento CE134/20, que presentaba los asuntos que la Asociación de Personal deseaba plantear al Comité Ejecutivo en su 134.ª sesión. Le complacía informar que la Organización ahora tenía una política de prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo. La Asociación de Personal había venido preconizando la adopción de una política de acoso durante seis años y estaba muy satisfecha de ver que se había logrado. También se habían hecho avances a fin de establecer un código de conducta para los funcionarios de la OPS. A este respecto, uno de los temas programados para el debate en la próxima reunión del Consejo Mundial Administración/Personal era una propuesta presentada por las asociaciones de personal de todas las regiones de la OMS para que se creara una junta disciplinaria mixta, similar a las que ya funcionan en varios otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. La Asociación de Personal apreciaría el apoyo de los Estados Miembros a esa iniciativa.

273. Durante no menos de 10 años, los representantes de la Asociación de Personal habían venido planteando el tema de la promoción profesional en sus intervenciones ante el Comité Ejecutivo. La Asociación de Personal estaba convencida firmemente de que debería instaurarse un sistema de desarrollo profesional basado en la competencia para velar por que el personal de todas las categorías —no solo servicios generales y personal profesional, sino también los niveles de dirección— tuviera las aptitudes y las capacidades necesarias para realizar su trabajo eficazmente. Tal sistema también debía permitirle al personal ascender dentro de la Organización a medida que adquiría nuevas competencias, experiencia y formación. En particular, al personal de servicios generales debería dársele mayores oportunidades para su promoción a los puestos profesionales. Muchos empleados de servicios generales tenían años de experiencia, conocían a fondo la Organización y su labor, y satisfacían los requisitos educativos para puestos profesionales; no obstante, era sumamente difícil para ellos pasar al nivel profesional.

274. La Asociación de Personal también deseaba dirigir la atención del Comité a varios asuntos contractuales, en particular a los contratos y las condiciones de empleo para los profesionales de contratación nacional. La Asociación había expresado anteriormente sus inquietudes con respecto a esa modalidad contractual y ahora reiteraba esas preocupaciones. Los profesionales de contratación nacional no tenían derecho a las mismas prestaciones de seguridad social como personal permanente contratado según las condiciones del sistema internacional de administración pública. Si bien es cierto que conocían esos términos y los aceptaron cuando firmaron sus contratos, la realidad seguía siendo que servían a la Organización con el mismo nivel de compromiso, lealtad, y

dedicación que cualquier otro funcionario de la OPS. La Asociación de Personal consideraba que debía realizarse un examen exhaustivo de las ventajas e inconvenientes de ese sistema de contratación, teniendo presente el valor de los profesionales de contratación nacional para la Organización y la importancia de no perder sus conocimientos especializados y su experiencia. Otros temas contractuales eran la práctica de contratar al personal jubilado con contratos de corto plazo, lo que la Asociación de Personal consideraba que no redundaba en los mejores intereses de la Organización, y la admisibilidad de los funcionarios de la OPS que fueron transferidos a la OMS a conservar su derecho de nombramiento por servicio. Algunos otros asuntos de interés para la Asociación de Personal eran los procedimientos de contratación para los puestos con responsabilidad de gestión y seguridad de personal y vigilancia, especialmente para el personal de contratación local en las representaciones de la OPS/OMS. En el documento presentado al Comité Ejecutivo se encontraban más detalles sobre esos temas y los puntos de vista de la Asociación de Personal acerca de ellos.

275. Por último, la Asociación de Personal no podía dejar de mencionar varios temas tratados por el Comité Ejecutivo durante la semana. En relación con el informe del Auditor Externo y la investigación que le habían pedido que realizara, la Asociación de Personal deseaba expresar su apoyo a la Administración y al trabajo del Auditor Externo, pero esperaba que la averiguación pudiera efectuarse con la menor distracción posible del personal, porque de lo contrario, la labor de la Organización, su espíritu de grupo y el trabajo en equipo podrían verse perjudicados. La Asociación de Personal también esperaba que los delegados alentarían a los funcionarios en sus países respectivos a que cumplieran con su cometido de dar apoyo a la Organización, para que el personal, independientemente del tipo de contrato, clasificación, nacionalidad o sexo, pudiera contribuir de la manera más cabal posible al cumplimiento de la misión de la Organización. Al mismo tiempo, el personal renovaba su compromiso de seguir esforzándose por prestar el nivel más alto de servicio a los Estados Miembros.

276. El Comité Ejecutivo agradeció a la Asociación de Personal su informe y expresó su agradecimiento a todo el personal de la Organización por el profesionalismo y la competencia con la cual enfocaban su trabajo. Se señaló que las competencias de personal era uno de los temas que estaba analizando el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI; otro problema de recursos humanos que exigía atención era la distribución del personal entre la Sede y las representaciones y los centros panamericanos. Se señaló que, con el mayor énfasis que estaba haciendo la OPS en los países, quizá se descentralizaran otros puestos de la Sede a los países y se preguntó a la Sra. Bascones cómo veía la Asociación de Personal esa posibilidad.

277. Los delegados solicitaron que, para las sesiones futuras, la declaración escrita de la Asociación de Personal se distribuyera al menos con tres semanas de antelación para que las delegaciones tuvieran tiempo suficiente para examinarlo y responder a los temas allí

tratados. También se solicitó que la Oficina suministrara, además de las estadísticas de los funcionarios de la OPS que figuraban en el documento CE134/INF/2, un desglose del personal profesional y de los consultores a corto plazo, por país y nacionalidad.

278. La Sra. Bascones dijo que la Asociación de Personal consideraba como positiva la descentralización, en particular porque quizá representaba un impulso a un sistema de promoción profesional basado en la competencia ya que la Organización había procurado preparar al personal con las competencias especiales exigidas para satisfacer las necesidades de cooperación técnica de los países. Todo el personal profesional sabía que, como una condición de sus contratos, estaban sujetos al traslado a cualquier lugar de destino en la Región, y todos estaban dispuestos a ir dondequiera que se necesitaran sus servicios. La función de la Asociación de Personal era velar por que se acataran el Estatuto y el Reglamento del Personal y que los derechos del personal estuviesen protegidos cuando ocurrían esas transferencias y procurar extender a todo el personal las protecciones brindadas de conformidad con el sistema de las Naciones Unidas.

279. Con respecto a la distribución del personal, esa información podía consultarse en la base de datos de personal de la OPS. Además, un grupo de trabajo sobre el capital humano formado el año anterior había realizado una encuesta para determinar dónde estaba ubicado el personal, qué funciones estaban realizando y las tendencias durante los 25 años anteriores, en materia de la ubicación del personal y el tipo de contrato. Se habían observado varias tendencias. Se había encontrado, por ejemplo, que había, básicamente, dos tipos de servicio: el apoyo administrativo a la prestación de la cooperación técnica y la prestación misma de la cooperación técnica. La mayor parte del personal, tanto profesional como de la categoría de servicios generales, se ocupaba de las funciones de apoyo de la cooperación técnica. Pocos participaban en la prestación de servicios de cooperación técnica per se en los países. Ese estudio había sido el primer paso para determinar las principales competencias de los recursos humanos que necesitaba la Organización para prestar cooperación técnica lo más eficazmente posible.

280. La Directora confirmó que las estadísticas de la distribución de personal se encontraban fácilmente en la base de datos de personal y agregó que la Oficina estaría encantada de suministrarlas. Como había dicho la Sra. Bascones, también podía obtenerse más información sobre las tendencias en la distribución del personal del estudio realizado por el grupo de trabajo sobre el capital humano, en el que la Asociación de Personal había participado activamente. A la Oficina también le complacería suministrar también esa información. En la internet también podía consultarse otra información acerca de las actividades del grupo de trabajo.

