



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



136.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junio de 2005

CE136/FR (Esp.)
27 de julio de 2005
ORIGINAL: INGLÉS

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 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	6
Orden del día provisional del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	6
Asuntos relativos a los subcomités	8
Informe de la 39.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación	8
Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo	
Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe	9
especial del Auditor Externo de septiembre de 2004.....	15
Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI	19
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005 ...	23
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	23
Asuntos relativos a la política de los programas	24
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007.....	24
La cooperación técnica entre los países de la Región	31
Estrategia para el futuro de los centros panamericanos	36
Informe sobre la 14.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura	43
Informe del avance del cambio institucional en la Oficina Sanitaria Panamericana	49
Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y el Plan de Acción para 2005-2010.....	52
La malaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	55
Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015	60
La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud	64
Acceso a la atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA	69

CONTENIDO (*cont.*)

	<i>Página</i>
Asuntos administrativos y financieros	74
Informe sobre la recaudación de las cuotas	74
Informe financiero parcial del Director para 2004.....	78
Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna	81
Asuntos de personal	84
Recursos Humanos.....	84
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	86
Asuntos de información general	89
Resoluciones y otras acciones de la 58. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	89
Otros asuntos	91
Clausura de la sesión	92
Resoluciones y Decisiones	92
 <i>Resoluciones</i>	
CE136.R1 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	92
CE136.R2 Política de la OPS en materia de igualdad de género	93
CE136.R3 Proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana	95
CE136.R4 Recaudación de las cuotas.....	97
CE136.R5 La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio ...	98
CE136.R6 Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y el Plan de Acción para 2005-2010	101
CE136.R7 Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2010	103

CONTENIDO (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE136.R8	Estrategia para el futuro de los centros panamericanos Papel de los centros panamericanos en la cooperación técnica de la OPS	105
CE136.R9	Sueldo de la Directora y modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	107
CE136.R10	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	108
CE136.R11	Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005	110
CE136.R12	Orden del día provisional del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	111

Decisiones

CE136(D1)	Adopción del orden del día	112
CE136(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	112
CE136(D3)	Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI	112

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 136.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en el Palacio San Martín, en Buenos Aires, del 20 al 24 de junio de 2005. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Paraguay y Venezuela. También asistieron delegados de los siguientes Estados Miembros y Estados Observadores: Brasil, Chile, España, Francia, México, Nicaragua, Panamá y Perú. Además, estuvieron representadas la Organización Mundial de la Salud, otras cuatro organizaciones de las Naciones Unidas e intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

2. El Dr. William Steiger (Estados Unidos de América, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, expresando su agradecimiento al gobierno anfitrión.

3. El Dr. Ginés González García (Argentina) dijo que era un honor y un privilegio para la Argentina ser el país anfitrión. Opinó que para la OPS era importante que ocasionalmente las sesiones de sus Cuerpos Directivos se celebraran fuera de la Sede, a fin de fomentar una mayor integración y unidad entre los Estados Miembros y promover el panamericanismo que la Organización representa. Manifestó que el gobierno de su país haría todo lo posible para que los delegados se sintieran bienvenidos y la sesión fuera fructífera.

4. La Dra. Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) también extendió su bienvenida a los participantes. Coincidió en que a veces era conveniente que las sesiones de los Cuerpos Directivos se celebraran fuera de Washington, D.C., ya que de este modo el trabajo de la Organización se hacía más palpable para los Estados Miembros y quizá también facilitaba una participación mayor, en particular de las organizaciones no gubernamentales. Señaló que el Comité tenía un orden del día muy completo por delante. Consideraría temas de gran importancia para las actividades futuras de la Organización, incluido el presupuesto por programas para el bienio 2006-2007, diversas decisiones de la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud, el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y varios temas relacionados con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La Directora expresó su certeza de que las deliberaciones del Comité serían una contribución valiosa para el avance hacia el cumplimiento de los objetivos y el progreso de la salud pública que, como se reconoce ampliamente en la actualidad, es un factor importante para el desarrollo en general.

Asuntos relativos al reglamento

Mesa Directiva

5. Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 135.^a sesión del Comité y que siguieron desempeñándolo en la 136.^a sesión fueron los siguientes:

Presidencia: Estados Unidos de América (Dr. William Steiger)

Vicepresidencia: Argentina (Dr. Carlos Vizzotti)

Relatoría: Barbados (Dra. Joy St. John)

6. 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 (Documento CE136/1, Rev. 2, y CE136/WP/1, Rev. 1)

7. De conformidad con el Artículo 9 de su Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE136(D1)).

Representación del Comité Ejecutivo en El 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Documento CE136/3).

8. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Estados Unidos de América y Argentina, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 46.º Consejo Directivo. Se designó a Costa Rica y a Cuba suplentes de los Estados Unidos de América y Argentina, respectivamente (decisión CE136(D2)).

Orden del Día Provisional Del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Documento CE136/4, Rev. 1)

9. El Secretario Técnico 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 analizó la posibilidad de agregar un punto referente a las discapacidades propuesto por Panamá; sin embargo, en vista de que en el orden del día ya había un gran número de temas y del tiempo que probablemente se dedicaría a considerar el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2006-2007, el Comité llegó a la conclusión de que sería preferible posponer el punto en cuestión para 2006. De este modo, el Subcomité de Planificación y

Programación primero y luego el Comité Ejecutivo podrían analizarlo antes de que el 47.º Consejo Directivo lo examine.

10. El Comité también analizó la posibilidad de posponer el examen del punto 4.16 del orden del día (Informe de progreso sobre la familia y la salud), pero la Directora explicó que el punto se había incluido en el orden del día de conformidad con la resolución CD44.R12, aprobada por el 44.º Consejo Directivo en 2003, en la que se establecía el mandato de presentar un informe sobre el avance de las actividades realizadas en la esfera de la familia y la salud.

11. Al referirse al punto 4.8 del orden del día (Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud), la delegada de los Estados Unidos de América dijo que no estaba familiarizada con el tema y pidió que se aclarara sobre qué versaba. La Directora explicó que la inclusión de dicho punto en el orden del día del 46.º Consejo Directivo era el resultado de un proceso de dos años que había comenzado con el debate sobre la atención primaria de salud mantenido por el 44.º Consejo Directivo en 2003. Quizá los delegados recordaran que en ese año se había celebrado el 25.º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y la Declaración de Alma-Ata. En ocasión del 44.º Consejo Directivo, se había organizado una serie de mesas redondas para debatir sobre la atención primaria de salud; de estos debates había surgido la recomendación de que se formulara una declaración regional sobre la atención primaria de salud, en la cual se reafirmara el compromiso con el enfoque de atención primaria de salud y se indicara el camino a seguir considerando las realidades actuales de la Región. Se había formado un grupo de trabajo para redactar la declaración y proporcionar orientación a los países y a la Organización sobre la manera de reorientar los sistemas y servicios de salud de la Región según los principios de la atención primaria de salud. El proyecto de declaración se había presentado a los delegados para que formularan observaciones al respecto durante una sesión informal de orientación que había tenido lugar al mediodía durante la presente sesión del Comité Ejecutivo; posteriormente, se presentaría de nuevo en una reunión regional de consulta sobre la renovación de la atención primaria de salud, programada del 26 al 29 de julio de 2005 en Montevideo, Uruguay. La versión definitiva de la declaración se presentaría después formalmente a los Estados Miembros para su examen y adopción durante el 46.º Consejo Directivo, que tendría lugar en septiembre.

12. El Comité aprobó el orden del día provisional sin cambios (resolución CE136.R12).

Asuntos relativos a los subcomités

Informe de la 39.ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación (Documento CE136/6)

13. El Sr. John Junor (Jamaica, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) presentó el informe de la 39.ª sesión del Subcomité, que se había celebrado del 16 al 18 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, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América y Jamaica. También habían estado presentes observadores por México y Brasil.

14. El Subcomité había designado a Jamaica para ocupar la Presidencia de la 39.ª sesión del Subcomité, y Argentina había sido elegida para ocupar la Vicepresidencia, y Canadá, la Relatoría. El Subcomité había analizado los siguientes temas: el informe especial sobre el apoyo de la OPS a la región afectada por el maremoto; el informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana; la puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004; la estrategia para el futuro de los centros panamericanos; la cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas; el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007; el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI; la cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud; la actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas; y el fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes. Por otro lado, al tratarse "Otros asuntos" el Subcomité había escuchado puestas al día sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional y los preparativos para la 14.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA).

15. Dado que la mayoría de estos temas también serían tratados por el Comité Ejecutivo en su 136.ª sesión, el orador dijo que comunicaría las observaciones del Subcomité cuando el Comité abordase cada uno de ellos. Sin embargo, dos de los temas analizados por el Subcomité no figuraban en el orden del día del Comité Ejecutivo, a saber, el informe especial sobre el apoyo de la OPS a la región afectada por el maremoto, y el fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes.

16. Al analizar el primer tema, el Subcomité había examinado las enseñanzas extraídas a partir de la respuesta frente al maremoto y recalcado la necesidad de fortalecer la planificación y los preparativos en casos de desastre en los países de la Región, al objeto de suministrarles el equipo necesario para hacer frente a un desastre de tal magnitud. El Subcomité también había destacado la necesidad de equilibrar las ofertas de ayuda con las

necesidades reales del país o la región afectada y de suministrar información precisa para que el público entendiera qué clase de ayuda se necesitaba.

17. En cuanto al tema del fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes, el Subcomité había respaldado una estrategia propuesta por la Oficina mediante la cual la OPS apoyaría a los países en el campo de la donación de órganos y trasplantes, contando con la pericia que hubiera en los Estados Miembros. Asimismo, el Subcomité había alentado a la Organización a que fortaleciera las capacidades necesarias en los países para que se aplicara la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en materia de trasplantes de órganos y tejidos humanos (WHA57.18, adoptada en 2004). El Subcomité había recomendado que el tema no fuera presentado al Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión, pero había pedido a la Oficina que en alguna fecha futura informara a los Cuerpos Directivos sobre el avance de sus actividades en dicha esfera.

18. El Presidente señaló que en el informe final de la 39.^a sesión (documento SPP39/FR) se podía consultar una relación más completa de las deliberaciones del Subcomité sobre esos dos temas y otros.

19. Asimismo, señaló que tanto el Subcomité de Planificación y Programación como el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo habían analizado la posibilidad de examinar sus funciones respectivas y la frecuencia de sus reuniones. Propuso que las cuestiones de gobernanza se analizaran cuando el Comité examinara el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. El Comité estuvo de acuerdo con dicha propuesta, tomó nota del informe y agradeció al Subcomité su trabajo.

Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (Documentos CE136/7 y CE136/88)

20. Se presentaron dos ponencias sobre este punto. Primero, el Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay, Presidente del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo) rindió un informe sobre la 21.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Luego, la Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OSP) presentó el proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos.

Informe sobre La 21.^a Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

21. El Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay, Presidente del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo) informó de que la 21.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo había tenido lugar el 14 y 15 de marzo de 2005. 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: Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Honduras y Paraguay. Los delegados de Argentina y Canadá habían asistido en calidad de observadores. También habían participado representantes de varias organizaciones intergubernamentales y de una organización no gubernamental. Paraguay

había sido elegido para ocupar la Presidencia del Subcomité; los Estados Unidos de América habían sido elegidos para ocupar la Vicepresidencia, y Dominica, la Relatoría.

22. El Subcomité había tratado cuatro puntos del orden del día en relación con la integración de la perspectiva de género y la promoción de la igualdad entre los sexos en el trabajo de la OPS. El primero de ellos había sido un informe sobre las actividades de cooperación técnica de la Oficina en la esfera del género, la salud y el desarrollo. La Dra. Elsa Gómez (Asesora Regional en Asuntos de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) había descrito los cambios realizados al antiguo Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que en 2004 había pasado a ser la Unidad de Género, Etnicidad y Salud. El cambio de nombre reflejaba un cambio en el foco de interés: del tema de la mujer y su salud a los temas más generales del género y la igualdad entre los sexos; por otro lado, el hecho de que se hubiera incorporado la dimensión de la etnicidad a la labor de la unidad indicaba la prioridad que la Directora había asignado a los grupos excluidos que padecían las mayores inequidades sanitarias. Posteriormente, el Subcomité había escuchado un informe sobre los adelantos en materia de igualdad entre los sexos en los recursos humanos de la OPS, el cual incluía datos sobre la distribución por sexo del personal de la OPS y los esfuerzos realizados por la Oficina para contratar a una proporción mayor de mujeres para que ocupen puestos profesionales. A continuación, el Subcomité había examinado un informe sobre la integración de la perspectiva de género en una esfera concreta de la cooperación técnica de la OPS: las cuentas nacionales de salud. Por último, el Subcomité había considerado un proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos; la política había sido modificada de modo que incorporara los puntos de vista y sugerencias del Subcomité y se encontraba en el documento CE136/8, que actualmente estaba ante el Comité Ejecutivo.

23. El orador señaló que además de esos cuatro puntos del orden del día, en la 21.^a sesión del Subcomité se habían mantenido dos debates de tipo panel. En el primero se habían tratado las experiencias institucionales y enseñanzas extraídas en la formulación y ejecución de las políticas de igualdad entre los sexos. Las ponencias habían estado a cargo de representantes de dos Estados Miembros y cuatro organizaciones internacionales, quienes habían descrito las experiencias de sus instituciones o países respectivos en cuanto a la integración de la perspectiva de género. El segundo panel se había centrado en el cumplimiento del objetivo de desarrollo 3 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: la igualdad entre los sexos y autonomía de la mujer. Las ponencias habían sido presentadas por los representantes de cuatro organismos de las Naciones Unidas y una organización no gubernamental. Todos los panelistas habían señalado que una deficiencia importante de los Objetivos de Desarrollo del Milenio era que no incorporaban objetivos, metas ni indicadores relacionados concretamente con la salud sexual y reproductiva y los derechos correspondientes ni con la violencia por razones de género. Sin embargo, también habían señalado que dichos objetivos ofrecían una oportunidad para reforzar el progreso y con base en él lograr la igualdad de género en el transcurso de los años como resultado de otros mandatos internacionales.

24. El Dr. Peña señaló que los resúmenes de las ponencias de los paneles y de los puntos principales emanados del análisis respectivo del Subcomité podían encontrarse en el informe final de la 21.^a sesión del Subcomité (documento CE136/7). Los puntos de vista y las conclusiones del Subcomité respecto de todos los puntos tratados se reflejaban en sus recomendaciones al Comité Ejecutivo y a la Directora, también contenidos en el documento CE136/7. Los dos principales resultados de la sesión habían sido el respaldo del Subcomité al proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos y su decisión de recomendar la formación de un grupo de trabajo para examinar la función, composición y afiliación del Subcomité, así como la frecuencia con la que se celebraban sus sesiones. La última recomendación había surgido de una observación formulada por uno de los Miembros, a saber, que las funciones del Subcomité debían examinarse de nuevo habida cuenta de los avances sustanciales logrados en la integración de la perspectiva de género, tanto en la OPS como en los Estados Miembros.

25. Por consiguiente, el Subcomité había recomendado que en su 136.^a sesión el Comité Ejecutivo formara un grupo de trabajo para examinar el marco y las atribuciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Posteriormente, dicho grupo de trabajo presentaría su recomendación a la 137.^a sesión del Comité Ejecutivo, que tendría lugar en septiembre de 2005. La propuesta era que el grupo de trabajo estuviera integrado por los representantes de los Miembros del Comité Ejecutivo que habían participado en la 21.^a sesión del Subcomité, así como por representantes de un organismo hermano del sistema internacional, de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud, y de otra unidad técnica de la Oficina.

26. Con respecto al proyecto de política en materia de igualdad entre los sexos, el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara la política y la presentara al Consejo Directivo para que este diera su aprobación final mediante la resolución respectiva. Asimismo, había solicitado que el Comité Ejecutivo respaldara las recomendaciones planteadas a la Directora con respecto a la ejecución de la política de igualdad entre los sexos y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Proyecto de Política de la OPS en Materia de Igualdad entre los Sexos

27. La Dra. Etienne había resumido el proyecto de política en materia de igualdad entre los sexos presentado en el documento CE136/8. La política se había formulado conforme a la política de género de la OMS mediante un amplio proceso consultivo, y se proponía en respuesta a la presencia generalizada de desigualdades sanitarias por razón de sexo, reflejando el compromiso de la OPS para lograr la equidad en sus programas y en toda la labor de la Organización. En la política se reconocía que las desigualdades sanitarias entre los hombres y las mujeres no solo se debían a sus características sexuales, sino también a las diferentes posiciones que ocupaban y las funciones que se les asignaban en la sociedad, lo cual tenía repercusiones distintas en el estado de salud y sus factores determinantes; el acceso a los recursos y servicios sanitarios; la participación en las decisiones que influían

en su salud, y la distribución de las responsabilidades y retribuciones asociadas con el desarrollo sanitario.