281. Agregó la Directora que le complacía informar que el año anterior se había caracterizado por el diálogo constante y la cooperación entre el personal y la dirección. El comité mixto personal/administración estaba reuniéndose regularmente para tratar los

temas de personal, y ella y el Jefe de Personal también se reunían varias veces al año con la Junta Directiva de la Asociación de Personal para examinar el progreso de acuerdo a su plan de acción conjunto y abordar cualquier problema de personal que quizá hubiera surgido. Además, el último año había sido muy rico en cuanto a la participación formal por la Asociación de Personal en todos los mecanismos creados con respecto al proceso de cambio institucional actualmente en marcha.

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 57.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE134/21)

282. El Dr. Philippe Lamy (Gerente del Área de Gobernanza, Políticas y Asociaciones, OPS) resumió las resoluciones y otras acciones de la 57.ª Asamblea Mundial de la Salud que se consideraban de interés particular para el Comité Ejecutivo de la OPS. La 57.ª Asamblea Mundial de la Salud había tenido lugar en Ginebra (Suiza), del 17 al 22 de mayo de 2004. Habían participado las delegaciones de 184 Estados Miembros, entre ellos 33 países de las Américas. Dos delegados de la Región habían formado parte de la Mesa Directiva durante la Asamblea, a saber: la Sra. A. David-Antoine, Ministra de Salud y Medio Ambiente de Granada, quien fue había sido elegida Vicepresidenta de la Asamblea, mientras que el Dr. D. Slater, de San Vicente y las Granadinas, había sido nombrado Vicepresidente de la Comisión A. Además, la Dra. C. Modeste-Curwen, Ministra de Obras, Comunicaciones y Transporte, de Granada, había sido uno de los representantes del Consejo Ejecutivo ante la Asamblea. El Sr. Jimmy Carter, ex Presidente de los Estados Unidos, había sido uno de los conferenciantes invitados.

283. El orden del día de la Asamblea comprendía 33 puntos, que abarcaban una amplia gama de asuntos de política, de gestión e institucionales. La Asamblea había adoptado 19 resoluciones, de las cuales 13 eran de pertinencia especial para los Estados Miembros de la Región o para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Nueve de ellas habían tratado asuntos de política sanitaria y las cuatro restantes se referían a asuntos de recursos, de gestión e institucionales. Esas 13 resoluciones se enumeraban en los cuadros A y B, respectivamente, del documento CE134/21. Por primera vez, el documento también contenía referencias a resoluciones anteriores aprobadas por la OPS sobre los mismos temas. La intención era vincular el programa regional más estrechamente con el mundial y mostrar cómo las resoluciones adoptadas a nivel mundial guardaban relación con el trabajo en marcha o ya terminado en la Región.

284. Como parte de ese nuevo enfoque, el funcionario destacó varias resoluciones de especial importancia, como la que se refería a la seguridad vial y la salud, que también había sido el tema del Día Mundial de la Salud de 2004. La OPS, junto con muchas otras

organizaciones, había demostrado su capacidad de liderazgo al planificar y realizar las actividades pertinentes, tanto en la Sede como en la Región. El Día Mundial de la Salud había permitido dar más prominencia a la labor de la Organización y mejorar la toma de conciencia acerca de la seguridad vial como un aspecto importante de la salud pública.

285. Con respecto a la resolución sobre la salud familiar, recordó que la celebración del Día Internacional de las Familias (15 de mayo) se había tomado con mucha seriedad en la Región. Además, sobre la base de la resolución CD44.R12, la OPS había reorganizado su propia estructura para poder prestarle mayor atención a la salud familiar y comunitaria y, por lo tanto, contribuir lo más eficazmente posible al trabajo necesario para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, muchos de los cuales se relacionaban directamente con la salud familiar.

286. En referencia a la resolución sobre la estrategia de salud reproductiva, observó que los Estados Miembros habían apoyado la estrategia regional para vigilar la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas propuesta en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 2002. Once países se habían seleccionado como prioritarios para la cooperación técnica en esa área y ya podían observarse resultados. Por ejemplo, Bolivia había logrado reducir su tasa de mortalidad materna en 41% entre 1993 y el período 1999-2002. También se había presentado al Comité Ejecutivo, en su 132.^a sesión, un documento sobre la vigilancia de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas, y la OPS estaba coordinando el trabajo de un grupo interinstitucional sobre la reducción de la mortalidad materna.

287. La resolución que aprobaba la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud había requerido sesiones de trabajo largas y el establecimiento de un grupo especial durante la Asamblea para buscar el consenso entre los países. La Región de las Américas había desempeñado una función prominente al elaborar la estrategia adoptada en última instancia, que se había tratado ampliamente en una reunión de consulta regional celebrada en Costa Rica en 2003. En esa reunión se había reconocido la importancia fundamental del tema y la contribución que podría hacer para combatir las enfermedades no transmisibles que fuesen de mayor interés en todos los países.

288. En referencia a la resolución sobre el trasplante de órganos y tejidos humanos, el funcionario explicó que la OPS estaba organizando una red de expertos en trasplantes con el objetivo de prestar ayuda a los Estados Miembros. La Oficina también había participado en reuniones sobre este tema en España y los Países Bajos, que habían permitido identificar expertos en diversos países de la Región.

289. La resolución sobre las migraciones internacionales de personal sanitario también había exigido largas sesiones de trabajo para lograr el consenso. El tema era de especial interés para la Región, y la OPS estaba trabajando en dos iniciativas pertinentes. Una de

ellas era un estudio integrado de la fuerza laboral mundial de enfermería, concebido para generar un documento de política que esbozara la magnitud y la dinámica principal del problema de la escasez de personal médico y que señalara variaciones regionales y entre los países. La Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS se encargaría de la producción del documento regional sobre las Américas. La segunda iniciativa era un programa sobre el manejo de las migraciones de la fuerza laboral de salud. La Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, por intermedio de la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe, estaba elaborando actualmente un programa de manejo de las migraciones que se centraba principalmente en la emigración de las enfermeras. El programa formaba parte de un proyecto de formación de recursos humanos que se estaba realizando con ayuda de Salud Canadá, que también incluía una encuesta de la fuerza laboral de enfermería y el mejoramiento de la formación continua de las enfermeras.

290. El Dr. Lamy informó que durante la Asamblea se había celebrado una reunión especial acerca de los cinco países clave de las Américas, que había brindado a estos la oportunidad de compartir sus inquietudes y prioridades con otros participantes. También se había reunido el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Además, se habían celebrado mesas redondas sobre la infección por el VIH/SIDA, que abarcaron temas como mejores prácticas y formas de tratar los problemas que afrontaban los países, políticas y estrategias para el éxito, y función del sector de la salud y otros sectores para mejorar la prevención y el tratamiento. También se efectuó una sesión de trabajo con el Centro Carter sobre el tema de la oncocercosis.

291. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe acerca de la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud. Se señaló que la celebración del Día Mundial de la Salud en abril había sido un acontecimiento sumamente importante, lo que había significado que para el momento de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo, se había creado un impulso considerable que condujo a una resolución verdaderamente sustantiva sobre la seguridad vial y la salud. Refiriéndose al tema de la salud familiar, la Delegada de Estados Unidos señaló que su delegación había insistido mucho para que se aprobara esa resolución en la reunión del Consejo Ejecutivo celebrada en enero de 2004; agregó que, más tarde, la OPS había producido un folleto muy bueno acerca del tema. Recomendó esa publicación a otros participantes.

292. El Comité observó que en los prolongados debates acerca de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la Región, y en particular Brasil, la República Dominicana y otros países, habían mostrado gran liderazgo para lograr el consenso en cuanto a una estrategia muy compleja que se pondría en práctica a nivel de país. El tema de los órganos y tejidos humanos era otra esfera en la que la Región había demostrado liderazgo, y el Comité Ejecutivo expresaba su agradecimiento a España por haber hecho avanzar el tema, tanto en el Consejo Ejecutivo como en la Asamblea.

293. El Comité expresó gran interés en los métodos prácticos que se estaban adoptando para acometer los problemas de la migración del personal sanitario, así como su satisfacción al saber que la OPS ya estaba realizando estudios y análisis sobre el tema. Las migraciones del personal sanitario, en especial de las enfermeras y en particular desde el Caribe, era motivo de gran preocupación en la Región. El Delegado de Barbados señaló que en su subregión se estaba tratando de mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras para persuadirlas de que no emigraran. En todo el Caribe, se estaban poniendo en práctica varias iniciativas para aumentar el número de enfermeras que recibían adiestramiento. Barbados, por ejemplo, había decidido triplicar el número de enfermeras en los próximos tres años. Sin embargo, sería necesaria la colaboración entre los países que las formaban y los países desarrollados a los cuales las enfermeras tendían a emigrar, y allí también sería necesario aumentar el número de personas interesadas en el adiestramiento y organizar intercambios de los profesores que impartían los cursos de adiestramiento.

294. Respondiendo a las observaciones sobre la función muy importante que la Organización había desempeñado en la preparación de ciertas resoluciones, el Dr. Lamy observó que GRUA (Grupo América) y GRULAC (Grupo de América Latina y el Caribe) ofrecían espacios importantes donde los países de la Región podrían reunirse para examinar el progreso que se estaba logrando para llevar a la práctica las diversas resoluciones. La Oficina Sanitaria Panamericana se había reunido con los dos grupos, y se proponía seguir luchando para mejorar el proceso de formular observaciones y aportar información para facilitar el trabajo de los delegados a la Asamblea Mundial de la Salud.

295. La Directora observó que el documento CE134/21 representaba el primer intento por introducir un proceso más formal destinado a informar a los Estados Miembros acerca de las consecuencias de las resoluciones de la Asamblea que tenían una repercusión particular sobre el trabajo de la Organización y los países de la Región. La intención era dar a conocer a los delegados lo que la Región había hecho en el pasado con el fin de prepararse para un tema dado y lo que estaba haciendo ahora acerca de eso. Además, la Oficina informaría sistemáticamente a los Estados Miembros acerca de las reuniones ministeriales subregionales y otros procesos subregionales destinados a responder al llamamiento de la Conferencia Sanitaria Panamericana en 2002 y del Consejo Directivo en 2003, con miras a lograr mayor continuidad y armonización de los temas de interés para la Región con los trabajos que ya estaban en marcha a escala mundial. Con ese fin, la Oficina había venido cultivando una relación más estrecha con GRUA y GRULAC, que estaban compuestas de las misiones de los países ante los diversos organismos internacionales con sede en Ginebra, entre ellos, la OMS. Después de descubrir que en el pasado la información no siempre había fluido adecuadamente y no siempre había llegado al destinatario adecuado, la Oficina ahora estaba enviando sistemática y regularmente toda la información pertinente sobre temas de salud a los líderes de esos grupos.

296. Además, la delegación de la Oficina a la Asamblea había sido más grande que en el pasado y había trabajado muy arduamente para dar apoyo a las delegaciones de los Estados Miembros de la Región. Había asistido no solo a la sesión plenaria, los comités y los grupos de trabajo y las sesiones especializadas, sino también a las reuniones con otras organizaciones con sede en Ginebra, como el ONUSIDA y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Además, la delegación de la Oficina había cubierto la reunión de los miembros de la Commonwealth, celebrada el domingo antes del comienzo de la Asamblea.

297. La Directora agregó que, entre el final de la Asamblea y el comienzo de la reunión del Consejo Ejecutivo, la habían invitado a que hablara en la apertura de la sesión general de la Oficina Internacional de Epizootias (OIE), en su sede en París. Tres años atrás se había firmado un acuerdo entre la OPS y la OIE, que había generado una labor sumamente integrada entre las dos organizaciones en el ámbito de la salud veterinaria. Era similar por su naturaleza a los convenios que la OPS había firmado con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y con el Programa Mundial de Alimentos. Se había definido un programa conjunto con esas cuatro organizaciones que comprendía salud animal, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria y desarrollo rural, como había propuesto la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA). Agregó que RIMSA se celebraba cada dos años, y le complacía anunciar que el Secretario de Salud de México acababa de acceder a patrocinar la reunión en 2005.

298. La Directora concluyó su intervención mencionando que en Ginebra se había encontrado con el Sr. Edward Aiston, antiguo Director General de la Dirección de Asuntos Internacionales de Salud Canadá, quien había sido muy activo tanto en la OPS como en la OMS. Le había dicho que la Asamblea de 2004 sería su última, y ella le expresó los deseos de la OPS por una jubilación placentera.

299. El Comité tomó nota del informe sobre la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud.

Otros asuntos

300. De conformidad con una solicitud del Subcomité de Planificación y Programación, la Directora entregó actualizaciones y distribuyó informes escritos acerca de la situación de tres centros regionales: el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). En relación con el INPPAZ, dijo que, en una reunión el 16 de marzo de 2004, el Ministerio de Salud y Ambiente y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos de la Argentina habían acordado pagar cada uno la mitad de la suma de \$250.000 que se necesitaba para

mantener el Instituto abierto hasta el 31 de diciembre de 2004, en el entendimiento de que, si no se recibían los pagos, la OPS se vería obligada a adoptar medidas para cerrar el Instituto. Desde entonces, el Ministerio de Salud y Ambiente había efectuado un pago de \$125.000, pero no se había recibido ningún pago de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos. La Oficina se iba a reunir nuevamente dentro de unas semanas con las autoridades argentinas para examinar la situación. Además, la Oficina se reuniría con funcionarios del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) para tratar las consecuencias posibles para el INPPAZ de una propuesta del USDA para el fortalecimiento de las actividades de inocuidad de los alimentos en la Región. Considerando esas dos circunstancias, se había decidido aplazar cualquier medida legal y mantener el Instituto abierto hasta el final del año.

301. Con respecto a PANAFTOSA, como se había notificado al Subcomité de Planificación y Programación, los atrasos considerables en las contribuciones del Brasil al Centro se habían acumulado en los últimos años. Los funcionarios de la OPS se habían reunido en octubre de 2003 con las autoridades brasileñas para tratar la situación y negociar un plan de pago, según el cual los atrasos adeudados de 2002 y 2003 se pagarían en tres cantidades iguales durante 2005, 2006 y 2007 y, a partir de 2004, la contribución anual se pagaría en 12 cuotas mensuales. Le complacía informar que el Gobierno del Brasil había cumplido cabalmente el convenio.