28. Los cuatro principios rectores de la política habían sido la igualdad entre los sexos, la equidad de género, la autonomía y la integración de la perspectiva de género. El objetivo general de la política había sido contribuir a la igualdad de género en el estado de salud y el desarrollo sanitario mediante investigaciones, políticas y programas que prestaran la atención debida a las diferencias entre los sexos en materia de salud y sus factores determinantes, y fomentaran activamente la igualdad y la equidad entre las mujeres y los hombres. En el documento se planteaban los objetivos específicos de la política y los componentes de la estrategia propuesta para la integración desde el punto de vista del enfoque de género.

29. La Organización procuraba incorporar la igualdad de género en tres frentes: en todos los aspectos de su trabajo de cooperación técnica, en los marcos de política de desarrollo sanitario nacional, y en las políticas de desarrollo institucional y recursos humanos. Para lograr dicho objetivo, así como la sostenibilidad de la integración de la perspectiva de género, se requería un compromiso en los niveles más altos que se demostrara y comunicara amplia y claramente. Por consiguiente, el personal directivo superior de la Organización se había comprometido a comunicar la política al personal y a vigilar su ejecución y rendir cuentas al respecto a los Cuerpos Directivos. Los gerentes también velarían por que los objetivos relacionados con la igualdad en materia de género se incluyeran sistemáticamente en las normas y programas institucionales, y se asignaran recursos específicos para la integración de la perspectiva de género. Además, se designarían puntos focales que se ocuparían de los asuntos de género en todas las áreas técnicas y administrativas de la OPS, tanto en la Sede como en algunas oficinas de campo. Dichos puntos focales, en colaboración con la Unidad de Género, Etnicidad y Salud, proporcionarían orientación y apoyo generales para el proceso. Mediante el compromiso de poner en práctica la política se lograría que los gerentes institucionalizaran mecanismos para el fortalecimiento de las capacidades entre el personal y asignaran los recursos necesarios para esa finalidad. Los gerentes también velarían por que todas las áreas y unidades utilizaran los datos desglosados por sexo y otras variables pertinentes, e incorporaran la perspectiva de género en sus documentos. A nivel de país, las representaciones de la OPS/OMS —en colaboración con la Sede, los ministerios de salud y otros sectores, las ONG y la sociedad civil— establecerían mecanismos que contarán con el personal y el financiamiento adecuados para promover la igualdad de género en los sistemas sanitarios.

30. Como señaló el Dr. Dullak Peña, el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo había respaldado el proyecto de política en materia de igualdad entre los sexos y, por consiguiente, la Oficina había solicitado que el Comité Ejecutivo examinara la política y recomendara su aprobación por el Consejo Directivo.

31. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe del Subcomité y manifestó su apoyo al proyecto de política en materia de igualdad entre los sexos. Los Miembros aplaudieron, en particular, la referencia que se hacía en la política a los compromisos internacionales fundamentales para con la igualdad de género y sus compromisos claros con la igualdad de género y la autonomía de la mujer como objetivos en sí mismos. Sin embargo, algunos delegados expresaron su inquietud en cuanto a la eliminación del párrafo sobre los recursos y mecanismos administrativos y operativos para ejecutar la política. El párrafo en cuestión se había incluido en la versión del documento presentada al Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el cual había estado de acuerdo en que ninguna política nueva podía ejecutarse adecuadamente sin la consagración de recursos tanto humanos como económicos. Los Miembros reconocieron que en su ponencia la Dra. Etienne había confirmado el compromiso de la Oficina, pero temían que la falta de un compromiso explícito por escrito pusiera en peligro la ejecución y sostenibilidad de la política.

32. Asimismo, opinaron que la política podía fortalecerse mediante referencias más explícitas a las mujeres y los hombres en cualquier etapa de su vida, al objeto de velar por que se aborden los asuntos de equidad de género, incluidos los problemas de salud sexual y reproductiva, entre las niñas y los niños, y entre las mujeres y los hombres mayores. Aunque la política sí exigía la incorporación de la perspectiva de diversidad, podría mejorarse mediante menciones explícitas de diversas subpoblaciones y cuestiones de diversidad derivadas de las diferencias en la situación socioeconómica, la educación, el grupo étnico y la cultura, la orientación sexual, la capacidad y la ubicación geográfica. Se debía prestar atención especial a las mujeres indígenas.

33. Se sugirió eliminar la palabra "injustas" de un enunciado de la introducción del documento CE136/8, en el cual se señalaba que la política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos era trabajar para eliminar las disparidades injustas de salud entre las mujeres y los hombres, y avanzar hacia el logro de metas de igualdad de género autonomía de las mujeres. Se opinó que la oración debía redactarse sencillamente así: "eliminar las disparidades de salud entre las mujeres y los hombres", ya que la palabra "injustas" podía ser ambigua.

34. Los delegados destacaron algunos otros temas que a su juicio debían abordarse en la política o en la resolución por la cual se adoptaba, a saber, la violencia contra la mujer y la penalización de quienes la perpetran; el tráfico de mujeres para fines de explotación sexual y laboral; la discriminación contra la mujer por razones de salario y empleo; la feminización de la pobreza; la asignación de recursos a la mujer y su acceso a los recursos sanitarios; y la participación de la sociedad civil para velar por la autonomía de la mujer. También se propusieron varios cambios de redacción y mejoras a las recomendaciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo contenidas en el documento CE136/7.

35. La atención se dirigió a la necesidad de educar y sensibilizar a los prestadores de asistencia sanitaria respecto de las diferencias entre los sexos que influían en la relación

entre el médico y el paciente, y se pidió a la Oficina que formulara observaciones respecto de cómo podía ejecutarse la política en la práctica, concretamente en la práctica médica, y qué recomendaciones podían hacerse a los médicos en cuanto a la manera de interactuar con sus pacientes de sexo masculino y femenino. De igual manera, era necesario sensibilizar a los fabricantes farmacéuticos e investigadores académicos en cuanto a las diferencias relacionadas con el sexo y las respuestas de los pacientes a algunos medicamentos, así como abogar por la inclusión de las mujeres en todas las pruebas clínicas de medicamentos.

36. La Dra. Etienne pidió a los Miembros que presentaran por escrito los cambios que proponían y que comunicaran a la Oficina la manera concreta en que deseaban verlos reflejados en la redacción de la política. Señaló que la OPS tenía programas importantes que trataban la mayoría de los temas planteados por los delegados. En particular, la Unidad de Género, Etnicidad y Salud había efectuado trabajo considerable y pionero en el campo de la violencia contra la mujer. En cuanto a la pregunta sobre la sensibilización de los proveedores e investigadores, señaló que la formación de redes era una de las modalidades principales de la labor de la OPS en muchas esferas, incluida la del género y salud. La OPS no disponía de recursos suficientes para participar directamente en actividades como la investigación farmacéutica, pero trabajaba mediante redes y organizaciones de la sociedad civil para promover la participación de las mujeres en los ensayos clínicos. La Organización también trabajaba mediante diversas redes —por ejemplo, las redes de las facultades de medicina y las asociaciones de profesionales de la salud— para concientizar sobre las diferencias entre los sexos.

37. La Directora señaló que la política en materia de igualdad entre los sexos se había formulado en respuesta a un mandato establecido en la 20.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, mediante el cual se exigía una política que abordara tres temas básicos: la integración de la perspectiva de género en las políticas y programas de la Organización; los datos de salud desglosados por sexo para aportar datos probatorios de la discriminación y las inequidades por razón de sexo; y el logro de la igualdad entre los sexos en la selección, contratación y promoción del personal, así como la eliminación de las barreras que impiden el ascenso de las mujeres en la Organización. La política tenía por objeto llenar el vacío que existía en la Organización, a saber, la ausencia de una política explícita sobre igualdad entre los sexos, no cambiar ni sustituir las actividades que llevaba a cabo en esferas como la violencia por razón de género.

38. La oradora opinó que sería preferible incorporar las diversas inquietudes planteadas por los delegados en la resolución que se presentaría al Consejo Directivo, en lugar de que formaran parte de la política misma. Del mismo modo, quizá sería más apropiado incluir en la resolución el párrafo sobre las disposiciones operativas concretas para la ejecución de la política. La política se había establecido con miras a ser un mandato general a largo plazo, y como tal, no debía incluir referencias a disposiciones operativas concretas, que eran variables y estaban restringidas por el tiempo.

39. El Comité Ejecutivo adoptó la resolución CE136.R2, en la cual se recomendaba que el 46.º Consejo Directivo aprobara el proyecto de política en materia de igualdad entre los sexos.

Puesta al día sobre la Aplicación de las Recomendaciones del Informe Especial del Auditor Externo de Septiembre de 2004 (Documento CE136/24)

40. La Dra. Heidi Jiménez (Gerente del Área de Asuntos Jurídicos, OPS) examinó los antecedentes del informe especial del Auditor Externo, y recordó que las recomendaciones que contenía se centraban en cinco esferas: las normas éticas y los códigos de conducta; la contratación de empleados y consultores; los procedimientos para la atención de quejas; la gestión de las relaciones externas, y la seguridad en materia de tecnología de la información. El documento CE136/24 presentaba una puesta al día sobre el avance de la Oficina en los cinco temas señalados por el Auditor Externo y en otros dos, señalados por el Comité Ejecutivo en su 135.ª sesión: los procedimientos de auditoría interna y la selección de un mediador.

41. La mayoría de los temas planteados por el Auditor Externo estaban abordándose bajo la iniciativa Normas de rendición de cuentas y transparencia, una de las 11 iniciativas incluidas en la Hoja de ruta para la transformación institucional lanzada por la Directora en marzo de 2005. Durante la sesión se distribuyó un documento sobre la iniciativa al Comité.

42. En la esfera de las normas éticas y los códigos de conducta, los logros principales hasta la fecha eran el desarrollo de un marco de principios éticos y un código de conducta específico para la OPS basado en las normas de conducta de la Comisión de Administración Pública Internacional. La Oficina también había establecido el Programa para la Declaración de Intereses de la OMS y estaba finalizando un programa específico para la OPS. En otros documentos proporcionados durante la sesión se señalaban los funcionarios que tenían la obligación de llenar el formulario de declaración de intereses. Estaba previsto que todas las actividades estuvieran terminadas cuando el Consejo Directivo se reuniera en septiembre de 2005. En cuanto a la contratación de empleados y consultores, actualmente la Oficina estaba poniendo en práctica un proceso más abierto y competitivo para la contratación de funcionarios temporeros y consultores, y adoptando las medidas para crear una base de datos o nómina de funcionarios temporeros, conforme a la recomendación del Auditor Externo. Se preveía contar con una nómina plenamente funcional e interactiva al final de año.

43. En cuanto a los procedimientos para la atención de quejas, después de estudiar otras organizaciones internacionales para determinar cómo atendían las quejas, la Oficina estaba examinando las prácticas óptimas con miras a establecer un sistema para la atención de quejas adecuado para la Organización. En cuanto a la gestión de las relaciones externas, se había formulado un proyecto de directrices para la colaboración de la OPS con empresas privadas, el cual se distribuyó durante la sesión del Comité. En lo que se refiere a la seguridad en materia de tecnología de la información, actualmente estaba en marcha la

contratación de un oficial de seguridad de la información. Las funciones del candidato que resultara seleccionado consistirían en educar al personal sobre asuntos de seguridad en materia de tecnología de la información; formular directrices y normas para el correo electrónico y la administración de la seguridad, y vigilar la red de la OPS para evitar la intrusión de usuarios no autorizados.

44. Con respecto a los procedimientos de auditoría interna, de conformidad con un acuerdo firmado en 2004 con el Departamento de Servicios de Supervisión Interna (IOS) de la OMS, este prestaba servicios de auditoría interna a la OPS. En su 136.^a sesión, el Comité Ejecutivo escucharía un informe del Auditor Interno y posteriormente recibiría informes periódicos. Por último, con referencia a la contratación de un mediador, estaba previsto que el proceso de selección concluyera a fines de agosto de 2005; entretanto, se había contratado a una persona muy capacitada que actuaba como mediador temporero.

45. Para concluir, la Sra. Jiménez dijo que la Oficina estaba comprometida en aplicar plenamente las recomendaciones y, en ocasión del 46.^o Consejo Directivo, esperaba presentar una evaluación detallada del trabajo realizado en todas las esferas mencionadas en el informe del Auditor Externo.

46. El Presidente, en calidad de representante nombrado por el Comité Ejecutivo para vigilar la aplicación de las recomendaciones, dijo que el Comité podía estar satisfecho con el avance logrado hasta la fecha. Gracias al empeño de la Sra. Jiménez y de otros funcionarios de la Oficina, en muy poco tiempo se había llevado a cabo una cantidad extraordinaria de trabajo. La mayoría de las medidas recomendadas por el Auditor Externo se habrían finalizado en septiembre, cuando se celebrara el Consejo Directivo. Sin embargo, aún quedaba mucho por hacer, sobre todo en las esferas de contratación de personal, procedimientos para la atención de quejas, educación del personal e inculcación de las nuevas normas de conducta en todos los niveles de la Organización. Obviamente, la transformación no podía ultimarse para septiembre, por lo tanto, el Comité Ejecutivo tendría la responsabilidad permanente de vigilar.

47. El orador señaló que los Estados Miembros también tenían responsabilidades en cuanto a la aplicación de las recomendaciones. Una de ellas era velar por que el Área de Asunto Jurídicos de la OPS contara con recursos suficientes, tanto presupuestarios como humanos. Dado que el número de funcionarios dedicados a la aplicación de las recomendaciones era muy reducido, se apreciaría toda la pericia que los Estados Miembros pudieran proporcionar. Su gobierno, por ejemplo, estaba explorando la posibilidad de "prestar" un abogado a la OPS. Además, una vez que se establecieran procedimientos de contratación claros y transparentes, los Estados Miembros tendrían que cooperar no ejerciendo presión sobre la Organización para contratar a personas por razones políticas. Del mismo modo, tendrían la responsabilidad de velar por que se siguieran procedimientos adecuados para la atención de quejas y de observar las mismas normas éticas que esperaban que la Oficina siguiera.

48. El Comité Ejecutivo agradeció a la Sra. Jiménez su informe detallado e integral y encomió a la Oficina por el avance realizado en la aplicación de las recomendaciones. Los Miembros pusieron de relieve la superposición entre las recomendaciones del Auditor Externo y las del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, y subrayaron la necesidad de vincular los procesos de aplicación de ambos conjuntos de recomendaciones. También se destacó el vínculo entre las recomendaciones del Auditor Externo y algunas cuestiones planteadas en el informe de la Asociación del Personal (documento CE136/23).

49. Algunos delegados manifestaron preocupación porque el documento contenía un enunciado que indicaba que las medidas adoptadas en respuesta a las recomendaciones del Auditor Externo habían resultado de acusaciones anónimas. Se opinó que ese enunciado podía dar a entender de manera equívoca que la agenda de la Directora de alguna manera estaba dirigida por fuentes anónimas, cuando, de hecho, era resultado de mandatos emitidos por los Estados Miembros. Los mismos delegados hicieron hincapié en su confianza y respaldo totales a la Directora.

50. Sobre el tema de la ética, uno de los delegados observó que había una diferencia entre rectitud y transparencia, y que para garantizar esta última se requerían herramientas o instrumentos para fundamentar la rectitud y certificar que las actividades de la Organización se llevaban a cabo correctamente. El mismo delegado opinó que para tratar cuestiones de ética pública, las instituciones como la OPS siempre necesitarían supervisión externa o un órgano de supervisión.

51. Con respecto a las prácticas de contratación, se le pidió a la Sra. Jiménez que aclarara cuál era la política de la Oficina en cuanto a la recontractación de jubilados. Aunque se reconocía que los jubilados podían ser una fuente valiosa de información y pericia, se recalcó que, de ser contratados de nuevo, se debía garantizar que realmente desempeñaban una función necesaria. Por otra parte, se consideró importante examinar con cuidado la posibilidad de que los jubilados tuvieran conflictos de intereses al dejar de trabajar en la Organización. También se le pidió a la Sra. Jiménez que proporcionara plazos aproximados para la implantación del procedimiento de atención de quejas, así como la fecha límite para que los Estados Miembros presentaran sus observaciones sobre los proyectos de directrices para la colaboración con empresas privadas. El delegado de Costa Rica indicó que su país tenía otro sistema de resolución de conflictos de eficacia probada para abordar asuntos de tipo ético, y ofreció el apoyo de los abogados que habían participado en el establecimiento de dicho sistema.

52. La Sra. Jiménez agradeció al delegado de Costa Rica su oferta. A juicio de la oradora, establecer un procedimiento para la atención de quejas era el aspecto más complejo y difícil de la aplicación de las recomendaciones del Auditor Externo. Actualmente, la Organización estudiaba los procedimientos utilizados en otras organizaciones internacionales, pero todavía no había escogido un modelo idóneo para la OPS. En el transcurso de los próximos dos a tres meses, la Oficina recabaría toda la información y adoptaría medidas iniciales para la creación de un sistema de manejo de los

conflictos. Era poco probable que la recomendación final y completa estuviera lista a tiempo para presentarla ante el Consejo Directivo que se celebraría en septiembre, sin embargo, la Oficina presentaría algunas recomendaciones preliminares y el criterio estructural básico para el manejo de los conflictos. El objetivo era reunir bajo un criterio unificado a todos los cuerpos distintos que actualmente existían dentro de la Organización—incluidas la Oficina del Mediador, la Oficina de Auditoría Interna y Supervisión, la Asociación del Personal, el Área de Asuntos Jurídicos y el Área de Gestión de Recursos Humanos—, de modo que colaboraran como equipo. Probablemente, parte de la recomendación de la Oficina consistiría en establecer una entidad de manejo de conflictos que tendría la responsabilidad de informar al Comité Ejecutivo. Sería importante que los Cuerpos Directivos tuvieran presente que cualquier mecanismo que se implantara para la atención de las quejas tendría que ser financiado con los recursos ordinarios de la Organización.

53. En cuanto a la recontractación de jubilados, observó que la práctica estaba permitida de conformidad con el Reglamento y Estatuto del Personal de la Organización; sin embargo, la Oficina estaba examinando las políticas de otras organizaciones al respecto y considerando la posibilidad de introducir algunos cambios, por ejemplo, limitar el período durante el cual los funcionarios jubilados podían contratarse de nuevo e implantar un requisito en cuanto al tiempo que debía transcurrir entre su jubilación y su recontractación. La Oficina no deseaba perder la posibilidad de volver a contratar a jubilados, dada la abundancia de información y pericia que poseían, pero al mismo tiempo reconocía la importancia de dar cabida a los funcionarios más jóvenes que traían ideas nuevas. La cuestión de la recontractación de jubilados se trataría en el marco de la iniciativa de recursos humanos contenida en la Hoja de ruta para la transformación institucional.

54. Con respecto a la fecha límite para la presentación de las observaciones sobre los proyectos de directrices para la colaboración con empresas privadas, la oradora dijo que la Oficina necesitaba recibirlas a más tardar el 31 de julio de 2005, con la finalidad de dedicar tiempo suficiente a la revisión del documento que se presentaría al Consejo Directivo. Recalcó que las directrices mencionadas de ninguna manera eran definitivas; las había distribuido con el simple objeto de que el Comité se formara una idea sobre lo que la Oficina pensaba actualmente al respecto.

55. Para concluir el debate, el Presidente anunció que, en ocasión del 46.º Consejo Directivo, el Auditor Externo presentaría una puesta al día de un año sobre la aplicación de las recomendaciones.

56. El Comité no adoptó una resolución específica para este punto, sin embargo, en la resolución CE136.R3 recomendaba que el Consejo Directivo adoptara una resolución en la que se agradeciera a los presidentes actual y anterior del Comité Ejecutivo el haber vigilado la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo por parte de la Oficina, y en la que se pidiera a la Directora finalizar la aplicación de las

recomendaciones, en particular las que se referían a los sistemas para la gestión de la atención de quejas y los recursos humanos.

Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (Documento CE136/5)

57. El Sr. Sebastián Tobar (Argentina) presentó el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI en nombre del Sr. Jerome Walcott (Barbados, Presidente del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI), quien no había podido estar presente en la 136.^a sesión del Comité. El Sr. Tobar examinó los antecedentes y la composición del Grupo de Trabajo, observando que, además de Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba y Perú —los Miembros del Grupo nombrado por el Comité Ejecutivo—, otros países habían tomado parte activa en el trabajo del Grupo, a saber: Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Dominica, Estados Unidos de América, Francia, México y Nicaragua. La OMS y otras instituciones también habían participado, y la Oficina había apoyado las actividades del Grupo de Trabajo.

58. El Grupo de Trabajo había celebrado seis reuniones, en el curso de las cuales había determinado los principales desafíos en salud pública para la Región, así como la función que los organismos internacionales de cooperación, la OPS en particular, debían desempeñar al abordarlos. Los Miembros, otros países participantes y la Oficina habían preparado los documentos sobre los desafíos estratégicos relacionados con diez esferas: la repercusión diferencial que tienen los problemas de salud en los países de la Región; la pobreza y la exclusión social; los factores políticos y de gobierno; los cambios producidos por la globalización; los desastres naturales y la calidad del entorno físico; la ciencia, tecnología, investigación e información; los sistemas de salud y el acceso universal a los servicios sanitarios; los recursos humanos; los recursos financieros; y la cooperación internacional en materia de salud. Las conclusiones principales del Grupo de Trabajo con respecto a dichos desafíos se resumían en su informe (documento CE136/5).

59. Con base en su análisis de los desafíos presentes y futuros para la salud pública, el Grupo de Trabajo había formulado un conjunto de recomendaciones en relación con el trabajo y las medidas que la OPS adoptaría en las siguientes esferas: bienes de salud pública; ciencia, tecnología, investigación e insumos estratégicos; creación de alianzas y asociaciones estratégicas, y la función de la OPS; las modalidades de cooperación técnica en materia de salud; la gobernanza; y los recursos humanos. En el informe del Grupo de Trabajo también se presentan recomendaciones y medidas sugeridas para cada esfera.

60. El Comité Ejecutivo agradeció al Grupo de Trabajo su informe y encomió su trabajo; asimismo, agradeció a la Oficina el apoyo que había prestado al Grupo. Los Miembros opinaron que el Grupo de Trabajo había cumplido su mandato de forma admirable, al producir un informe sólido en el que se señalaban las esferas fundamentales para el futuro de la Organización y se proporcionaba un conjunto sólido de recomendaciones para la adopción de las medidas prácticas que permitirían a la OPS funcionar más eficazmente en la nueva situación mundial. Varios delegados que habían

participado en las actividades del Grupo de Trabajo formularon observaciones sobre la amplitud y profundidad de sus deliberaciones, pero lamentaron que otros Estados Miembros no hubieran participado más, con lo cual se habría enriquecido aún más el proceso. Con el fin de fomentar al máximo los aportes de todos los Estados Miembros antes de que tuviera lugar el Consejo Directivo, se sugirió invitar una vez más a los países a que presentaran sus observaciones sobre las recomendaciones del Grupo de Trabajo a más tardar en la fecha límite que el Comité Ejecutivo estableciera.

61. El Comité recalcó que en el informe y las recomendaciones del Grupo de Trabajo se debía comunicar que actualmente estaban en marcha el proceso de transformación institucional y la planificación estratégica de la Organización para el futuro. Con relación a este último punto, los Miembros opinaron que para maximizar la armonización y la sinergia de la OPS con la OMS, el próximo plan estratégico debía abarcar el mismo período que el Undécimo Programa General de Trabajo. Los Miembros también subrayaron la necesidad de unir los diversos conjuntos de recomendaciones que habían surgido de los informes del Auditor Externo y de los Servicios de Supervisión Interna, así como del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, y vincularlos al proceso de transformación institucional de la Oficina, así como al presupuesto bienal por programas para 2006-2007, a fin de proponer un procedimiento claro al Consejo Directivo en septiembre. Para facilitar la visualización de esos vínculos, el Presidente estuvo de acuerdo en que se elaborara un cuadro en el que se indicaran las recomendaciones formuladas respecto de los temas abarcados en los diversos informes.

62. Aunque el Comité consideró que el informe y las recomendaciones del Grupo de Trabajo señalaban los problemas y desafíos principales que la Organización afrontaba, los delegados opinaron que era necesario destacar o ampliar más algunas esferas. Después de poner de relieve las recomendaciones sobre las modalidades de cooperación técnica en materia de salud, el delegado de Costa Rica, cuyo gobierno había realizado aportes sobre ese tema para la elaboración del documento para el Grupo de Trabajo, recalcó que la OPS, en su calidad de organización especializada en la salud pública, no debía basarse exclusivamente en los indicadores tradicionales (el producto interno bruto, la mortalidad infantil o la esperanza de vida al nacer) para clasificar a los países o medir su prosperidad, sino que también debía considerar el desempeño de sus sistemas sanitarios. Además, habida cuenta de las conocidas desigualdades e inequidades que existían en los países de la Región y entre ellos, los datos de los indicadores siempre debían desglosarse por zona geográfica para que pudieran descubrirse las zonas con necesidades particulares. El delegado de Jamaica opinó que se debía hacer mayor hincapié en dos esferas que, a su juicio, constituían el desafío más importante en materia de salud para la OPS y sus Estados Miembros en el futuro: integrar la salud en el proceso de desarrollo y abordar los determinantes sociales de la salud. Con relación a la primera esfera, a pesar de que se habían logrado algunos avances, el sector de la salud todavía no había logrado transmitir con pleno éxito a las instancias normativas y los colegas de otros sectores la importancia fundamental de la salud para el desarrollo; ese debía ser el centro de atención de la labor

de la OPS en los próximos años. Otro campo de trabajo fundamental abarcaba los cambios y el fomento de comportamientos, en particular, el fomento de comportamientos saludables en los niños para que se conviertan en ciudadanos capaces de comprender la necesidad de actuar con responsabilidad respecto del régimen alimentario y la actividad física, las prácticas sexuales y otras actividades que repercuten de forma decisiva en el riesgo de contraer determinadas enfermedades.

63. Con respecto a las cuestiones de gobernanza planteadas por el Grupo de Trabajo, el Subcomité de Planificación y Programación, y el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se propuso establecer un grupo de trabajo para estudiar las funciones y el alcance de ambos subcomités y presentar recomendaciones en la próxima sesión del Comité Ejecutivo. También se sugirió que el grupo de trabajo debía examinar los procesos de gobernanza de toda la Organización, al objeto de velar por que funcionaran en condiciones óptimas. En particular, se sugirió que el proceso de elección del Director debía examinarse con miras a hacerlo más transparente. Los Miembros recalcaron que el mandato y las atribuciones del Grupo de Trabajo debían establecerse claramente, así como los resultados previstos de su trabajo.

64. La Directora señaló que era necesario abordar ciertos asuntos relacionados con los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos, en particular, el procedimiento para considerar las resoluciones, y propuso que el grupo de trabajo también los examinara.

65. El Dr. Bernard Kean (Director del Departamento de Gobernanza, OMS) señaló que recientemente el Consejo Ejecutivo de la OMS había emprendido un examen similar de sus métodos de trabajo. El proceso había sido complicado y prolongado, en parte porque se había hecho un intento por llevar a cabo inmediatamente todas las reformas deseadas. Basándose en esa experiencia, sugirió que el Comité Ejecutivo determinara con claridad las tareas que se emprenderían y fijara un calendario para llevarlas a cabo. De este modo, la Oficina tendría un mandato claro para adoptar medidas. También señaló que el proceso de la OPS en el siglo XXI había servido como modelo y dado lugar a numerosos aportes valiosos para la elaboración del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

66. A petición de la Directora, el Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS) explicó los plazos correspondientes a los diversos asuntos examinados que se someterían a la consideración de los Cuerpos Directivos. Con respecto a los asuntos de gobernanza propuestos por el Grupo de Trabajo, toda recomendación formulada por dicho grupo tendría que ser aprobada por el Consejo Directivo en 2006; por consiguiente, el Grupo de Trabajo formularía sus recomendaciones y las presentaría al Comité Ejecutivo en su 138.^a sesión, que se celebraría en junio de 2006. Posteriormente, el Comité las haría llegar al 47.^o Consejo Directivo para su aprobación final en septiembre de 2006. En cuanto al plan estratégico del próximo período, la Oficina presentaría un proyecto sobre los métodos para formular el plan al Subcomité de Planificación y Programación en su 40.^a sesión, que tendría lugar en marzo de 2006. Dicha propuesta reflejaría cualquier decisión adoptada por el 46.^o Consejo Directivo con respecto al período que el plan abarcaría.

Como era del conocimiento de los Miembros, actualmente la Organización funcionaba con un ciclo de planificación quinquenal, pero cabía la posibilidad de que el Consejo Directivo decidiera que el próximo plan estratégico abarcara hasta el año 2015, de modo que coincidiera con el período abarcado por el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Posteriormente, en 2006, los Cuerpos Directivos examinarían el proyecto sobre los métodos, y al año siguiente se presentaría un proyecto de plan estratégico al SPP (en marzo) y al Comité Ejecutivo (en junio). En septiembre de 2007, se presentaría ante la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación.

67. La Directora dijo que, si el Comité Ejecutivo lo deseaba, la Oficina podría preparar un borrador del proyecto sobre los procesos de planificación de la Organización a largo, mediano y corto plazos, y la armonización de los ciclos de planificación de la OPS con los de la OMS. Se podría presentar un documento al respecto en ocasión de la 137.^a sesión del Comité.

68. El Comité Ejecutivo adoptó la decisión CE136(D3), mediante la cual solicitaba a la Oficina que preparara un proyecto sobre la simplificación de diversos mecanismos de gobernanza de la Organización para presentarlo al Comité en su 137.^a sesión. El Comité estuvo de acuerdo en que después se formara un grupo de trabajo para estudiar el proyecto preparado por la Oficina y presentar recomendaciones al respecto para someterlas a la consideración del Comité Ejecutivo en su 138.^a sesión y del 47.^o Consejo Directivo. Los delegados de Argentina, Costa Rica y Cuba expresaron interés en ser miembros de dicho grupo. Se acordó que las atribuciones del grupo de trabajo sobre la gobernanza se redactarían y distribuirían antes de la 137.^a sesión del Comité; asimismo, se acordó que irían acompañadas de documentos sobre el examen de los métodos de trabajo del Consejo Ejecutivo de la OMS que, a juicio de los Miembros, proporcionarían antecedentes útiles para el trabajo del grupo.

69. El Comité también adoptó la resolución CE136.R3, en la que recomendaba que el Consejo Directivo adoptara una resolución para solicitar a la Directora que al preparar el próximo plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana tuviera en cuenta los resultados del informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y sus recomendaciones; los cambios institucionales efectuados en la Oficina Sanitaria Panamericana; y las recomendaciones contenidas en el informe especial del Auditor Externo, entre otras cuestiones. Por otra parte, el Comité le pidió a la Directora que preparara un documento sobre los ciclos de planificación de la Organización para que lo considerara en su 137.^a sesión.

70. El Comité fijó el 20 de julio de 2005 como fecha límite para la presentación de las observaciones sobre las recomendaciones del Grupo de Trabajo. Se acordó que el Presidente escribiría a los Estados Miembros para comunicarles las deliberaciones del Comité sobre el presente punto y alentarlos a presentar observaciones. También se acordó que la Directora, por intermedio de los representantes de la OPS/OMS, instaría a los

Estados Miembros a aprovechar esta última oportunidad para formular observaciones sobre las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo.

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005 (documentos CE136/9 y CE136/9, Add. I)

71. El Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay) informó de que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005 —integrado por los representantes de Canadá, Dominica y Paraguay— se había reunido el 22 de junio de 2005. Después de haber examinado cuidadosamente la documentación de los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al Dr. Francisco Rojas Ochoa, de Cuba, por sus aportaciones sobresalientes al desarrollo de la administración de programas y servicios de salud en su país y en varios países de la Región de las Américas y, en particular, por su aporte extraordinario a la formación de varias generaciones de líderes y profesionales de la salud pública.

72. El Comité adoptó la resolución CE136.R11, por la cual respaldaba la decisión del Jurado.

Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE136/10 y CE136/10, Add. I)

73. La Sra. Virginia Gidi (Estados Unidos de América) informó de que el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales —compuesto por los delegados de Barbados, Costa Rica y Estados Unidos de América— 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 Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) preparado por la Oficina, el Comité Permanente decidió recomendar al Comité Ejecutivo que autorizara el establecimiento de relaciones oficiales entre la OPS y la CONFEMEL durante un período de dos años, en el entendimiento de que las disposiciones establecidas en el acuerdo se examinarían en la reunión del Comité Permanente que se celebraría en 2007.