302. En cuanto a CAREC, la funcionaria dijo que en febrero de 2004 le habían informado que el Secretario General de la Comunidad del Caribe (CARICOM) se proponía comenzar las conversaciones con los gobiernos del Caribe acerca del establecimiento de una nueva relación entre CAREC y la OPS, con la posibilidad de autonomía para el Centro. En abril de 2004, el Consejo del CAREC se había reunido para examinar el convenio multilateral entre la OPS y el Centro, que estaba sujeto a renovación cada cinco años y caducaría en diciembre de 2005. El Consejo había nombrado un subcomité para asesorarlo sobre las reformas posibles a CAREC. Posteriormente, en una reunión del Consejo de la CARICOM para el Desarrollo Humano y Social, los ministros de salud de la subregión habían decidido que sería prematuro hacer cualquier cambio en la situación del CAREC antes de que estuviera listo un estudio comisionado por la CARICOM acerca de cinco instituciones regionales de salud, entre otros, dos centros panamericanos: CAREC y el Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Una empresa canadiense, Universalía, estaba realizando el estudio, cuyos resultados se esperaban para septiembre de 2004.

303. Al mismo tiempo, la Oficina había emprendido un análisis del marco legal del CAREC, en particular del convenio multilateral que tenía que renovarse cada cinco años. Todos los otros centros panamericanos tenían convenios permanentes, que suministraban un marco más estable para la relación entre la Organización, el centro, el país anfitrión y

los países que eran beneficiarios de las actividades del centro. El Asesor Jurídico de la OPS estaba trabajando en una propuesta para el CAREC que ofrecería mayor estabilidad administrativa y legal.

304. Desde el punto de vista económico, CAREC se encontraba en muy buena forma, luego de una exitosa campaña para aumentar la recaudación de las cuotas y movilizar fondos extrapresupuestarios. En materia de administración, el Centro había experimentado alguna inestabilidad en años recientes, pero se esperaba que la creación de un puesto de administrador internacional (financiado por la OPS) y el nombramiento de un directivo experimentado de la OPS para ejercer ese cargo mejoraría enormemente la gestión administrativa y financiera del Centro. Desde luego, la Oficina mantendría informados a los Cuerpos Directivos de cualquier cambio propuesto en la condición jurídica del Centro y su relación con la OPS. Entretanto, la Organización seguiría cumpliendo con sus responsabilidades fiduciarias y de supervisión frente a CAREC para lograr una buena gestión de los proyectos y servicios dignos de la confianza, tanto de los países miembros de CAREC como de los países que daban su apoyo técnico y financiero a las actividades del Centro.

305. La Directora también distribuyó un documento donde se describía el progreso logrado por la Oficina hasta ahora al poner en práctica la estrategia de gestión presentada al Comité el año anterior (véase el documento CE132/FR). Señaló que el documento, que mostraba los objetivos estratégicos y el estado de diversas actividades que se estaban realizando para lograrlos, era un primer paso hacia el plan de acción con resultados esperados e indicadores que los Estados Miembros habían pedido a la Oficina que elaborara. La Oficina seguiría suministrando información actualizada a los Cuerpos Directivos en forma sistemática acerca de la aplicación de la estrategia y el proceso de cambio institucional en marcha.

306. La funcionaria señaló algunas de las actividades e indicadores relacionados con los asuntos que estaba examinando el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y que también había considerado el Comité Ejecutivo durante la semana. En cuanto a la descentralización y la distribución de los recursos humanos, por ejemplo, informó que en el año anterior se habían eliminado 14 puestos y se había transferido a 17 funcionarios a puestos fuera de la Sede. En lo que se refiere a la rotación de personal, le complacía informar que para el personal de fuera de la Sede, con raras excepciones, la OPS estaba adhiriéndose a la recomendación de las Naciones Unidas de que ningún funcionario permaneciera en el mismo lugar de destino por más de cinco años.

307. El Delegado de la Argentina agradeció a la Directora su voluntad de prorrogar la fecha límite para recibir el pago acordado de \$250.000 para el INPPAZ. Deseaba asegurar a la Directora y los Miembros del Comité Ejecutivo que el Gobierno de la Argentina tenía todas las intenciones de cumplir su compromiso. El Ministerio de Salud y Ambiente

estaba reuniendo los fondos necesarios para pagar la cantidad total. Además, para noviembre, el Gobierno esperaba presentar no solo un plan de acción para el Instituto, que formularían conjuntamente la Organización y los dos ministerios, sino también un plan de pagos para cancelar el resto de su deuda a INPPAZ y para hacer pagos de cuotas regulares en el futuro. El Delegado también aseguró al Comité que, si su gobierno determinaba que no era posible cumplir con sus obligaciones, sería el primero en informar a la Directora, quien debía adoptar las medidas del caso para transferir el Instituto o cerrarlo.

308. Con respecto a los temas de recursos humanos, la Delegada de Estados Unidos pidió a la Directora que explicara los criterios utilizados para determinar si un puesto debía estar ubicado en la Sede o en otro sitio en la Región. También le pidió que explicara con mayor detalle sus observaciones en cuanto a la rotación de personal, en particular, la exoneración evidente del personal de la Sede de la regla quinquenal.

309. El Delegado de Canadá señaló que durante la 38.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación, la Oficina había indicado que prepararía un informe sobre la cooperación técnica entre países (CTP) para su presentación al Comité Ejecutivo. Su delegación opinó que el tema era importante y esperaba que el informe estaría listo en un futuro próximo.

310. La Directora dijo que los factores principales que intervenían en la decisión de dónde ubicar los puestos eran la naturaleza del trabajo en cuestión y el centro de la acción para ese puesto. En el caso de un programa que abordaba un problema de salud concentrado en una zona geográfica particular, era más lógico ubicar el puesto en esa zona. Al hacerlo, disminuían los costos de transacción y se facilitaba a los países pertinentes aprovechar totalmente la cooperación técnica de la Organización. El puesto para el asesor regional sobre el dengue, por ejemplo, se había descentralizado recientemente y reubicado en Panamá por ese motivo. Con respecto a la rotación de personal, explicó que todos los funcionarios de las Naciones Unidas estaban sujetos a las normas establecidas por la Comisión de Administración Pública Internacional, que estipulaba que la duración máxima de una asignación a cualquier lugar de destino debiera ser de cinco años, a menos que las circunstancias justificaran una extensión. En la práctica, sin embargo, la regla se había aplicado menos rigurosamente al personal de la sede de las organizaciones internacionales. Ese había sido el caso en la OPS, pero el principio de rotación se estaba siguiendo en todas las ubicaciones sobre el terreno y gradualmente estaba introduciéndose en la Sede también.

311. En relación con el informe sobre CTP, dijo que había entendido que se presentaría al Comité el año siguiente. La Organización mantenía una base de datos con la información sobre financiamiento y proyectos de CTP y le complacería poner esa información al alcance de los Miembros de inmediato, si lo solicitaban. Sin embargo, la

preparación de un informe más exhaustivo tomaría tiempo, y por consiguiente propuso que se le presentara al Comité en junio de 2005.

312. El Comité estuvo de acuerdo en considerar el tema de la CTP en su 136.^a sesión en junio de 2005.

Clausura de la sesión

313. El Presidente señaló que Honduras, Perú y República Dominicana habían alcanzado el final de sus mandatos en el Comité Ejecutivo y agradeció a los representantes de esos países los servicios prestados. Deseaba rendir un homenaje especial al representante de la República Dominicana, Dr. José Rodríguez Soldevila, quien había terminado su segundo mandato, después de haber participado en el Comité Ejecutivo de 1978 a 1982 y luego, nuevamente, del año 2000 al presente. Elogió el compromiso vitalicio del Dr. Rodríguez Soldevila con la atención primaria de salud, describiéndolo como un ejemplo de fortaleza para la OPS y el Comité Ejecutivo

314. La Directora también elogió el compromiso de largo plazo del Dr. Rodríguez Soldevila con la atención primaria de salud, señalando que había asumido sus responsabilidades ministeriales inmediatamente después de la Conferencia de Alma-Ata. Un rasgo singular, entre otros ministros de salud de la Región, era el poder mirar hacia atrás, hacia ese punto de partida histórico. En nombre del Comité Ejecutivo, presentó al Dr. Rodríguez Soldevila un regalo conmemorativo.