74. El Comité Permanente también había examinado la documentación de las siguientes ocho ONG, cuya condición de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con la OPS debía revisarse: la Sociedad Estadounidense de Microbiología, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la Fundación March of Dimes, la U.S. Pharmacopeia (USP) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS).

75. 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 ONG y la OPS, el Comité Permanente decidió recomendar al Comité Ejecutivo que autorizara la continuación de las relaciones oficiales con las ocho organizaciones por un período de cuatro años.

76. El Comité respaldó las recomendaciones del Comité Permanente y aprobó la resolución CE136.R1.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 (documento oficial 317, documentos CE136/INF/1, CE136/INF/2, CE136/INF/4, CE136/INF/5 y CE136/INF/6)

77. La Dra. Karen Sealey (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) presentó el proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007, contenido en el documento oficial 317, y señaló que el bienio 2006-2007 era muy importante para la Organización porque era el último para alcanzar los objetivos planteados en el plan estratégico y la estrategia de gestión de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondientes al ejercicio financiero 2003-2007; también sería el primer bienio en el que se ejecutaría la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas.

78. Comenzó por examinar los pasos del proceso de elaboración del presupuesto para 2006-2007, que había empezado en noviembre de 2003, y luego proporcionó un panorama de la situación y el entorno en los que se había formulado, así como los principios y la orientación estratégica que habían guiado su formulación. Entre los factores ambientales que habían influido en el proceso se encontraban las mayores exigencias y expectativas por parte de los Estados Miembros y los socios, junto con el reconocimiento cada vez mayor de la salud como un asunto de seguridad mundial y regional, y como un contribuyente crucial para el desarrollo nacional y la reducción de la pobreza, así como una mayor demanda de los servicios de la OPS para permitir a los países aprovechar mejor la mayor asequibilidad al financiamiento de socios nuevos como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Los factores circunstanciales incluían un aumento de \$11,2 millones¹ en los costos obligatorios para los puestos financiados con el presupuesto ordinario y un aumento en la proporción correspondiente a la OMS del presupuesto combinado de la OPS/OMS que, sin embargo, había sido menor que el previsto e insuficiente para revertir la repercusión de la resolución WHA51.31 o compensar el aumento de los costos en concepto de puestos; tampoco era suficiente para cubrir los costos que implicaba el trabajo de la OPS para apoyar las prioridades e iniciativas mundiales de la OMS. Consciente de las limitaciones del entorno físico, continuamente la Oficina había procurado aumentar la eficiencia y eficacia de la gestión

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en el presente informe están expresadas en dólares de los Estados Unidos.

mediante diversas medidas, entre ellas, la eliminación de 34 puestos, la simplificación de las actividades y la reducción de los costos administrativos y operativos.

79. Entre los principios fundamentales que habían guiado la elaboración del presupuesto por programas se encontraban la planificación y la gestión orientadas a la consecución de resultados y el criterio de un solo programa. Aunque la Oficina había presentado resultados esperados durante mucho tiempo, en el proyecto para el ejercicio financiero 2006-2007 había fomentado considerablemente su uso, de modo que todos los resultados esperados en la Oficina a nivel de unidad estuvieran vinculados con los resultados esperados a nivel regional, que a su vez estaban vinculados con los resultados previstos de la OMS a nivel mundial. Con el criterio de un solo programa, la Oficina presentaba, por primera vez, un proyecto de presupuesto que señalaba las necesidades de financiamiento totales, independientemente de la fuente de financiamiento. Los proyectos de presupuesto anteriores contenían únicamente los fondos del presupuesto ordinario y los fondos extrapresupuestarios asignados procedentes de otras fuentes. En el proyecto de presupuesto para 2006-2007 se calculaba la totalidad de los fondos necesarios para obtener los resultados esperados, incluidas las esferas que actualmente no contaban con financiamiento. Otros principios sobre los que se basó la elaboración del proyecto de presupuesto, todos ellos vinculados a componentes de la estrategia de gestión, fueron los siguientes: aprendizaje a partir de las experiencias, establecimiento de prioridades por parte de los Estados Miembros, equidad y descentralización.

80. El marco para la cooperación técnica que la Directora había introducido en la estrategia de gestión había proporcionado la orientación estratégica para que las diversas unidades elaboraran y examinaran los proyectos de presupuesto por programas. En él se exigía a las unidades que formularan sus programas de modo que señalaran y abordaran claramente la agenda inconclusa de los problemas sanitarios de la Región, en particular los asociados con el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio relacionados con la salud. También se exigía que se protegieran los logros pasados y se hiciera frente a los desafíos nuevos, como las enfermedades infecciosas emergentes. Otro de los factores que habían influido de manera importante en la elaboración del presupuesto por programas había sido la Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada en 2004. Como los Miembros recordaban, mediante dicha política se había aumentado la asignación general de los países en función de sus necesidades y establecido una porción variable asignada por la Directora, con base en los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación en su 39.^a sesión, celebrada en marzo de 2005; también se había creado una asignación subregional para formalizar e intensificar el apoyo de la OPS al programa sanitario de los diversos procesos de integración subregionales.

81. Lo anterior se había tenido presente al formular el proyecto de presupuesto por programas que el Comité tenía ante sí, y que reflejaba la situación hipotética C presentada en el documento CE136/INF/4. El presupuesto por programas comprendía 38 áreas de trabajo, que coincidían con las 36 áreas de trabajo de la OMS, excepto porque una de ellas (Presencia básica en los países) se había dividido en tres partes, lo cual reflejaba el estado

avanzado de la Región en materia de cooperación en el nivel de país. El presupuesto total que se había propuesto para 2006-2007 era de \$272,5 millones y representaba un aumento de 5% respecto del presupuesto correspondiente al bienio 2004-2005 (\$259.530.000); se había llegado a esa cifra agregando al presupuesto de 2004-2005 el aumento obligatorio de \$11.240.000 en los costos relacionados con los puestos, más un aumento mínimo equivalente a \$1.730.000 en concepto de los costos no asignados a puestos. Sin embargo, a pesar de la eliminación de 34 puestos y el aumento de 5% en el presupuesto total, el financiamiento no asignado a puestos para 2006-2007 sería sumamente bajo: apenas 37,5% del presupuesto ordinario. El financiamiento del presupuesto ordinario proveniente de la OMS sería de \$77.786.000 y, por lo tanto, la porción de la OPS ascendería a \$194.732.000, monto que sería financiado como sigue: \$180.232.000 con las cuotas señaladas —un aumento de 4% respecto del bienio 2004-2005— y \$14.500.000 con ingresos varios. Para obtener los resultados esperados expuestos en el Documento oficial 317, se necesitaba un monto total de \$538.044.000; en consecuencia, la cantidad de \$265.544.000 tendría que obtenerse a partir de cuotas voluntarias. La Oficina opinaba que era factible recabar esa cantidad, habida cuenta de que esperaba recibir de la OMS más cuotas voluntarias de las que había recibido en el pasado y movilizar enérgicamente recursos adicionales.

82. El Sr. John Junor (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) dijo que en marzo el Subcomité había examinado una versión anterior del proyecto de presupuesto por programas. Los Miembros habían aplaudido la alineación más estrecha del programa y el presupuesto de la OPS con los de la OMS, así como el hincapié que se había hecho en la transparencia y en la gestión y presupuestación orientadas a la consecución de resultados. También se había recibido con beneplácito el mayor énfasis en el trabajo a escala subregional, y la asignación correspondiente de fondos. Aunque se había reconocido que los Estados Miembros estaban imponiendo cada vez más exigencias a la Organización y que la inflación y los costos cada vez mayores del personal aumentaban los costos operativos de la OPS, algunos delegados habían cuestionado la necesidad de un aumento en la porción del presupuesto ordinario correspondiente a la OPS, sobre todo si se consideraba el aumento previsto en la asignación de la OMS para la Región. Se había señalado que sería difícil que los países aceptaran un aumento de 3,1% en las cuotas —el aumento propuesto por la Secretaría de la OMS en aquel entonces—, dado que la misma OMS estaba solicitando un aumento sustancial en las cuotas señaladas. Se había subrayado que la disciplina presupuestaria y la fijación cuidadosa de prioridades eran necesarias, así como continuar desplegando esfuerzos para aumentar la eficacia en función de los costos del trabajo de la OPS.

83. El Subcomité había solicitado que la siguiente versión del proyecto de presupuesto incluyera información más detallada sobre las medidas que se estaban adoptando para mejorar la eficiencia dentro de la Organización y se aclarara la manera en que se establecían las prioridades. El Subcomité también había pedido que en dicha versión se presentaran varias situaciones hipotéticas y se indicara la repercusión que cada una de ellas tendría en el programa. Una de las situaciones contemplaba el aumento propuesto en el

proyecto de presupuesto presentado en marzo, incluido el aumento de 3,1% en las cuotas; otra consideraba un aumento solo en la porción de la OMS, pero con un crecimiento nominal de cero en la porción de la OPS; y la tercera consistía en mantener el presupuesto ordinario como el de 2004-2005.

84. El análisis del presupuesto por programas realizado por el Comité Ejecutivo comprendía dos partes: un debate general del proyecto global, seguido de un examen más detallado del presupuesto por programas por categoría de asignación. Durante el debate inicial, el Comité reconoció la dura labor que había supuesto la elaboración del presupuesto por programas y agradeció a la Oficina el proyecto y los documentos de información que lo acompañaban, aunque se observó y lamentó la falta de la evaluación del desempeño para el bienio 2002-2003 (documento CE136/INF/3). Los Miembros manifestaron que apoyaban los principios que habían servido de base para la elaboración del proyecto de presupuesto, en particular, la programación y presupuestación orientadas a la consecución de resultados y el criterio de un solo presupuesto. También aplaudieron la alineación con las prioridades mundiales y áreas de trabajo de la OMS, así como el empeño de la Oficina por que en el proyecto se incluyeran las recomendaciones y actividades procedentes de los diversos procesos de cambio de la OPS que estaban en curso.

85. El Comité expresó su agradecimiento a la Oficina por haber preparado el documento que contenía las distintas situaciones hipotéticas (documento CE136/INF/4), tal como lo había solicitado el SPP, pero señaló que el documento en cuestión sólo respondía parcialmente a lo que el Subcomité había pedido porque no incluía una situación hipotética que considerara un crecimiento nominal de cero, que había sido una de las alternativas solicitadas concretamente por el Subcomité. Más aún, aunque en el documento se proporcionaban cifras del presupuesto para las diversas situaciones, no se incluía un análisis cualitativo de la repercusión programática de cada una de ellas. Los Estados Miembros necesitaban ese tipo de análisis para adoptar decisiones fundamentadas respecto del presupuesto, en particular, sobre un aumento de las cuotas señaladas. Para poder justificar la solicitud de un aumento de las cuotas ante sus países, los delegados necesitaban entender los argumentos en que se basaba el aumento. Este punto revestía importancia especial en el caso de los países cuyas asignaciones disminuirían de conformidad con la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas.

86. En lo concerniente al aumento de las cuotas señaladas propuesto, los Miembros se mostraron sorprendidos ante el hecho de que el porcentaje hubiera aumentado de 3,1% a 4% desde la sesión del SPP celebrada en marzo, y pidieron a la Oficina una explicación al respecto. Se señaló que todos los países habían experimentado aumentos en las cuotas señaladas en los dos bienios anteriores. La principal justificación de esos aumentos había sido la pérdida de los recursos asignados por la OMS como consecuencia de la aplicación de la resolución WHA51.31; sin embargo, habida cuenta de que la porción del presupuesto de la OPS/OMS financiada por la OMS aumentaría en 2006-2007, resultaba difícil entender por qué era necesario otro aumento en las cuotas señaladas de la OPS.

87. Los Miembros reconocieron que la OPS hacía frente a limitaciones financieras, pero señalaron que sus gobiernos examinaban a fondo cómo se gastaban los fondos públicos. Uno de los delegados observó que en uno de los documentos de información se mencionaba la necesidad de "hacer más con menos", y dijo que quizá había llegado el momento de afrontar la difícil verdad de que la OPS tenía que hacer "menos con menos", lo cual significaría establecer prioridades claras y adoptar decisiones difíciles. Se propuso que, antes de pedir a los Estados Miembros que aceptaran un aumento de las cuotas, la OPS debía asignar prioridades al objeto de indicar en qué se gastarían los fondos y qué partes de los programas carecerían de apoyo por falta de fondos; de este modo, se pondrían de manifiesto las consecuencias de las distintas situaciones presupuestarias. Por ejemplo, ello permitiría explicar la ponderación de las diversas categorías de asignación y dar respuesta a preguntas sencillas, por ejemplo, por qué se asignaba una proporción relativamente pequeña del presupuesto ordinario a las enfermedades no transmisibles y la reducción de los factores de riesgo si el manejo de las enfermedades crónicas era una preocupación cada vez mayor para todos los países de la Región.

88. Al observar que las cuotas voluntarias representarían casi la mitad del presupuesto total y que a menudo estaban sujetas a condiciones, los delegados mostraron preocupación en cuanto a si la OPS podría asignarlas a las distintas esferas de los programas conforme fuera necesario. Se señaló que ni el proyecto de presupuesto por programas ni el documento CE136/INF/5 contenían información suficiente sobre la manera en que las cuotas voluntarias se utilizarían de acuerdo con las prioridades estratégicas de la Organización, y se sugirió que la información del CE136/INF/5 se incorporara al proyecto de presupuesto.

89. Los Miembros plantearon varias propuestas concretas para mejorar el formato y el contenido del documento sobre el presupuesto. En particular, se propuso que la OPS presentara su presupuesto por programas en un estilo más semejante al de la OMS, el cual proporcionaba un análisis más cualitativo de las consecuencias del presupuesto para la programación de la Organización. Además, los Miembros pidieron que en la próxima versión del documento se incluyera la sinopsis histórica del presupuesto que se había presentado en los proyectos de presupuesto por programas anteriores, ya que proporcionaba información útil para entender las tendencias en el financiamiento de la OPS. También se sugirió que la explicación de los criterios para la aplicación de la porción variable de las asignaciones a los países proporcionada en el documento CE136/INF/1 se incorporara en el documento correspondiente al presupuesto por programas. Más adelante, en el párrafo 90, se enumeran otras propuestas y peticiones de los Miembros.

90. Ninguno de los delegados que hicieron uso de la palabra durante el primer debate general del presupuesto estaban preparados para respaldar el proyecto de presupuesto por programas tal como se presentaba en el Documento oficial 317. Se señaló que tanto ese documento como los documentos de información acompañantes se habían puesto a la disposición de los delegados poco antes de la apertura de la sesión del Comité Ejecutivo y,

por lo tanto, no habían tenido tiempo suficiente para transmitirlos a los expertos de sus gobiernos respectivos que debían examinarlos. Al objeto de conceder más tiempo para la consulta y el debate sobre el presupuesto antes del 46.º Consejo Directivo, se propuso celebrar en julio una sesión especial de un día, abierta a todos los Estados Miembros. También se propuso que la Oficina creara una página especial del sitio web de la Organización para que los Miembros presentaran por escrito sus observaciones y preguntas sobre el presupuesto.

91. Durante la segunda parte del debate sobre el presupuesto, los delegados hicieron numerosas preguntas acerca de actividades programáticas y asignaciones presupuestarias concretas; varios funcionarios de la Oficina las respondieron. Asimismo, los Miembros hicieron varias peticiones en cuanto a la incorporación de información en el documento del presupuesto que se presentaría al Consejo Directivo, y algunos señalaron que presentarían otras solicitudes a la Oficina por escrito. En particular, se solicitó a la Oficina que proporcionara lo siguiente:

- un cuadro en el que se indicaran las áreas de trabajo por asignación del presupuesto ordinario y las cuotas voluntarias correspondientes a los bienios 2004-2005 y 2006-2007;
- un cuadro en el que se indicaran las áreas de trabajo por asignación del presupuesto ordinario y las cuotas voluntarias correspondientes a los bienios 2004-2005 y 2006-2007;
- un cuadro comparativo en el que se indicaran las aportaciones de las diversas áreas de trabajo al desarrollo y cambio de comportamiento para la prevención de enfermedades;
- un cuadro en el que se indicara el personal de las oficinas de país y sus campos de pericia;
- un desglose de los costos y de las mayores necesidades de personal asociados específicamente con la aplicación de las recomendaciones del Auditor Externo; e
- información sobre el presupuesto de la Hoja de ruta para la transformación institucional, con un desglose de las cantidades necesarias para cada una de las iniciativas de transformación.