315. El Dr. Rodríguez Soldevila dijo que, en junio de 1982, en una escena similar en el Comité Ejecutivo, se había despedido de la Organización; en esa oportunidad había pensado que estaba cortando su contacto con ella, excepto por los vínculos de afecto entre él mismo y los funcionarios de la OPS con quienes había trabajado. Como nadie podía predecir el futuro, nunca hubiera pensado que años después tomaría la misma cartera, y retornaría una vez más a la OPS. Los dos períodos habían contribuido a profundizar, no sólo su afecto por la Organización, sino también sus conocimientos y su dedicación a la salud pública. Aunque ya no sería ministro de salud de su país ni delegado a las sesiones de los Cuerpos Directivos, estaba preparado para prestar cualquier ayuda o apoyo que la Organización pudiera pedirle.

316. Después del intercambio acostumbrado de cortesías, el Presidente declaró clausurada la 134.^a sesión.

Resoluciones y decisiones

317. Las siguientes son las resoluciones y las decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 134.^a sesión:

Resoluciones

CE134.R1 Estrategia para aumentar la Tasa de Recaudación de las Cuotas

LA 134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas (documento CE134/17);

Observando que, si bien la recaudación de las cuotas correspondientes al bienio 2002-2003 superó la cifra alcanzada en cada uno de los tres bienios precedentes, la Directora está comprometida a mejorar la tasa de recaudación de las cuota atrasadas, y

Observando que la estrategia propuesta para mejorar las tasas de recaudación requeriría una modificación del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas (documento CE134/17).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han liquidado sus cuotas correspondientes a 2004, e instar a los demás Estados Miembros a pagar cuanto antes sus contribuciones pendientes.
3. Recomendar al 45.^o Consejo Directivo que apruebe la modificación del Reglamento Financiero de la Organización, a fin de permitir el pago de las cuotas en moneda nacional, como se indica a continuación:

Artículo VI del Reglamento Financiero

6.6 Las contribuciones se señalarán ~~y se pagarán en dólares de los Estados Unidos.~~ ***en dólares de los Estados Unidos y se pagarán en dicha moneda o en las monedas que el Director determine.***

6.7 Los pagos efectuados en monedas diferentes del dólar de los Estados Unidos se acreditarán a las cuentas de los Estados Miembros según la tasa de cambio de las Naciones Unidas vigente en la fecha del recibo por la Organización Panamericana de la Salud o a la tasa de cambio del mercado si se juzga prudente convertir el exceso de moneda.

(Los artículos 6.7 a 6.9 se renumerarán como 6.8 a 6.10).

4. Agradecer a la Directora sus iniciativas y pedirle que siga notificando a los Estados Miembros los saldos adeudados y que informe al 45.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Tercera reunión, 22 de junio de 2004)

CE134.R2 Recaudación de las Cuotas

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE134/18 y Add. I), y el informe sobre los Estados Miembros que están atrasados en el pago de sus cuotas al punto de que pueden quedar sujetos a la aplicación del Artículo 6. B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los derechos de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y la posible aplicación de dichas disposiciones a los Estados Miembros que no cumplan el plan aprobado de pagos diferidos, y

Observando con inquietud que hay 24 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2004 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2004 representan sólo 23% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE134/18 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han liquidado sus cuotas correspondientes a 2004, e instar a los demás Estados Miembros a pagar cuanto antes sus contribuciones pendientes.

3. Recomendar al 45.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de la apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos sustanciales destinados a cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas, y a los que no hayan efectuado los pagos previstos de conformidad con sus planes de pagos diferidos.

4. Solicitar a la Directora que continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe al 45.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Sexta reunión, 24 de junio de 2004)

***CE134.R3 Orden del Día Provisional del 45.º Consejo Directivo de la OPS,
56.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD45/1) preparado por el Director para el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE134/4, Rev. 1, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 12.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo,

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD45/1) preparado por la Directora para el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Séptima reunión, 24 de junio de 2004)

CE134.R4 *Ampliación del Tratamiento como parte de la Respuesta Integral a la Infección por el VIH/SIDA*

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe "Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA" (documento CE134/13),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe "Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA" (documento CD45/__);

Reconociendo la intensificación de la epidemia de infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, donde hay más de 2 millones de personas infectadas por el VIH o con SIDA y en 2003 murieron de SIDA 200.000 personas;

Reconociendo que el Caribe tiene la segunda tasa de prevalencia de infección por el VIH/SIDA en el mundo, sólo superada por la de África subsahariana, y que las tasas de prevalencia aumentan rápidamente en Centroamérica;

Consciente de que la epidemia de infección por el VIH/SIDA representa un reto para los sistemas de salud en todos los países de las Américas;

Considerando que la atención prestada al tratamiento de las personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA en las Américas no ha seguido el mismo ritmo que los esfuerzos de prevención, debido hasta hace poco a los costos elevados de los medicamentos y a la considerable estigmatización y discriminación, que dieron por resultado el uso limitado de los servicios de orientación y pruebas voluntarias;

Teniendo en cuenta los adelantos tecnológicos, las intervenciones con éxito y las asociaciones más estrechas entre los interesados directos, así como las mayores oportunidades económicas para ampliar el acceso al tratamiento de las personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA, y

Considerando el lanzamiento de la iniciativa "Tres millones para 2005" por el Director General de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) amplíen los esfuerzos para prevenir y tratar la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual dentro del contexto de una respuesta integral a la epidemia;
 - b) fortalezcan los sistemas de salud para dar una respuesta eficaz a los retos de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, y a que amplíen los vínculos con servicios afines, como los servicios antituberculosos y los de salud maternoinfantil;
 - c) velen por el suministro eficaz y fiable de medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos básicos necesarios para ampliar el tratamiento;
 - d) procuren que haya un entorno propicio, con inclusión del compromiso político y el liderazgo, las asociaciones o alianzas y la movilización de la comunidad;
 - e) apoyen y refuercen las actividades para prevenir y reducir el estigma dentro de los servicios de salud, especialmente los que pretenden prevenir la transmisión maternoinfantil, los de orientación y pruebas voluntarias, los de control de las infecciones de transmisión sexual y la eliminación de la sífilis congénita, y los servicios para grupos vulnerables, incluidos los jóvenes, los hombres que tienen sexo con hombres, los migrantes, los profesionales del sexo y las personas que se inyectan drogas;
 - f) fortalezcan la capacidad de vigilancia de los programas técnicos para seguir las tendencias de la epidemia y la repercusión de las intervenciones, a fin de ajustar en consecuencia las respuestas y estrategias nacionales;
 - g) den seguimiento al flujo de los recursos internos y externos para apoyar la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA e identificar los recursos necesarios para ampliar el tratamiento.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) siga creando mecanismos para ampliar el tratamiento en el marco de una respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA en las Américas, incluidos la ampliación del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública; la utilización de herramientas y la aplicación de normas; el desarrollo y

- adiestramiento de los recursos humanos; y otras medidas apropiadas para apoyar el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud;
- b) articule y consolide los esfuerzos de la OPS para ampliar el tratamiento con la iniciativa mundial "Tres millones para 2005" promovida por Organización Mundial de la Salud, al objeto de que los Estados Miembros se beneficien de las sinergias de estos cometidos;
 - c) siga fomentando las alianzas con los organismos copatrocinadores del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), así como con otras instituciones y organismos en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA en las Américas;
 - d) siga promoviendo el intercambio de experiencias regionales y extrarregionales, así como el aumento de la capacidad en la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual.

(Séptima reunión, 24 de junio de 2004)

CE134.R5 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 2002-2003

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003* (Documento Oficial 315),

RESUELVE:

1. Transmitir el *Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003* (Documento Oficial 315) al 45.º Consejo Directivo.
2. Señalar que los estados financieros para el bienio 2002-2003 se presentan en conformidad con las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas, lo que trae como consecuencia una mejora en la inclusión de datos y la claridad de los estados.
3. Encomiar a la Organización por su empeño en vigilar y fortalecer la situación financiera del Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, con

inclusión de fuentes adicionales de apoyo y alentadores esfuerzos conjuntos para elaborar y poner en práctica estrategias dirigidas a mejorar esa situación financiera.

4. Solicitar que la OPS informe regularmente al Comité Ejecutivo sobre las actividades de la Oficina de Auditoría y Supervisión Internas de la OPS.

5. Felicitar a la Directora por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una situación financiera sólida.

(Séptima reunión, 24 de junio de 2004)

CE134.R6 Acceso a los Medicamentos

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre el acceso a los medicamentos (documento CE134/12),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre el acceso a los medicamentos (documento CD45/___);

Teniendo presente que el acceso a los medicamentos y otros suministros imprescindibles de salud pública es una prioridad mundial, según el mandato de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Teniendo en cuenta el acceso insuficiente e inequitativo a los medicamentos esenciales y otros suministros de salud pública que existe en los países americanos, no solo de los productos necesarios para el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, sino también de los productos usados en la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, la insuficiencia renal, y otras de interés para la salud pública;

Considerando las grandes dificultades que afrontan los Estados Miembros para resolver el problema, particularmente por lo que se refiere a la selección de productos de buena calidad, el financiamiento, las adquisiciones, la contención de costos, la reglamentación de la propiedad intelectual y la gestión de los suministros, y

Reconociendo los logros de los países americanos en la formulación de políticas farmacéuticas basadas en los principios de la inocuidad, la calidad y la eficacia, así como en la colaboración para desarrollar la capacidad reglamentaria en la Región mediante foros como la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica;

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen prioridad al problema del acceso a los medicamentos y los suministros esenciales de salud pública, abordando los factores determinantes del acceso en el ámbito nacional y prestando especial atención a las poblaciones pobres y marginadas;
 - b) formulen políticas de medicamentos genéricos como un medio para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos esenciales, así como asegurar la calidad y la seguridad de los productos mediante la reglamentación eficaz y la promoción del uso racional mediante incentivos dirigidos tanto a los proveedores como a los consumidores;
 - c) sigan poniendo en práctica una amplia gama de estrategias de contención de los costos de los suministros esenciales de salud pública, al objeto de maximizar la eficiencia y utilización de los recursos así como de vigilar y evaluar la repercusión de tales estrategias en los precios y el acceso;
 - d) apliquen en la Región de las Américas la resolución WHA57.14 de la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, específicamente para adaptar la legislación nacional con el fin de aprovechar al máximo las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), de la Organización Mundial del Comercio, y promover que los acuerdos comerciales bilaterales tengan en cuenta la Declaración Ministerial de Doha relativa a los Acuerdos sobre los ADPIC y la salud pública;
 - e) reconozcan la importancia de la gestión de los suministros para mantener la continuidad del acceso a los medicamentos y los suministros esenciales de salud pública, y fortalecer en consecuencia los sistemas de gestión de suministros farmacéuticos.

2. Solicitar a la Directora a que:
 - a) apoye el establecimiento de redes y asociaciones o alianzas con la participación activa de los interesados directos clave, a fin de poner en práctica un programa de trabajo que promueva la formulación de políticas coherentes sobre medicamentos genéricos en la Región; la implantación y vigilancia de estrategias de contención de costos de acuerdo con las leyes y los tratados internacionales vigentes y el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los suministros;
 - b) continúe reforzando el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública como un mecanismo de adquisiciones que apoye el programa técnico de trabajo promoviendo el acceso a los medicamentos en la Región.

(Séptima reunión, 24 de junio de 2004)

CE134.R7 Organizaciones No Gubernamentales que mantienen Relaciones Oficiales con la OPS

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE134/8), y

Teniendo presentes las disposiciones contenidas en el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995, revisado en 2000),

RESUELVE:

1. Autorizar el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
2. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y el Colegio Interamericano de Radiología (ICR), la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR), la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), la Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas de Medicina (FEPAFEM), la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) por un período de cuatro años.

3. Discontinuar las relaciones oficiales entre la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (UPACITS, ex ULACETS) y la OPS.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) informe a las ONG respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
 - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

(Octava reunión, 25 de junio de 2004)

CE134.R8 Contribución de la OPS al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo visto el informe "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud" (documento CE134/10);

Reconociendo la importancia de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas como una estrategia centrada en mejorar la salud de los pueblos de las Américas y reducir las desigualdades existentes dentro de los países y entre estos;

Reconociendo el lugar central de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en las prioridades estratégicas de la OPS, y

Reconociendo la estrategia de la OPS para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio,

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud" (documento CD45/___);

Reconociendo los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y el fuerte compromiso de los gobiernos de la Región para cumplirlos;

Reconociendo la estrecha relación que existe entre los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y la visión de salud para todos de la OPS/OMS, y

Comprendiendo la importancia de cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas para disminuir las desigualdades de salud en la Región de las Américas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros :
 - a) A que fortalezcan el compromiso político con los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas a todos los niveles de gobernanza y consideren el cumplimiento de dichos objetivos una prioridad en los planes regionales, subregionales, nacionales y locales de desarrollo económico y social;
 - b) A que aumenten la conciencia y el sentido de propiedad de las prioridades de salud fijadas por los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas a nivel de país mediante una amplia gama de diálogos de política, asociaciones o alianzas y actividades intersectoriales;
 - c) A que fomenten el establecimiento de alianzas y asociaciones para lograr el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en los foros subregionales políticos y económicos para fortalecer el compromiso de los Estados Miembros con la salud y el desarrollo social con responsabilidad compartida;
 - d) A que intensifiquen las acciones nacionales de desarrollo sanitario y protección social en materia de salud, particularmente en los niveles nacional y subnacional, para apoyar el progreso en la consecución de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
 - e) A que integren mejor los esfuerzos nacionales para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas con iniciativas sobre las metas y

objetivos de salud, así como políticas sanitarias orientadas a los resultados en las Américas;

- f) A que atraigan a otros socios y aliados y aumentar la cooperación con ellos para llevar adelante el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en los niveles regional, subregional y de país;
- g) A que apoyen la fuerte participación de la sociedad civil a todos los niveles para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, con vistas a incluir en especial a las mujeres, los grupos étnicos y raciales, y las poblaciones indígenas;
- h) A que mejoren la medición y vigilancia sistemáticas del progreso del cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas mediante la generación de datos sanitarios de gran calidad y desglosados;
- i) A que emprendan, faciliten y apoyen investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y generar nuevos conocimientos, sobre todo en relación con las sinergias favorables a la salud.