92. La Dra. Sealey dijo que la Oficina haría todo lo posible por proporcionar los cuadros solicitados, así como una situación hipotética que considerara un crecimiento nominal de cero y un análisis de la repercusión de las distintas situaciones del presupuesto en el trabajo de la Organización. Con respecto al formato del presupuesto por programas, observó que era muy parecido al de la OMS en cuanto a los enunciados de las áreas de trabajo y la determinación de los temas y retos, resultados esperados, entre otras

características. Sin embargo, la Oficina revisaría la introducción con miras a proporcionar el tipo de información que los encargados de adoptar las decisiones a nivel nacional necesitaban para comprender y justificar el proyecto, tanto desde el punto de vista programático como presupuestario.

93. Para responder a las preguntas relativas al aumento de las cuotas propuesto, la Directora explicó que el proyecto presentado al SPP se había basado en la expectativa de un aumento de 9% en la porción financiada por la OMS, pero que el aumento aprobado en ocasión de la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud había sido de tan solo 4%. En consecuencia, la Oficina había tenido que solicitar un aumento más elevado de las cuotas, por un lado, para compensar la menor proporción financiada por la OMS, y por el otro, para mantener un equilibrio más razonable entre el componente del presupuesto no asignado a puestos y el componente asignado a puestos, los cuales, aun con el aumento propuesto, representarían más de 62% del presupuesto ordinario para el ejercicio financiero 2006-2007. En lo concerniente al ejercicio de asignación de prioridades solicitado por el Comité, dijo que a fines de junio de 2005, la Oficina emprendería una orientación estratégica y un examen de competencias en cada unidad para determinar los recursos asequibles para responder a los mandatos respectivos de las unidades. Una vez que el examen se finalizara, la Oficina tendría que decidir cuáles de sus operaciones recortaría, entonces estaría en condiciones de suministrar la información sobre la asignación de prioridades que el Comité solicitaba. Recalcó que mientras tanto la Oficina estaba haciendo un arduo esfuerzo por aumentar la eficiencia mediante varios métodos creativos (descentralización de las unidades, redefinición de algunas funciones, fusión de unidades para eliminar algunos puestos de jefatura o coordinación, etc.), al objeto de seguir abordando las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos.

94. El Comité Ejecutivo solicitó a la Oficina que organizara una sesión de un día para analizar más a fondo el presupuesto, la cual se celebraría en Washington, D.C., a más tardar el 22 de julio de 2005. El Comité le pidió a la Directora que invitara a todos los Estados Miembros a participar en dicha sesión e hiciera los arreglos necesarios para que fuera transmitida por videoconferencia, a fin de facilitar la participación de los países que optaran por no enviar un representante a Washington, D.C. Asimismo, propuso que la Oficina creara una página especial en el sitio web de la Organización para que los Estados Miembros presentaran por escrito sus observaciones y preguntas sobre el proyecto de presupuesto. El Comité estuvo de acuerdo en que el plazo para recibir las observaciones fuera del 24 de junio al 15 de julio de 2005.

La cooperación técnica entre los países de la Región (documento CE136/11)

95. La Dra. Mariela Licha Salomón (Coordinadora de la Unidad de Apoyo a los Países, OPS) presentó el documento sobre este punto preparado por la Oficina, observando que se trataba de un informe sobre el avance en la estrategia planteada en el documento de 1998 titulado “La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI”. En el presente documento se describían los resultados principales de los 181 proyectos

analizados, de los cuales el principal era mejorar la capacidad a nivel nacional para tratar problemas particulares; también se resumían las enseñanzas extraídas y la versión actual contenía las actividades realizadas por la Oficina para incorporar todas las observaciones planteadas por el Subcomité de Planificación y Programación en marzo.

96. El concepto de cooperación técnica entre países (CTP) derivaba del Plan de Acción de Buenos Aires, que a su vez había sido resultado de la conferencia de las Naciones Unidas sobre la cooperación técnica entre los países en desarrollo, celebrada en 1978. La OPS tenía una larga tradición de apoyo a la cooperación entre los países y mediante la estrategia para el cambio institucional, introducida en 2004, había renovado su compromiso con la CTP. Aproximadamente 1% de los recursos de la Oficina se habían destinado a la CTP.

97. Tal como indicaban los datos contenidos en el documento, en los tres bienios anteriores se había observado un aumento sostenido en el número de proyectos de cooperación técnica entre países presentados. Todos los Estados Miembros habían participado en al menos un proyecto de CTP. De los proyectos patrocinados entre 1998 y 2003, 28% habían incluido al menos uno de los países clave señalados en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Había un predominio claro de los proyectos realizados entre países vecinos o entre países de la misma subregión y eran particularmente frecuentes en las zonas fronterizas, que a menudo eran las zonas más pobres y descuidadas de los países.

98. Los 181 proyectos aprobados en los tres últimos bienios pertenecían a cinco áreas de trabajo, aunque cerca de una quinta parte entraban en dos o más áreas. Las áreas de trabajo en cuestión eran las siguientes: acción intersectorial y desarrollo sostenible (25%); información sanitaria y tecnología (16%); acceso universal a los servicios de salud (23%); control de enfermedades y gestión de riesgos (23%); y salud familiar y comunitaria (13%). El mayor aumento se había observado en el área de acción intersectorial y desarrollo sostenible, cuyo número de proyectos aprobados había aumentado a más del doble a lo largo de los tres bienios. El aumento parecía reflejar la necesidad de intensificar la alianza entre el sector de la salud y otros sectores e interesados directos, así como aumentar la participación social. Un importante desafío para la Oficina y los países consistía en aumentar el número de proyectos clasificados dentro del área de salud familiar y comunitaria, que se relacionaba con varios Objetivos de Desarrollo del Milenio y abordaba muchos problemas de los países prioritarios.

99. En el bienio 2002-2003, la proporción de proyectos para los cuales se había presentado un informe final había aumentado 50%. En el presente bienio, la mayoría de los proyectos estaban aún en curso, lo cual significaba que todavía no se sabía cuántos informes finales habría próximamente, sin embargo, la oradora estaba complacida en informar de que todos (en comparación con 50% en el bienio precedente) tendrían un componente de evaluación.

100. Al recordar que una de las recomendaciones del SPP había sido suministrar más información sobre los resultados de los proyectos de CTP, la funcionaria hizo hincapié en que el resultado primordial había sido mejorar la capacidad técnica nacional para abordar problemas determinados con base en un criterio interdisciplinario. Otros resultados importantes habían sido la sistematización de las experiencias y la publicación de documentos y artículos científicos; la formulación de normas, políticas y programas nacionales; y la adaptación de modelos, métodos o tecnologías. Sin embargo, también se habían obtenido varios resultados favorables cuya previsión había sido menos clara, a saber: la sensibilización de las autoridades; el fortalecimiento del diálogo entre los países; la generación de proyectos nuevos y la movilización de recursos; el aumento de enlaces e intercambios entre las entidades centrales, regionales o locales; y el fortalecimiento de las redes en los países y entre ellos como un medio para la transferencia de tecnología.

101. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la nueva versión del documento. Los Miembros opinaron que la información adicional sobre la historia y el concepto de la cooperación técnica entre países lo había mejorado enormemente, aunque aún era necesario proporcionar más detalles. Entre la información que hacía falta estaba la cantidad total de fondos asignados a cada país, en particular, señalar los montos que no se habían gastado y la manera como se utilizaban o reasignaban. La notificación periódica de dicha información debía efectuarse en ocasión de las sesiones de los Cuerpos Directivos, de modo que los países que estuvieran planificando un proyecto supieran de inmediato qué países tenían aún fondos a su disposición. Asimismo, se reiteró una propuesta planteada durante la sesión de marzo del SPP, a saber, que se elaborara una guía de todos los proyectos posibles que se ofrecían, de modo que los países beneficiarios estuvieran enterados de los proyectos potencialmente a su alcance.

102. Se propuso que en la sección del sitio web de la OPS dedicada a la CTP se incluyeran, además de los informes finales, documentos sobre las directrices y ejemplos de proyectos de CTP, junto con información pertinente de utilidad para los países que desearan emprender el proceso para presentar un proyecto. Aunque las representaciones de la OPS/OMS prestaban orientación a los países sobre las etapas del proceso, el acceso fácil a dicha información sería de gran valor para todos. Se propuso agregar al documento una explicación sobre cómo se habían tomado las decisiones mediante las cuales se respaldaban los fondos de CTP y la aprobación de los proyectos. Sin duda, había un proceso de negociación entre dos gobiernos, en el que las representaciones de la OPS/OMS actuaban como interlocutores; sin embargo, el funcionamiento de dicho proceso aún era una incógnita.

103. Se expresó preocupación por el reducido número de proyectos actualmente en curso; dicho número tendría que duplicarse para ser equivalente al del bienio anterior. Se le preguntó a la Oficina si podría dar razones que explicaran por qué ese número era tan bajo a estas alturas del año. Se pidió que se aclarase por qué, al parecer, se había reducido la cantidad asignada a los proyectos de CTP en el presupuesto por programas 2006-2007.

También se manifestó preocupación por la lentitud del proceso de aprobación, habida cuenta de que entre la presentación y aprobación de algunos proyectos de CTP transcurría un año o más, y pasaban largos períodos de tiempo sin que se recibiera una respuesta, aunque esta fuera negativa. Los delegados preguntaron si los países podían hacer algo para acelerar el proceso.

104. A juicio de varios Miembros, el número de informes finales de los proyectos de CTP que los países elaboraban aún era muy reducido, y propusieron que la Oficina insistiera en el hecho de que si un informe final no se recibía, los proyectos de CTP posteriores no se considerarían para su aprobación hasta que el informe en cuestión fuera presentado.

105. Una de las delegaciones se opuso a que el proceso de cooperación técnica entre países fuera descrito como "políticamente motivado", señalando que la función de la OPS era prestar ayuda a los Estados Miembros para que lograran el estado de salud más elevado posible, no ocuparse de procesos políticamente motivados.

106. Los Miembros recordaron que el SPP había pedido que se proporcionaran normas transparentes para la asignación de los proyectos de CTP. Se sugirió que, al parecer, la Oficina consideraba que, habida cuenta de que el capital generador de inversiones para los proyectos de CTP representaba tan solo 1% del presupuesto ordinario, no era necesario distribuir dichas normas; sin embargo, una consideración de esa índole contradecía las buenas prácticas de gobernanza y las normas de gestión que la Oficina estaba obligada a seguir. Se solicitó a la Oficina que distribuyera las normas antes de que se celebrara el 46.º Consejo Directivo.

107. La Directora señaló que toda la información relativa a los proyectos de CTP se incorporaba en el presupuesto bienal por programas y era totalmente transparente. Por otra parte, había un manual que podía utilizarse en la planificación de los proyectos de CTP. En nombre de la Oficina, solicitó que se aclarase cuál era la información adicional que los Estados Miembros solicitaban.

108. Uno de los delegados recordó que el SPP había solicitado información sobre los criterios mediante los cuales la Oficina evaluaba los proyectos de CTP con miras a adoptar decisiones respecto de la asignación de recursos. El Subcomité también había solicitado los objetivos comunes fundamentales para cada uno de los proyectos de CTP; el proceso de evaluación y los análisis objetivos de la factibilidad de cada proyecto; el componente de seguimiento y evaluación utilizado durante la ejecución de los proyectos para determinar si estaban en camino de ejecutarse o se encontraban rezagados; y la información respecto de la manera como la Oficina absorbía o asignaba de nuevo los fondos que no habían sido utilizados por completo en un proyecto. La falta de transparencia mencionada era motivo de frustración entre los Miembros del Comité Ejecutivo porque les dificultaba descubrir si los proyectos de CTP tenían alguna repercusión.

109. La Directora confirmó que todos los proyectos pasaban por un proceso de examen. Aunque los fondos de la cooperación técnica entre países representaban cantidades relativamente menores de capital generador de inversiones, con la mayor proporción de recursos procedentes de los países mismos, se utilizaba el mismo proceso de examen que en el caso de los proyectos multimillonarios. Dicho proceso se explicaba en el Manual para la elaboración de proyectos de cooperación técnica entre países, el cual podía consultarse en el sitio web de la Organización.

110. El Dr. López Acuña explicó que los fondos de CTP formaban parte integrante del presupuesto bienal por programas aprobado por los Estados Miembros. El presupuesto para el bienio actual y los próximos contenía un área de trabajo llamada Cooperación técnica entre países, en la cual la Oficina incorporaba los resultados que esperaba lograr en materia de proyectos de CTP. Los recursos de CTP no representaban un fondo por separado o una partida presupuestaria para su asignación independiente, eran una parte integrante de las asignaciones a los países. Cuando la Oficina mantuvo debates sobre el presupuesto para el próximo bienio con cada uno de los países, se abordó el tema de la proporción de la asignación que se destinaría a la CTP.

111. Varios delegados hicieron hincapié en que los proyectos de CTP habían sido de gran utilidad a sus países como método de apoyo y asistencia, en particular entre los países fronterizos y los que tenían problemas comunes relativos al control de enfermedades y la salud ambiental, entre otros. El Delegado de Canadá, del lado de los donantes, también elogió el concepto de CTP, y explicó que la totalidad de la asignación de su país a la OPS se gastaba en proyectos de CTP con otros países, en lugar de gastarse en Canadá.

112. La Dra. Licha Salomón reiteró que el Manual para la elaboración de proyectos de cooperación técnica, el cual respondería en gran parte a la información adicional solicitada, se encontraba en el sitio web de la OPS, al igual que la lista de todos los proyectos aprobados, incluidos los países participantes y el tema de los proyectos. En el sitio web también se podían consultar algunos de los informes finales de los proyectos, y otros más podrían consultarse una vez que se hubieran examinado y editado. En lo que se refiere a la propuesta de que se publicaran todas las capacidades para la cooperación técnica que cada uno de los países podía ofrecer, la oradora dijo que la OPS ya estaba respondiendo en gran medida a esa petición al publicar la lista de proyectos e informes finales. En cuanto a la asignación de los recursos, dijo que no había ningún obstáculo para colocar en el sitio web un cuadro en el que periódicamente se pusieran al día los toques presupuestarios de la CTP para cada país y el monto real de la asignación.

113. Para responder la pregunta sobre la evaluación, explicó que las unidades técnicas siempre habían examinado los proyectos de CTP, al objeto de velar por que coincidieran con las políticas de la OPS en la esfera en cuestión, y que solo se presentaban al Director para su aprobación una vez que habían sido aprobados por las unidades técnicas, los ministerios de salud y las representaciones de la OPS/OMS de ambos países. La obtención de dichos respaldos era una de las etapas que retardaban el proceso de aprobación.

114. Con respecto a las preguntas sobre el proceso, la funcionaria recalcó que más que una función activa en la índole de la CTP, la Oficina desempeñaba la función de facilitarla; los propios expertos de los países eran quienes ponían en práctica y evaluaban los proyectos. Los expertos técnicos de la OPS en las oficinas de país seguían el proceso y no dejaban lugar a dudas respecto de que el requisito de evaluación tenía que cumplirse, pero el producto de la actividad evaluadora era responsabilidad de los países participantes. Confirmó que según la política de la Oficina, si un determinado país no proporcionaba un informe final, sus solicitudes posteriores de CTP no serían aprobadas.

115. La Directora dijo que la disminución de la cantidad asignada a la CTP en el proyecto de presupuesto para el ejercicio financiero 2006-2007 se debía a diversos factores. Por un lado, el presupuesto de la Organización no asignado a puestos había disminuido porque en el bienio en curso había sido necesario aumentar la porción correspondiente a puestos. El segundo factor era que hasta el presupuesto del bienio 2004-2005 había habido un componente de CTP bastante grande en forma de fondo común de los países del Caribe; y el tercer factor tenía que ver con el hecho de que, de conformidad con la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas, muchos países habían decidido no destinar ninguna porción de su asignación a la CTP.