2. Solicitar a la Directora:

- a) Que renueve los esfuerzos para apoyar a los países en la elaboración y ejecución de planes nacionales de acción para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y en la programación eficaz de los recursos de asistencia para el desarrollo;
- b) Que siga utilizando los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas como un elemento decisivo de la cooperación de la OPS en todas las áreas técnicas pertinentes, especialmente para los países y los grupos de población con la mayor necesidad de cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- c) Que siga integrando e incorporando los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el programa de trabajo de la OPS y en la gestión basadas en los resultados;
- d) Que redoble los esfuerzos para movilizar los recursos humanos y económicos, así como las asociaciones y alianzas, necesarios para apoyar a los países de las Américas a poner en práctica sus estrategias nacionales en relación con los

- objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas que se centran en la salud;
- e) Que integre el trabajo de la OPS relacionado con los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en otras actividades estratégicas en materia de desarrollo sanitario en la Región de las Américas, incluidos los esfuerzos desplegados por cuerpos subregionales y regionales, las estrategias de reducción de la pobreza de las Naciones Unidas y los bancos de desarrollo, y la inversión en el fortalecimiento de los sistemas de salud;
 - f) Que facilite apoyo técnico para la realización de la reunión regional de ministros de salud que se celebrará en Argentina, en junio del 2005, para evaluar el progreso en el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas relacionados con la salud;
 - g) Que vigile continuamente el progreso nacional y regional en el cumplimiento de las metas relacionadas con la salud, evaluar las experiencias y compartir las prácticas más adecuadas entre los países.

(Octava reunión, 25 de junio de 2004)

CE134.R9 Observatorio de Recursos Humanos de Salud

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe “Observatorio de Recursos Humanos de Salud” (documento SPP38/5);

Habiendo considerado la resolución CE128.R3, “Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud” (2001), y

Habiendo reconocido la función central de los recursos humanos en el desarrollo de sistemas y políticas de salud equitativos, así como la importancia de los mecanismos participativos y basados en pruebas científicas para la formulación de planes y políticas eficaces y sostenibles en materia de recursos humanos,

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD45/11, “Observatorio de los Recursos Humanos de Salud”, así como la resolución CE128.R3, “Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud” (2001), y

Reconociendo la importancia de la formulación de políticas y planes eficaces en materia de recursos humanos para lograr el acceso universal a servicios de salud de buena calidad y satisfacer las necesidades prioritarias de salud de nuestras poblaciones,

RESUELVE:

1. Solicitar a los Estados Miembros:
 - a) Que aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes a la meta de acceso universal a servicios de salud de buena calidad y al logro de la equidad en materia de salud;
 - b) Que ejerzan el liderazgo eficaz mediante el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos, y que promuevan la participación activa de los interesados directos pertinentes en todas las fases de la formulación de políticas;
 - c) Que inviertan en el desarrollo de recursos humanos para apoyar la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, como aportación decisiva para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
 - d) Que intensifiquen su participación en el Observatorio de Recursos Humanos de Salud como una estrategia apropiada para definir las prioridades y formular políticas sostenibles.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) Que intensifique la cooperación técnica prestada a los países para la elaboración y aplicación de políticas y planes eficaces en materia de recursos humanos;
 - b) Que amplíe el alcance de la Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos de Salud para hacer frente a los nuevos retos en el ámbito del desarrollo de recursos humanos;

- c) Que contribuya a crear una estrategia regional para el abordaje de problemas prioritarios derivados del flujo de recursos humanos entre países;
- d) Que evalúe la Iniciativa durante el bienio 2006-2007, para definir los futuros pasos de la cooperación técnica de la OPS en este campo.

(Octava reunión, 25 de junio de 2004)

CE134.R10 Política del Presupuesto Regional por Programas

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando el documento CE134/9 y su apéndice, en el que se informa del proceso seguido para examinar la actual política para la preparación del presupuesto regional por programas y se presenta una nueva propuesta de esta política;

Teniendo presente la resolución CD44.R10 del 44.º Consejo Directivo, que observa la necesidad de actualizar la política para la preparación del presupuesto regional a fin de definir criterios para una asignación presupuestaria más equitativa entre los países, y

Teniendo en cuenta la decisión de la 57.ª Asamblea Mundial de la Salud en lo que se refiere a la necesidad de definir los criterios para las asignaciones de la Organización Mundial de la Salud a las regiones y de contar con un marco para guiar la formulación de los presupuestos por programas de la OMS,

RESUELVE:

1. Pedir a la Directora que solicite observaciones por escrito y las haga llegar a los Estados Miembros.
2. Transmitir al 45.º Consejo Directivo la política del presupuesto regional por programas contenida en el apéndice del documento CE134/9, que incorpora las observaciones del Comité Ejecutivo y otros Estados Miembros.
3. Recomendar que el 45.º Consejo Directivo discuta a fondo la aplicabilidad del modelo y adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD45/___ y su apéndice, en el cual se presenta una nueva propuesta de política del presupuesto regional por programas que define una nueva forma de asignar los recursos de la Organización;

Recordando la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, la cual enuncia que el presupuesto por programas debería ser estratégico y flexible para apoyar la puesta en práctica del Undécimo Programa General de Trabajo de OMS y el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007;

Teniendo presente la resolución CD44.R10 del 44.º Consejo Directivo, que observa la necesidad de actualizar la política para la preparación del presupuesto regional a fin de definir criterios para una asignación presupuestaria más equitativa entre los países;

Consciente de que la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud ha cancelado la aplicación de la resolución WHA51.31 y ha pedido que se prepare un nuevo método para la asignación de los recursos a todas las regiones de la OMS, así como un marco para guiar la formulación de los presupuestos por programas de la OMS;

Observando la mayor atención que se presta a los países, en particular los países clave mencionados en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, así como la propuesta del Director General de la OMS en el sentido de que los recursos se desplacen a las regiones y los países;

Preocupado por que los países de las Américas deben redoblar los esfuerzos para lograr las metas de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otras metas regionales para 2015, y

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo y otros Estados Miembros,

RESUELVE:

1. Agradecer al Grupo Consultivo sobre la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS y a la Oficina Sanitaria Panamericana sus esfuerzos para formular los criterios para la asignación de los fondos ordinarios y extrapresupuestarios por nivel funcional y áreas de trabajo, y entre los países.
2. Tomar nota del modelo propuesto para la asignación de los recursos entre los países.

3. Aprobar la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas de OPS tal como aparece en el documento CD45/_.
4. Velar por que las asignaciones a los países en los futuros presupuestos por programas de la OPS aprobados por el Consejo se guíen, en general, por un modelo:
 - a) que asegure un nivel mínimo de cooperación con todos los países;
 - b) que distribuya las asignaciones entre los países según criterios adecuados basados en las necesidades;
 - c) que sea suficientemente flexible para dar cabida a las necesidades en evolución y las circunstancias especiales;
 - d) que sea transparente, sencillo y uniforme;
 - e) que pueda implantarse gradualmente a lo largo de dos bienios, o a lo sumo tres, y de tal manera que el cambio en las asignaciones proteja las prioridades esenciales de los programas de país.
5. Promover una priorización de las asignaciones entre las áreas de trabajo que sea compatible con el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas relacionados con la salud.
6. Hacer cumplir los criterios de destinar no menos de 40% de las asignaciones del presupuesto por programas al de país, y no menos de 5% al nivel subregional.
7. Solicitar a la Directora:
 - a) Que aplique la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas en la formulación de los presupuestos por programas futuros, según lo decida el Consejo Directivo;
 - b) Que al cabo de tres bienios de aplicación, presente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la Política del Presupuesto Regional por Programas para comprobar que esta siga respondiendo a las necesidades cambiantes de salud y promoviendo la asignación equitativa de los recursos.