116. Asimismo, la Directora deseaba aclarar el enunciado del documento que hacía referencia a la CTP como componente de la política exterior de los países y de la cooperación internacional entre los países. Según se definía en la política de 1998, la CTP era uno de los componentes de la política exterior de un país, y era en ese sentido que se había utilizado la frase "políticamente motivado". La política exterior de un país determinado influía en su decisión respecto de los países con los que cooperaría. Por ejemplo, algunos países fronterizos no cooperaban entre sí debido a conflictos de larga data que a menudo tenían que ver con la frontera misma. Aunque los políticos se reunieran y firmaran un acuerdo de cooperación bilateral, los temas señalados para realizar trabajo conjunto en materia de salud no necesariamente estarían incluidos en los proyectos de CTP, o bien, los temas escogidos para los proyectos de CTP relacionados con la salud no necesariamente estarían en armonía con los compromisos hechos por los representantes de los ministerios de relaciones exteriores. A pesar de que algunos países sí disponían de fondos concretos para la cooperación bilateral en sus departamentos de relaciones exteriores, existía la posibilidad de mejorar los nexos y la coordinación entre los diversos cuerpos responsables de los asuntos internacionales dentro de los ministerios de salud, por un lado, y dentro del ministerio de relaciones exteriores, por el otro.

117. Por último, la Directora señaló que en el pasado se habían dedicado grandes esfuerzos y mucho dinero al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otras instancias para hacer coincidir las necesidades con las capacidades, pero que dichos esfuerzos nunca habían dado lugar a resultados útiles: los inventarios de las necesidades y capacidades se habían vuelto obsoletos, el personal pertinente había seguido adelante, y así sucesivamente. Por medio del Área de Gestión del Conocimiento, la OPS estaba

intentando utilizar un método más moderno (internet) para construir una red de relaciones y obtener más resultados.

118. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la cooperación técnica entre países, pero no consideró necesario adoptar una resolución al respecto.

Estrategia para el futuro de los centros panamericanos (documentos CE136/12, CE136/INF/8 y CE136/INF/8, Add. I, Rev. 1)

119. La Dra. Carissa F. Etienne (Subdirectora, OSP) presentó el documento sobre este punto, señalando que se había preparado de conformidad con la resolución CSP20.R31, mediante la cual se había exhortado al Director a que emprendiera evaluaciones periódicas de los centros y rindiera cuentas al respecto a los Cuerpos Directivos. El documento tenía por objeto proporcionar una puesta al día sobre varios aspectos técnicos, de gestión y administrativos relativos a las actividades de los centros panamericanos, en el contexto general de las necesidades de cooperación técnica señaladas por los países, la capacidad institucional utilizable en los países y la necesidad urgente de utilizar los recursos lo mejor posible. También contenía información sobre los cambios que se estaban efectuando en el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), así como la propuesta de cerrar el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y reorganizar sus funciones dentro de la institución.

120. Los centros panamericanos eran un instrumento importante de la cooperación técnica de la OPS. Su existencia se justificaba porque compensaban la poca capacidad de algunos países en materia de investigación, así como la escasez de recursos humanos calificados; además, proporcionaban un acervo importante de conocimientos y experiencia que los países de la Región podían utilizar para fortalecer su capacidad. A lo largo de los últimos 50 años, los Cuerpos Directivos de la OPS habían aprobado el establecimiento de 12 centros y el cierre de cuatro. Actualmente, había ocho centros ubicados en siete países; además, la OPS colaboraba con 204 centros colaboradores de la OMS situados en la Región.

121. En el documento se describían los asuntos comunes a todos los centros, a saber: la importancia de la cooperación técnica, la gobernanza, la relación con el país anfitrión, los problemas de recursos humanos y los recursos financieros. Tal como se había puesto de manifiesto en los informes financieros del Director y en los informes del Auditor Externo, la sostenibilidad financiera había supuesto durante mucho tiempo el mayor desafío para los centros, cuyas fuentes de ingresos eran principalmente cinco: el presupuesto ordinario de la OPS, las cuotas directas de los países, las subvenciones (fondos extrapresupuestarios), las ventas de productos y servicios, las cuotas señaladas de los países anfitriones y de las instituciones de socios legales. En el documento se daba información sobre las cantidades recibidas de dichas fuentes en 2004 y 2005.

122. Pasando al caso concreto de CEPIS, la funcionaria recordó que a partir de los resultados de la última evaluación de este centro, realizada en 2002, se había concluido que constituía una fuente valiosa de cooperación técnica que debía conservarse, pero que sus funciones actuales debían modificarse para hacerlo más dinámico y permitir que trabaje más mediante redes de instituciones con miras a lograr un efecto multiplicador en la cooperación técnica que presta. Conforme a la evaluación realizada y en función de la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, actualmente se estaba reestructurando el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental para que el CEPIS funcionara de forma descentralizada y se ocupara de la cooperación técnica regional relacionada con el agua potable, los servicios de alcantarillado y el manejo adecuado de basura y residuos sólidos. La gestión de esas líneas programáticas del CEPIS facilitaría la concentración de recursos humanos y económicos para impulsar la eficiencia y la eficacia de la cooperación técnica de la OPS en esas esferas, y el CEPIS conservaría su identidad como centro panamericano.

123. En cuanto al CLAP, con miras a optimizar los recursos asequibles, actualmente el Área de Salud Familiar y Comunitaria estaba en el proceso de reestructurarse para descentralizar a la sede del CLAP la cooperación técnica regional encaminada a impulsar la capacidad para mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica nacionales y reducir los riesgos relacionados con la reproducción, así como la mortalidad perinatal y materna. La gestión de esas líneas programáticas del CLAP facilitaría la concentración de recursos humanos y económicos para impulsar la eficiencia y la eficacia de la cooperación técnica de la OPS en esas esferas, y el CLAP conservaría su identidad como centro panamericano.

124. En cuanto al INPPAZ, la oradora señaló que era el único centro de la OPS o de la OMS especializado en la inocuidad de los alimentos. También actuaba como Secretaría ex officio de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA), un órgano asesor de la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), creado en 2000. Sin embargo, desde el principio, INPPAZ había tenido un presupuesto de operaciones pequeño, que desde 2001 se había venido reduciendo. Desde su establecimiento, había tenido dificultades para obtener oportunamente los fondos del país anfitrión necesarios para financiar sus gastos de operación. Habida cuenta de la necesidad apremiante de utilizar de la mejor manera posible los recursos humanos, institucionales y económicos existentes en la Región, se propuso que el Comité Ejecutivo considerara el siguiente procedimiento para el futuro de las actividades de la OPS en materia de inocuidad de los alimentos: suprimir el INPPAZ como centro panamericano; crear una red de centros nacionales asociados, coordinada por la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS, para apoyar la ejecución del plan de acción de cooperación técnica en inocuidad de alimentos de la OPS/OMS, 2006-2007; fusionar el equipo destinado a la cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos con el equipo que trabaja en el campo de las zoonosis y la fiebre aftosa, aprovechando la infraestructura de PANAFITOSA que existe actualmente en Rio de Janeiro; y movilizar recursos adicionales para fortalecer la cooperación técnica en las diferentes subregiones.

125. Para concluir, la Dra. Etienne señaló que la Oficina tenía pensado presentar propuestas sobre otros centros panamericanos al Comité en su 138.^a sesión, que habría de celebrarse en junio de 2006, incluidos dos centros situados en el Caribe: el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

126. El Sr. John Junor (Jamaica, Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó de que el Subcomité había expresado su agradecimiento a la Directora y a la Oficina por su empeño en mantener funcionando los centros panamericanos en un entorno muy diferente del que existía cuando se fundaron. Sin embargo, en vista de los adelantos en materia de comunicaciones y tecnología, los Miembros habían considerado que había llegado el momento de examinar de manera individual qué centros aún tenían una función útil por desempeñar, sobre la base de un análisis franco y abierto desde un punto de vista financiero y programático. Los delegados habían considerado que el criterio fundamental para que un centro regional o subregional siguiera existiendo consistía en determinar si proporcionaba algo que las instituciones nacionales no podían suministrar de forma individual. Por otra parte, se había señalado que, al menos en la subregión del Caribe, los centros panamericanos eran considerados instrumentos fundamentales de la cooperación técnica entre países; eran vitales para el desarrollo sanitario de la subregión, ya que su función consistía en complementar y apoyar las actividades nacionales, así como producir economías de escala.

127. El Subcomité había recalcado que los centros panamericanos no debían realizar las mismas actividades de los programas regionales de la OPS, lo que menguaba los recursos de por sí escasos. Uno de los principales motivos de preocupación había sido que los fondos de la OPS se utilizaban para apoyar el trabajo realizado en PANAFTOSA, cuya actividad principal no estaba relacionada con la salud humana. Se había sugerido que la Organización analizara de nuevo la posibilidad de que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) u otras organizaciones agropecuarias financiaran una parte del trabajo de PANAFTOSA.

128. Después de observar que en el documento preparado para el SPP se hacía referencia a una lista de criterios para evaluar los centros panamericanos, el Subcomité había preguntado si entre los criterios se encontraba la "pertinencia para la situación sanitaria de la Región" y había pedido que se incluyera la lista completa de los criterios en el documento que habría de presentarse al Comité Ejecutivo, en su 136.^a sesión, para orientar el debate al respecto.

129. El Sr. Junor, hablando como Delegado de Jamaica, informó de que el Grupo de Ministros del Caribe recientemente había examinado una evaluación de cuatro centros del Caribe, incluidos CAREC y CFNI. Habían concluido que los centros de la OPS desempeñaban una función muy útil, y que era necesario examinar tres cuestiones: 1) los mandatos centrales de los centros panamericanos, con miras a velar por que coincidan con las necesidades de la Comunidad del Caribe (CARICOM); 2) mecanismos de

financiamiento que dependerían menos de las cuotas de los países miembros; y 3) los mecanismos de gobernanza. Con relación este último punto, los ministros habían opinado que ambos centros debían seguir afiliados a la OPS dado que actualmente no existía la capacidad dentro de CARICOM para asumir la responsabilidad exclusiva de su operación. Después de señalar que el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) dependía de la pericia del CEPIS, preguntó de qué manera la reorganización de dicho centro influiría en la relación con el CEHI.

130. El Presidente propuso que el asunto de los centros panamericanos se examinara en tres partes. La primera consistía en solicitar cualquier aclaración que fuera necesaria acerca de las medidas adoptadas por la Oficina con respecto al CEPIS y al CLAP, para lo cual no se requería una decisión del Comité Ejecutivo; la segunda parte sí precisaba una decisión, a saber: determinar si se aprobaba o rechazaba la recomendación de la Oficina de suprimir el INPPAZ; y la tercera consistía en decidir qué hacer con el personal y las instalaciones actuales del INPPAZ, en caso de que se tomara la decisión de cerrarlo.

131. Muchos delegados, así como el observador de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), agradecieron el trabajo realizado por el CEPIS y el CLAP y expresaron su deseo de que se perfeccionaran como resultado de la descentralización descrita por la Oficina en el documento. Los delegados señalaron que algunas funciones de los centros, por ejemplo, las relacionadas con el agua potable y el saneamiento, actualmente se suministraban en los países, ya fuera por los gobiernos o entidades privadas, públicas o una combinación de ambas. Por lo tanto, quizá también era necesario que el funcionamiento de los centros panamericanos cambiara. Los delegados recalcaron que la preocupación principal tenía que centrarse en elegir la mejor opción para la salud de los pueblos de la Región, pero antes que nada estaba proteger los logros de salud obtenidos. Se necesitaba hacer frente a desafíos nuevos, pero no a costa de perder lo que ya se había logrado. También se señaló que había posibilidades para interrelacionar más el trabajo de los centros panamericanos y el de los centros colaboradores de la OMS, logrando de este modo sinergias operativas.

132. La Dra. Etienne recordó que en tanto que los Cuerpos Directivos habían recomendado a la OPS que los programas regionales no se repitieran, el CEPIS y el CLAP habían estado repitiendo algunas de las funciones que se llevaban a cabo en la sede de la OPS. Sin embargo, de ninguna manera la OPS estaba proponiendo que se suprimieran estos centros; más bien, lo que la Oficina estaba haciendo era ubicar las funciones de orientación para ciertos servicios sanitarios en un solo lugar en vez de dos. Esta medida mejoraría la eficiencia y la eficacia en función de los costos y al mismo tiempo permitiría eliminar algunos puestos que anteriormente se habían repetido. Aunque las unidades estaban descentralizándose a los centros, mantendrían su relación institucional con el área técnica a la cual pertenecían y, de hecho, era probable que esa relación se volviera más fuerte. La meta principal consistía en maximizar la repercusión favorable de la cooperación técnica prestada por la OPS y sus centros a los países de la Región. Se habían revisado los enunciados sobre las funciones de los centros, se había terminado el proceso

de realineación y calculado que la descentralización del CEPIS y el CLAP representaría ahorros en el presupuesto del orden de \$1,5 millones. En respuesta a la inquietud planteada por el delegado de Jamaica, la funcionaria manifestó su confianza en que el apoyo proporcionado por el CEPIS al CEHI no disminuiría.

133. La Directora sugirió que en un entorno de reducción de recursos se había alentado la búsqueda de otras fuentes de ingresos por parte de algunos centros panamericanos, lo que probablemente había ido más allá de su mandato principal, que empezaba a ser impulsado por limitaciones financieras, más que por prioridades de salud pública. Lo que ahora se estaba haciendo era concentrar el mandato de los centros en algunas esferas concretas fundamentales para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio, como el agua y el saneamiento, o la salud materna y reproductiva.

134. El debate se centró después en el futuro del INPPAZ. Algunos delegados estuvieron a favor de que el centro se suprimiera, mientras que otros consideraron que no podrían aprobar tal decisión sino hasta que hubieran comprendido las ideas de la Oficina respecto del futuro manejo de la inocuidad de los alimentos en la Región. Los delegados preguntaron si se había llevado a cabo el estudio completo sobre las consecuencias de cerrar un centro panamericano, según se estipulaba en la resolución CSP20.R31.

135. Varios Miembros manifestaron la opinión de que aun cuando las dificultades económicas del INPPAZ constituían un factor que debía tenerse en cuenta, el criterio fundamental para decidir respecto del cierre de un centro panamericano no debía ser económico, sino tener como fundamento un examen que permitiera determinar, en primer lugar, si sus funciones aún eran importantes para satisfacer las necesidades sanitarias en la Región y, en segundo lugar, si un centro nacional podía desempeñar las mismas funciones. También se señaló que si el segundo caso se presentaba, significaría que la capacidad nacional había aumentado durante los años en que el centro había estado funcionando, lo cual era motivo de satisfacción, no de arrepentimiento.

136. Uno de los Miembros expresó preocupación en cuanto a la posibilidad de que la importancia destacada de la inocuidad de los alimentos se perdiera si se eliminaba al INPPAZ como su promotor. El INPPAZ también había facilitado la colaboración científica internacional en la Región. Como un medio para conservar esas dos importantes funciones, preguntó si se podía establecer una oficina del INPPAZ en el seno de PANAFTOSA. Se propuso que algunas de las funciones relacionadas con la inocuidad de los alimentos de INPPAZ, al menos en el caso de Centroamérica, podían transferirse al INCAP.

137. Con respecto a PANAFTOSA, después de reconocer que su trabajo había sido excelente y muy necesario, el delegado de Canadá cuestionó una vez más si la OPS debía ser la única fuente de financiamiento, y propuso que se considerara la posibilidad de solicitar a otros órganos, como la FAO, que sufragaran parte de los costos.

138. El Delegado de Argentina dijo que a pesar de los adelantos en las capacidades nacionales, los cuales habían mejorado mucho la situación, los desafíos nuevos en materia de inocuidad de los alimentos hacían necesaria la existencia permanente de un centro regional como el INPPAZ. Como alternativa a reubicar la función a PANAFTOSA, el Gobierno de Argentina propuso que la OPS mantuviera una unidad especializada en inocuidad de los alimentos en Argentina. Dicha unidad podría ubicarse en el Instituto Nacional de Alimentos, en el Ministerio de Salud y Ambiente, y el personal podría estar integrado por expertos internacionales pagados por la OPS que ya formarían parte del personal del INPPAZ; el ministerio proporcionaría los locales y todo el apoyo administrativo. La unidad funcionaría como un proyecto multilateral y multisectorial para fortalecer los sistemas de inocuidad de los alimentos en toda la Región.