(Novena reunión, 25 de junio de 2004)

CE134.R11 Premio OPS en Administración, 2004

LA 134.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004 (documento CE134/7, Add. I), y

Teniendo presente las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificados por la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1994) y la 124.ª sesión del Comité Ejecutivo (1999),

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2004, al Dr. Gastão de Souza Campos por su contribución sobresaliente a la transformación del modelo de asistencia sanitaria mediante la creación de un método de gestión que aumentó la democratización de los servicios al fortalecer los vínculos entre estos y los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.
2. Solicitar al Comité Ejecutivo que examine los requisitos, las condiciones y los procedimientos para la adjudicación del Premio, considerando la necesidad de adaptarlos a las exigencias regionales nuevas y más diversas, incluida una promoción activa en los países con miras a postular candidatos idóneos. Esto requeriría una participación activa de los ministerios de salud, las instituciones académicas y de investigación, y las representaciones de la OPS/OMS.
3. Reconocer las contribuciones de todos los candidatos y en particular de la Dra. Ida Berenice Molina, de Honduras, y de la Dra. Edna Araceli López A., de Guatemala, por sus aportes sobresalientes al mejoramiento de las condiciones de salud en sus respectivos países.
4. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004 (documento CE134/7, Add. I) al 45.ª Consejo Directivo.

(Novena reunión, 24 de junio de 2004)

Decisiones

CE134(D1) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó, sin modificación, el orden del día presentado por la Directora (documento CE134/1, Add. 1).

(Primera reunión, 21 de junio de 2004)

CE134(D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interior, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidente (Dominica) y Vicepresidente (Honduras) para representar al Comité en el 45.º Consejo Directivo, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de esos representantes, el Comité designó a los delegados de Costa Rica y Paraguay, respectivamente.

(Primera reunión, 21 de junio de 2004)

CE134(D3) Edificios e instalaciones de la OPS

El Comité Ejecutivo autorizó a la Oficina para seguir adelante con las reparaciones al sótano y subsótano del edificio de la sede de la OPS descritas en el documento CE134/19.

(Quinta reunión, 23 de junio de 2004)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrá igual valor auténtico.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veinticinco días del mes de junio del año dos mil cuatro. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

Herbert Sabaroche
Delegado de Dominica
Presidente de la 134.^a sesión del Comité
Ejecutivo

Mirta Roses Periago
Secretaria ex officio de la 134.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Informe sobre la 38.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI
- 3.3 Premio OPS en Administración, 2004
- 3.4 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - Examen periódico de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - Estudio de las solicitudes recibidas

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional
- 4.2 Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud

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

- 4.3 Observatorio de Recursos Humanos de Salud
- 4.4 Acceso a los medicamentos
- 4.5 Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA
- 4.6 Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas
- 4.7 El undécimo Programa General de Trabajo de la OMS
- 4.8 Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.3 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2002-2003
- 5.4 Edificios de la OPS y sus instalaciones

6. ASUNTOS DE PERSONAL

- 6.1 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Resoluciones y otras acciones de la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiales

Doc. Of. 315 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo,
1 de enero de 2002 - 31 de diciembre de 2003

Documentos de Trabajo

- CE134/1, Rev. 1 y CE134/WP/1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- CE134/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE134/4 Orden del día provisional del 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE134/5 Informe sobre la 38.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- CE134/6 y CE134/6 Add. I Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI
- CE134/7 Premio OPS en Administración, 2004
- CE134/7 Add. I Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2004
- CE134/8 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- CE134/8 Add. I Informe del Comité Permanente
- CE134/9 Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional
- CE134/9 Add. I Política Presupuestaria Regional por Programas de la OPS

Documentos de Trabajo (cont.)

CE134/10	Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud
CE134/11	Observatorio de Recursos Humanos de Salud
CE134/12	Acceso a los medicamentos
CE134/13	Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA
CE134/14	Reglamento Sanitario Internacional: las perspectivas de la Región de las Américas
CE134/15	El undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, 2006-2015
CE134/16	Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud
CE134/17	Estrategia para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas
CE134/18 y CE134/18 Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE134/19	Edificios de la OPS y sus instalaciones
CE134/20	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE134/21 y CE134/21 Add. I	Resoluciones y otras acciones de la 57. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

Documentos de Información

CE134/INF/1	Informe sobre los progresos realizados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI
CE134/INF/2	Estadísticas del personal de la OSP/OMS

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Argentina

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

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

Barbados

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

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

Costa Rica

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Costa Rica (cont.)

Sra. Roxana Terán de De La Cruz
Consejera de la Ministra
Misión Permanente de Costa Rica
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

Dominican Republic
República Dominicana

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Dra. Carmen Almonte
Coordinadora interinstitucional - Elaboración del
Plan Nacional de Salud
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Srta. Daverba M. Ortiz
Primera Secretaria de la Misión Permanente de la República Dominicana
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Honduras

Dr. Manuel Antonio Sandoval Lupiac
Subsecretario de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, DC

Paraguay

Dr. Julio César Velázquez
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Dr. Luis Osvaldo Ligier Rios
Director General Unidad Técnica
de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Peru

Perú

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

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

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

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

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

Ms. Ruth Frischer
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, DC

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

Ms. Lisa Jacobson
Program Analyst
Office of United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

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

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

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

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, DC

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

Other Member States
Otros Estados Miembros

Canada
Canadá

Mr. Nick Previsich
Acting Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Mr. Basia Manitius
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, DC

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Chile

Mr. Patricio Powell
Primer Secretario de la Misión Permanente de Chile
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

France
Francia

Mme Sylvie Alvarez
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, DC

Prof. Jacques Drucker
Conseiller pour les Affaires sociales et la Santé
près de l'Ambassade de France aux États-Unis
Washington, DC

Mlle Olivia de Maleville
Attachée à la Mission permanente d'Observation de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, DC

Mexico
México

Lic. Mauricio Bailón González
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
Director de Asuntos Bilaterales y Regionales
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Lic. Mireya Marroquín Bitar
Jefa del Departamento de Gestión Bilateral
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Nicaragua

Lic. Julieta Blandón Miranda
Primera Secretaria de la Misión Permanente de Nicaragua
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Observer States
Estados Observadores

Spain

España

Sr. Eduardo Gutiérrez Sáenz de Buruaga
Embajador, Observador Permanente de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Sr. Enrique Asorey
Observador Permanente Adjunto de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

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

Sr. Fernando Flores

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

Sr. Alfredo Solari
Sr. André Medici

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

Sr. Guillermo Grajales

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

Sr. Stephen O. Bender
Srta. Hannah Sarah Faich

**Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

**American Society for Microbiology
Sociedad Estadounidense de Microbiología**

Dr. Lily E. Schuermann

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

Mr. Horst Otterstetter

**Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica**

Dr. Norberto V. Cabutti

**World Association for Sexology
Asociación Mundial de Sexología**

Dr. Esther Corona

**World Health Organization
Organización Mundial de la Salud**

Mrs. Pascale Brudon
Task Manager
General Program of Work
Planning, Resource Coordination, and
Performance Monitoring
Geneva

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

**Director and Secretary ex officio of the Committee
Directora y Secretaria ex officio del Comité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director/Directora

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

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

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

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