139. Varias delegaciones solicitaron que se elaborara un documento detallado en el que se aclararan los recursos humanos y aspectos económicos de las diversas opciones para el futuro del INPPAZ, incluida la recién propuesta por Argentina.² Uno de los delegados manifestó que la cuestión fundamental residía en que la OPS adoptara una decisión operativa en cuanto a que la prestación de cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos ya no se llevaría a cabo por intermedio del INPPAZ. La Oficina buscaba simplemente que el Comité emitiera un mandato para que se llevara a cabo dicha decisión. Aunque era correcto que el Comité se preocupara en términos generales por que el personal del INPPAZ recibiera un trato justo y se dispusiera debidamente de las instalaciones, no le correspondía decidir respecto de ese tipo de detalles operativos, ya que su función consistía en proporcionar orientación sobre las normas, estrategias y prioridades.

140. El Presidente dijo que el Comité tenía ante sí dos cuestiones fundamentales: primero, la condición jurídica del INPPAZ como centro panamericano y, segundo, cómo proceder respecto de las funciones, el personal, las instalaciones y los servicios del INPPAZ en caso de su cierre. Invitó al Comité a que solo considerara la cuestión de si debía autorizar a la Oficina que siguiera adelante con el cierre del INPPAZ como centro panamericano. Posteriormente, los Cuerpos Directivos podrían considerar alguna propuesta referente a la segunda cuestión.

141. La Dra. Etienne confirmó que la OPS había llevado a cabo el estudio exigido sobre las competencias, los recursos y el programa de cooperación técnica del INPPAZ. Dicho estudio había servido de base para tomar la decisión de recomendar el procedimiento descrito en el documento CE136/12. Aclaró que la OPS no estaba suspendiendo o deteniendo las funciones del INPPAZ, sino más bien formulando recomendaciones sobre la manera de proseguir y mejorar el programa de inocuidad de los alimentos. La propuesta

² En ocasión de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo, se preparó y distribuyó un documento en el cual se explica la justificación de la supresión del INPPAZ (documento CE136/INF/8, Add. I, Rev. 1). En dicho documento se indicaba que la Oficina Sanitaria Panamericana apoyaría la iniciativa del Gobierno de Argentina para establecer un centro de excelencia nacional en materia de inocuidad de los alimentos, con la participación y el apoyo internacional, dentro del actual Instituto Nacional de Alimentos.

consistía sencillamente en trasladar el equipo, el cual seguiría existiendo y llevando a cabo su labor, a otro lugar.

142. La Directora observó que al parecer había cierta confusión sobre el trabajo de la OPS en el campo de la inocuidad de los alimentos. No todos los recursos de la Organización destinados a la inocuidad de los alimentos estaban en el INPPAZ. Había puestos relacionados con ese campo tanto en el nivel de país como en el subregional, y la Organización colaboraba con muchos organismos dedicados a la inocuidad de los alimentos, no solo con el INPPAZ. La propuesta de la Oficina no era que cesara el programa de inocuidad de los alimentos, sino que se llevara a cabo una formulación nueva que implicara ubicar un equipo o núcleo multidisciplinario en alguna oficina de los locales ocupados por PANAFTOSA. Así pues, la propuesta no consistía en ampliar la función de PANAFTOSA o en atribuirle responsabilidad por la inocuidad de los alimentos, sino en ubicar esta función en el mismo lugar. De este modo, el equipo dedicado a la inocuidad de los alimentos podría utilizar los sistemas estadísticos, epidemiológicos, de información y comunicación que ya estaban implantados en PANAFTOSA.

143. La inocuidad de los alimentos seguiría siendo una prioridad para la OPS. El proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2006-2007 contenía un área de trabajo titulada Inocuidad de los alimentos, cuya asignación presupuestaria ascendía a \$6,8 millones para la ejecución del Plan de acción regional para la cooperación técnica en inocuidad de los alimentos, 2006-2007, el cual trazaba el camino que la Organización tenía por delante en materia de inocuidad de los alimentos y había sido respaldado por los Estados Miembros en las reuniones de COPAIA y RIMSA celebradas en abril de 2005.

144. Durante un año, la OPS había negociado con Argentina cómo definir de nuevo la cooperación en el campo de la inocuidad de los alimentos sin la existencia del INPPAZ como centro panamericano. El INPPAZ tenía un déficit acumulado de \$2.000.000 que estaba aumentando día con día, y no era correcto cubrirlo con recursos de la Organización. Todas las actas legales requeridas estaban incluidas en el convenio bilateral original mediante el cual se había establecido el INPPAZ, pero la Oficina necesitaba la aprobación de los Cuerpos Directivos para proceder a suprimirlo como centro panamericano.

145. En cuanto a la segunda cuestión señalada por el Presidente, el Comité gozaba, desde luego, de plena libertad para adoptar decisiones sobre los pormenores de cómo se llevaban a cabo las actividades de la Organización en materia de inocuidad de los alimentos; sin embargo, tradicionalmente no había sido una de sus funciones. Normalmente, los Cuerpos Directivos le daban a la Oficina objetivos y mandatos generales, y asignaban el presupuesto para que estos se cumplieran, pero la dejaban decidir cómo ejecutar el programa aprobado. Los Cuerpos Directivos nunca habían tenido la función de dictar en qué lugar o conforme a qué arreglos institucionales se llevaba a cabo un programa en particular.

146. Después de considerar las garantías de protección de la función de la inocuidad de los alimentos en la Región dadas por la Directora, y de examinar el documento CE136/INF/8, Add. I, Rev. 1 sobre el fundamento para cerrar el INPPAZ, el Comité adoptó la resolución CE136.R8, por la cual tomaba nota de los nuevos arreglos referentes al CEPIS y al CLAP, y solicitaba a la Directora que suprimiera el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). El Comité también le pidió a la Directora que rindiera un informe al 46.º Consejo Directivo sobre la planificación para reorganizar y simplificar las actividades de cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos durante el próximo bienio.

Informe sobre la 14.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (documento CE136/13)

147. El Dr. Albino Belotto (Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria, OPS) informó sobre la 14.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, y señaló que el informe final de la reunión (documento CE136/13) contenía una reseña completa de las actas, así como los resúmenes de los informes y las recomendaciones de dos reuniones especializadas celebradas inmediatamente antes de la apertura de la 14.ª RIMSA, a saber, la 10.ª Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA) y la 4.ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA).

148. En la 14.ª RIMSA, celebrada en México, D.F., el 21 y 22 de abril de 2005, habían participado 330 personas, con lo cual había pasado a ser la reunión más grande en su tipo. En particular, el sector privado había tenido una participación sin precedentes. Se había contado con la asistencia de 22 ministros de salud, agricultura y ganadería de los países de la Región, y también habían estado presentes participantes de otras regiones; era la primera vez que un Director Regional de otra Región de la OMS, la del Pacífico Occidental, asistía a esta reunión. El Presidente de México, el Sr. Vicente Fox, se había dirigido a la asamblea.

149. El tema general de la 14.ª RIMSA había sido la promoción de la sinergia entre los sectores sanitario y agropecuario y el uso óptimo de los recursos para atender a los pueblos de las Américas y acelerar el proceso de desarrollo, sobre todo el local. El Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud de México, había hablado durante la primera sesión, centrándose en los 25 años transcurridos desde la Declaración de Alma-Ata y la aparición de la estrategia de atención primaria de salud. Había recalcado que era necesaria la colaboración intersectorial para alcanzar los objetivos de la estrategia. El Dr. Shigeru Omi (Director de la Región del Pacífico Occidental, OMS) había descrito la experiencia reciente de los países asiáticos con brotes de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) e influenza aviar, y también había hecho hincapié en que era necesario que los sectores sanitario y agropecuario colaboraran para establecer los mecanismos de prevención y detección temprana de dichas enfermedades. Durante las cuatro sesiones plenarias y los tres debates

de tipo panel, muchos otros ponentes también habían subrayado la necesidad de la colaboración entre estos dos sectores, así como sus ventajas.

150. En la 14.^a RIMSA se habían adoptado ocho resoluciones y una recomendación, las cuales figuraban en el informe final de la reunión. Los miembros habían respaldado, entre otras cosas, un plan de acción para la erradicación de la fiebre aftosa y otro para el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAF-TOSA) durante el período 2006-2007; un plan de acción en materia de inocuidad de los alimentos; y una recomendación en la que se pedía la preparación de un plan de acción para la eliminación de la rabia humana.

151. El Dr. Belotto concluyó su intervención haciendo varias reflexiones generales sobre RIMSA. A su juicio, desde un punto de vista técnico las reuniones habían fomentado con mucho éxito el mayor diálogo y coordinación entre los sectores sanitario y agropecuario, no solo a escala regional, sino también en la de país, lo cual era más importante aún. También habían generado varias iniciativas que habían producido resultados muy favorables. Un ejemplo notable era el trabajo en materia de inocuidad de los alimentos realizado en la Región. La Región de las Américas era la única que contaba con un foro como el de RIMSA, por lo tanto, servía como ejemplo de colaboración intersectorial eficaz para el resto del mundo, ejemplo muy admirable a juzgar por las observaciones de los participantes provenientes de Europa, Asia y África formuladas durante la reunión.

152. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que RIMSA era un foro excelente para promover la coordinación entre los sectores sanitario y agropecuario, así como un modelo para establecer las relaciones con otros sectores. Los Miembros subrayaron que era crucial que dicha colaboración intersectorial tuviera lugar, así como la planificación conjunta para abordar la amenaza de la influenza aviar y tratar los posibles brotes. Asimismo, recalcó la importancia de la sinergia entre los sectores sanitario y agropecuario en las cuestiones relativas a la inocuidad de los alimentos.

153. El Delegado de Argentina, en calidad de Presidente de la 4.^a Reunión de COPAIA, puso de relieve varios puntos que habían sido recalcados por los participantes tanto de la RIMSA como de la reunión de COPAIA en relación con la inocuidad de los alimentos, en particular, su importancia fundamental para la industria de la producción de alimentos y el sector del turismo, que eran fuentes principales de ingresos para muchos países de la Región. Los participantes también habían subrayado que era necesario disponer de recursos suficientes, no solo para que se efectuaran las intervenciones necesarias a todo lo largo de la cadena de producción de alimentos, sino también para proporcionar adiestramiento a las personas que intervenían en su producción y manipulación. También se había destacado la necesidad de formular normas y prácticas armonizadas en materia de inocuidad de los alimentos en los países. Además, los participantes habían opinado que el público debía desempeñar una función mayor en todos los aspectos relacionados con la inocuidad de los alimentos y que los consumidores no solo debían participar en la parte final de la producción.

154. La Delegada de los Estados Unidos coincidió en que RIMSA representaba un punto de reunión útil para analizar la intersección entre la salud, la agricultura y la ganadería, y expresó su agradecimiento a México por haber servido de país anfitrión y por la hospitalidad con la que se había recibido a los participantes. Sin embargo, en opinión de la delegación de su país, el hecho de que la reunión se hubiera celebrado fuera de la sede de la OPS había generado varios problemas logísticos, sobre todo en relación con la traducción y distribución de los documentos. Asimismo, a su delegación le había decepcionado que no se hubiera asignado tiempo suficiente al debate general de las ponencias de tipo panel ni al examen de los proyectos de resolución por parte de los delegados; que se hubiera abusado de las resoluciones como medio para rendir informes sobre las deliberaciones mantenidas durante la reunión, y que se hubieran incorporado temas que no estaban en el programa y para los cuales los participantes habían recibido pocos documentos de antecedentes o ninguno. Los Estados Unidos habían considerado que en el futuro, la RIMSA debía dividirse en dos partes: la primera consistiría en una reunión de tipo empresarial, en la que se abordarían los asuntos que requirieran que los Estados Miembros adoptaran medidas; y la segunda sería un debate en el que se presentarían las ponencias de tipo panel y el análisis de dos o tres temas de interés general. Solo se producirían resoluciones a partir de los puntos tratados en la reunión empresarial, y solo en el caso de que estuvieran justificadas. El contenido y las conclusiones de los debates de tipo panel debían resumirse en el informe de la reunión, no en una resolución, ya que esta indicaría indebidamente un mandato a la Organización.

155. Por último, el hecho de que la RIMSA hubiera aprobado la recomendación sobre el Reglamento Sanitario Internacional había dejado consternada a la Delegación de Estados Unidos, por lo cual se había desligado formalmente de ella. Esa medida había sido inadecuada y había tenido un efecto perturbador en las negociaciones del Reglamento, sobre todo porque la recomendación en cuestión se refería a texto cuyo contenido ya había sido analizado y acordado por los Estados Miembros de la OMS. La delegada le pidió a la Oficina que proporcionara al Comité Ejecutivo una opinión jurídica en cuanto al estado de la recomendación y una explicación sobre el motivo por el cual no había prestado a los participantes de RIMSA asesoramiento adecuado sobre la legalidad del instrumento.

156. La Delegada de Canadá dijo que su delegación respaldaba firmemente el tercer párrafo operativo de la resolución RIMSA14.R4, por la cual se instaba a las organizaciones internacionales responsables de la salud animal y humana a que velaran por la coordinación de sus mandatos y la mancomunación de los recursos. Después de señalar que Canadá había expresado preocupación en varias ocasiones respecto del financiamiento que la OPS destinaba a PANAFTOSA, cuya ocupación principal no era la salud humana, preguntó en qué medida la Oficina estaba explorando activamente la posibilidad de compartir los costos que suponían las actividades de ese centro panamericano con organizaciones más centradas en la salud animal, como la Organización Mundial de Sanidad Animal (anteriormente la Oficina Internacional de Epizootias, OIE), el Instituto

Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

157. El representante del IICA recalcó la voluntad de su organización para seguir fortaleciendo los nexos institucionales y la coordinación con la OPS en la búsqueda de objetivos comunes. Agregó que el IICA había recibido con beneplácito que la 14.^a RIMSA se hubiera concentrado en la salud y el desarrollo rural, y observó que la incapacidad del sistema de producción agropecuaria para producir alimentos inocuos y saludables perpetuaba la pobreza y la mala salud en un círculo vicioso que tenía que romperse. Al referirse al análisis previo del informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, dijo que el IICA consideraba a las mujeres en el medio rural como una de las fuerzas estratégicas clave para fomentar el desarrollo rural.

158. En respuesta a las preguntas sobre PANAFTOSA, el Dr. Belotto señaló que un tercio de los costos de operación a cargo del centro eran cubiertos por el Gobierno de Brasil, el país anfitrión, mediante el Ministerio de Agricultura. Además, con el transcurso de los años, se había tendido a desplazar más la responsabilidad financiera al sector privado —el principal beneficiario de las actividades de PANAFTOSA—, con la subsiguiente disminución de la proporción del financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS. Se preveía que esa tendencia continuaría; por ejemplo, el sector privado financiaría casi por completo el plan para la erradicación de la fiebre aftosa respaldado por la 14.^a RIMSA. Recalcó que, aun cuando la preocupación principal del centro había sido la fiebre aftosa, su trabajo a lo largo de los años había dado lugar a numerosos beneficios para la salud humana, en particular, al establecimiento de métodos para la vigilancia epidemiológica, adiestramiento y coordinación más estrecha entre las comunidades de veterinaria y salud pública. Tal como había señalado el Comité, esa coordinación era fundamental para abordar las amenazas zoonóticas nuevas y emergentes para la salud pública. Más aún, por recomendación de un cuadro de especialistas convocado por el ex Director de la OPS, el Dr. George Alleyne, PANAFTOSA había ampliado su gama de actividades y actualmente se centraba más en las zoonosis de importancia para la salud pública.

159. En lo concerniente a la colaboración con otras organizaciones, la OPS tenía acuerdos de cooperación o asociaciones estratégicas con casi todas las organizaciones agropecuarias que trabajaban en la Región. Por ejemplo, con la FAO, la Organización actuaba como la secretaria técnica de la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos. Y, tal como había señalado el representante del IICA, ambas organizaciones realizaban actividades conjuntas en varias esferas, entre ellas, el adiestramiento, el análisis de riesgos y la inocuidad de los alimentos. Aun así, la OPS reconocía que había cabida para mejorar más la coordinación interinstitucional, sobre todo en cuanto al financiamiento y la compartición de costos.

160. Al responder a las observaciones de la delegada de los Estados Unidos, reconoció que la celebración de las reuniones fuera de la sede de la OPS a veces generaba problemas

logísticos, pero también tenía muchas ventajas. Por ejemplo, las reuniones que se celebraban en otras partes de la Región solían atraer a una gama más amplia de participantes y a un número mayor de ellos. En cuanto a los problemas relacionados con la asequibilidad de los documentos, explicó que algunos conferenciantes no habían presentado sus documentos, o bien, lo habían hecho con mucho retraso, lo cual había dificultado o imposibilitado a la Oficina entregar las traducciones correspondientes o distribuir los documentos con antelación. En lo que concierne a las sugerencias sobre el formato de la reunión, la Oficina estaba consciente de que se necesitaba hacer cambios y estaba estudiando varias opciones. En opinión del orador, la idea de dividir la reunión en dos partes tenía grandes ventajas. Podría ser un medio para que la parte correspondiente a los debates de tipo panel sea menos formal y para que se conceda más tiempo al debate e intercambio entre todos los participantes.

161. La Directora observó que la RIMSA había evolucionado en dos direcciones distintas. Por un lado, progresivamente se había convertido en un foro para el diálogo entre una gama amplia de interesados directos en los sectores sanitario y agropecuario, y por el otro, dentro de la OPS se le consideraba y trataba cada vez más como un cuerpo directivo. Sin embargo, no era un cuerpo directivo y nunca se había concebido como tal. En consecuencia, la Oficina tenía una capacidad limitada para imponer plazos a la presentación de documentos (sobre todo porque los autores de muchos de los documentos eran ministros de salud, agricultura o ganadería, no funcionarios de la OPS) o vigilar lo que sucedía durante las reuniones. En el caso de la recomendación sobre el Reglamento Sanitario Internacional, estuvo de acuerdo en que se había abordado de forma inoportuna e inadecuada; dijo además que, a petición de ella, el Director General de la OIE había presentado una disculpa por escrito a la OMS y a la OPS por haber planteado el asunto fuera del proceso de negociación formal del Reglamento.

162. Como había mencionado el Dr. Belotto, la Oficina estaba explorando la manera de que la RIMSA fuera más abierta y participativa y de que hubiera una separación entre los debates técnicos y la parte ministerial, que también en su opinión era la única que debía conducir a recomendaciones y resoluciones para la posterior consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS. La Directora recibiría con beneplácito otras observaciones de los Miembros sobre la mejor manera de llevar a cabo lo anterior.

163. Después de expresar su acuerdo con las observaciones del Dr. Belotto sobre el trabajo de PANAFTOSA, la funcionaria recalcó que el esfuerzo para erradicar la fiebre aftosa, además de los beneficios económicos que aportó a muchos países de la Región, había sido un estímulo para establecer sistemas de vigilancia, refinar la vigilancia y las técnicas de laboratorio, entre otros muchos beneficios de salud pública. Más aún, había preparado las condiciones y servido para movilizar los recursos necesarios para realizar actividades encaminadas a abordar otras enfermedades zoonóticas, como la brucelosis y la tuberculosis bovina.

164. Al responder a las observaciones sobre la planificación para hacer frente a un posible brote de influenza aviar, la Subdirectora informó de que la OPS había celebrado una reunión interprogramática con funcionarios de la OMS sobre el tema en abril de 2005. Como resultado de dicha reunión, la Oficina estaba preparando un plan de contingencia para velar por sus propios preparativos y los de los Estados Miembros en el caso de que se presentara un brote. Se esperaba que el borrador del plan estuviera listo en julio. La Directora agregó que la Oficina tenía previsto ofrecer una sesión de información técnica sobre la influenza aviar durante el 46.º Consejo Directivo y que el proyecto de plan se presentaría al Comité Ejecutivo, en su 137.ª sesión, la cual se celebraría inmediatamente después de la presente sesión.

165. La Sra. Jiménez (Gerente del Área de Asuntos Jurídicos, OPS) respondió a la solicitud de que se diera una opinión jurídica sobre el estado de la recomendación de la RIMSA respecto del Reglamento Sanitario Internacional. Explicó que una recomendación procedente de un cuerpo que no fueran los Cuerpo Directivos de la OPS era tan solo eso, una recomendación, y no tenía ningún carácter obligatorio. El Comité Ejecutivo tenía la libertad de considerar y adoptar la decisión que deseara respecto de tal recomendación.

166. El Comité Ejecutivo no adoptó ninguna medida al respecto.

Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE136/14)

167. La Directora presentó este punto. Comenzó por señalar que en la Organización se estaban llevando a cabo dos procesos paralelos para dar lugar al cambio: uno de ellos estaba bajo la dirección de los países ("la OPS en el siglo XXI") y se realizaría a largo plazo, y el otro era el cambio institucional de la Oficina, cuyo objeto era habilitar a la Oficina para que ejecutara el Plan estratégico para el período 2003-2007 y respondiera a las expectativas de los Estados Miembros. Ambos procesos estaban vinculados por el hecho de que el proceso de cambio institucional también tenía como objeto preparar a la Oficina para que respondiera a las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, previstas para septiembre.

168. El proceso del cambio institucional de la Oficina comprendía tres componentes interrelacionados: las acciones de desarrollo, las iniciativas de transformación y la creación de redes internas. Las acciones de desarrollo estaban encaminadas a fortalecer la capacidad institucional; mejorar las capacidades de gestión; simplificar y modernizar los procesos y procedimientos; y, en general, aumentar la eficacia de la OPS en el entorno en transformación de la salud pública. La Oficina había empleado distintos mecanismos para determinar los cambios institucionales necesarios, entre ellos, el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI; el diálogo con los Cuerpos Directivos; la interacción con la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas; y los grupos de trabajo internos, las reuniones de consulta y las encuestas. Se habían logrado adelantos considerables en varias esferas clave, en particular, en la cooperación técnica centrada en los países; la

colaboración exterior y las asociaciones; la eficiencia y la maximización de los recursos; la transparencia y la gobernanza; y las normas y procedimientos. En el documento CE136/14 se resumían las actividades emprendidas en cada una de esas esferas.

169. En cuanto a las iniciativas de transformación, la Oficina había elaborado la Hoja de ruta para la transformación institucional para el período 2005-2007, la cual constaba de 11 iniciativas esenciales para cumplir los objetivos deseados y para lograr una verdadera participación del personal en la transformación. Dicha participación era fundamental para fomentar que el personal se identifique con el proceso del cambio. Las 11 iniciativas estaban concebidas para mejorar la labor de la Oficina y permitirle responder mejor a las necesidades de los Estados Miembros. Algunas de ellas abordaban cuestiones y peticiones concretas, como las recomendaciones del Auditor Externo; otras se referían a esferas en las que era necesario fortalecer el trabajo de la Organización, por ejemplo, la comunicación interna y externa. Ocho de las iniciativas de transformación requerirían la movilización de recursos extrapresupuestarios, particularmente la iniciativa de comunicación externa, para la cual se requerían estudios de comercialización y otras actividades que estaban fuera del alcance de la capacidad de la Oficina. Sin embargo, en otras se utilizarían recursos ya programados dentro de las actividades habituales de la Oficina.

170. Las redes de expertos integraban el tercer componente del proceso de transformación, y se consideraban mecanismos clave para fomentar la participación real de todos los integrantes de la Organización en el proceso de cambio, incluidos los Estados Miembros, el personal y los socios. No solo incluían las redes internas de funcionarios de la OPS de diversos niveles, sino también redes en las que la Organización participaba, como las reuniones interministeriales de los ministros de salud de la Región; el Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres, encargado del seguimiento de los mandatos de las Cumbres de las Américas; y los grupos de Directores Regionales de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas.

171. Desde el punto de vista de la Oficina, mediante la interacción armoniosa de los tres componentes sería posible producir un cambio institucional significativo a corto plazo y utilizando los propios recursos de la Organización. A diferencia de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, la OPS no había contado con recursos adicionales para llevar a cabo su transformación. Había dependido de sus propios ahorros y del esfuerzo del personal, el cual se había comprometido a desempeñar las actividades que suponían las iniciativas de transformación además de sus funciones normales.

172. El Comité Ejecutivo aplaudió el empeño de la Oficina por mejorar su eficacia, eficiencia, rendición de cuentas y transparencia, y expresó su apoyo a los cinco objetivos institucionales para el cambio señalados en el documento CE136/14. Los Miembros recibieron con beneplácito las modificaciones realizadas al documento desde que este se había presentado al SPP, sin embargo, también expresaron decepción porque aún no contenía muchos pormenores relativos a la Hoja de ruta para la transformación institucional. Se esperaba que un documento sobre la Hoja de ruta se pusiera a la

disposición de los Estados Miembros para que estos lo examinaran antes de que se celebrara el Consejo Directivo. Los delegados recalcaron que en el documento mencionado se debería indicar la propuesta de la Oficina para medir si los objetivos de las diversas iniciativas se habían alcanzado, así como los puntos de comparación para evaluar el avance.

173. Los Miembros también opinaron que era necesario que se indicaran con mayor claridad los vínculos entre el proceso del cambio institucional y el Plan estratégico de la Oficina para el período 2003-2007, ya que una de las finalidades principales del cambio en marcha era dotar a la Oficina de las características institucionales necesarias para llevarlo a cabo. En dicho plan se señalaban los problemas y desafíos en los que los Estados Miembros deseaban que la Oficina se centrara durante el período 2003-2007, pero era difícil percibir nexos claros entre las actividades descritas en el documento y esos problemas y desafíos. Además, en el documento no se trazaba clara y sucintamente el camino que se seguiría, ni se indicaban los resultados a los que daría lugar todo el proceso, ni la manera en que fomentarían las metas de salud pública en la Región o los intereses de los Estados Miembros. Se alentó a la Oficina a que revisara el documento antes de presentarlo al Consejo Directivo, con miras a mejorar su legibilidad y claridad. En concreto, se le pidió a la Oficina que en la próxima versión incluyera un cuadro que vinculara los objetivos del proceso del cambio institucional directamente con el Plan estratégico.

174. El Comité también destacó, nuevamente, la necesidad de vincular los diversos procesos de cambio en marcha, tanto entre sí como con el presupuesto por programas de la Organización y su planificación estratégica para el próximo período. Los Miembros sugirieron que sería útil disponer de mayor información sobre el presupuesto de la transformación institucional, incluido un desglose de los montos requeridos para cada una de las iniciativas de la Hoja de ruta.

175. La Directora le pidió a los delegados que presentaran sus observaciones y sugerencias por escrito, al objeto de ayudarla en la preparación del documento que se presentaría al Consejo Directivo en septiembre, ocasión en la que rendiría un informe sobre el progreso de mitad de período en la ejecución del Plan estratégico. En su opinión, dicho informe ayudaría a aclarar la convergencia entre el Plan y las actividades que la Oficina había emprendido en los dos últimos años. Señaló, sin embargo, que algunas de las actividades respondían a sucesos ocurridos después de la aprobación del Plan estratégico. Uno de ellos había sido la adopción, en 2003, de la Política del Presupuesto Regional por Programas, la cual había cambiado por completo el modo en que la Oficina estaba abordando la ejecución del Plan estratégico; asimismo, había cambiado radicalmente el criterio de programación y presupuestación, como se ponía de manifiesto en el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2006-2007.

176. Otro suceso había sido la investigación del Auditor Externo, que había generado todo un programa de trabajo nuevo que había tenido que incorporarse en el proceso de

cambio que ya estaba en marcha. Ese trabajo también había generado gastos imprevistos, que la Oficina había tenido que cubrir con recursos internos. Del mismo modo, las actividades del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI no habían podido financiarse con el presupuesto ordinario de la Organización, ya que no se habían proporcionado recursos especiales para cubrir los costos relacionados con la labor del Grupo. En consecuencia, gran parte del trabajo de gestión realizado por la Oficina desde 2003 había estado orientado a generar ahorros para responder a esos nuevos mandatos sin paralizar la Organización ni interrumpir su búsqueda de los objetivos importantes relacionados con la salud pública, por ejemplo, mantener la erradicación de la poliomielitis, eliminar el sarampión y velar por que todos los países de la Región cumplan los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio relacionados con la salud. Le complacía mucho poder decir que ese esfuerzo de gestión había sido fructífero en gran medida.

177. En virtud del debate sobre el presente punto, el Comité Ejecutivo adoptó la resolución CE136.R3, que, según se observaba en otra parte, también contenía disposiciones relativas a los informes sobre las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y del Auditor Externo, y las actividades de los Servicios de Supervisión Interna.

Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y el Plan de Acción para 2005-2010 (documento CE136/15)

178. El Dr. José Ramiro Cruz López (Asesor Regional de Servicios de Laboratorio y Sangre, OPS) presentó un informe sobre el avance en la iniciativa de seguridad de la sangre en la Región y esbozó el plan de acción para 2005-2010. Comenzó por resumir las resoluciones que habían abordado la cuestión de la sangre segura en el pasado, señalando que el documento CE136/15 se había preparado en abril de 2005, antes de que se celebrara la Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se había adoptado la resolución WHA58.13 relativa a los principios que regían la seguridad y disponibilidad de la sangre. A continuación examinó los resultados previstos del Plan de acción regional para 2000-2004 y resumió los resultados obtenidos, señalando que a pesar de las mejoras en la cobertura de las pruebas de detección de marcadores de infecciones transmitidas por transfusiones, no se había alcanzado el objetivo de tamizaje universal de la sangre donada en las Américas. Hasta 2003, la proporción de unidades sometidas a tamizaje había variado entre 99,93% para el VIH y 88,09% para *Trypanosoma cruzi*. Solo 19 países y territorios habían sometido a tamizaje todas las unidades de sangre obtenidas para detectar los marcadores requeridos.

179. Con respecto a la evaluación externa del desempeño, en el período de cuatro años, 16 de los 19 países latinoamericanos habían establecido programas nacionales de evaluación externa concebidos conforme al Programa Regional para la Evaluación Externa del Desempeño elaborado por la OPS. La proporción de bancos de sangre que participaban en dichos programas había aumentado de 24%, en 2000, a 53%, en 2003, porcentajes que

aún estaban muy lejos de la meta de 100%. En cuanto a la donación voluntaria de sangre, el suministro de sangre de donantes voluntarios que no recibían remuneración había aumentado de 15% de las unidades obtenidas en América Latina y el Caribe, en 2000, a 36%, en 2003; pero solo diez países habían alcanzado la meta de 50%.

180. En lo concerniente al riesgo de infecciones transmitidas por transfusión, en 2003 se había calculado que el riesgo de recibir una transfusión contaminada con el VIH, el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C era de 1 en 41.858, y el riesgo de infección por *T. cruzi* de 1 en 3.340, es decir, sumamente elevado. En un estudio apoyado por la OPS se había determinado que de 3.501 pacientes que habían recibido transfusiones múltiples en nueve países, 2% eran positivos al VIH, 14% al virus de la hepatitis B y 24% al de la hepatitis C. Entre los hemofílicos, la tasa de infección por el virus de la hepatitis C era de 63%.

181. Así pues, aunque se había logrado avanzar, sin duda se requería trabajar más para conseguir un suministro de sangre segura en la Región. También era necesario aumentar la asequibilidad de la sangre, que variaba de forma extraordinaria entre los países de la Región: desde 0,76 donaciones de sangre por 1.000 habitantes a 53 por 1.000 habitantes en Cuba.

182. La OPS había convocado la Primera Conferencia Panamericana sobre Sangre Segura en febrero de 2003, al objeto de evaluar los logros del pasado y planificar el camino a seguir. La Conferencia se había celebrado en la sede de la OPS y había contado con la presencia de los directores de los programas y bancos nacionales de sangre en América Latina y el Caribe, socios técnicos y personal de la OPS en los países. La Conferencia había dado lugar a la elaboración de un nuevo plan de acción para 2004-2010, cuyo objetivo era contribuir a la reducción de la mortalidad y al mejoramiento de la atención de los pacientes de América Latina y el Caribe, mediante medidas que permitan que la sangre segura destinada a las transfusiones llegue oportunamente a los pacientes que la necesitan.

183. El plan tenía cinco objetivos específicos: 1) velar por que los componentes sanguíneos se recojan y preparen en cantidades suficientes para tratar a los pacientes que necesitan transfusiones de sangre; 2) procurar que los pacientes que necesitan transfusiones de sangre tengan acceso oportuno a los componentes sanguíneos; 3) lograr el grado más elevado de seguridad de los productos sanguíneos para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y otros efectos adversos asociados con las transfusiones; 4) promover el uso clínico apropiado de la sangre; y 5) mejorar la eficiencia de los recursos nacionales. También se había formulado un conjunto de estrategias para alcanzar dichos objetivos e indicadores para vigilar el avance. Las estrategias y los indicadores se describen en el documento CE136/15.

184. El presupuesto calculado para la iniciativa regional de la sangre ascendía a \$5,74 millones para el período 2005-2010. De ese monto, la OPS ya había recibido una

subvención del gobierno de España por la cantidad de 226.000 euros y una subvención del Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) destinada a Haití de aproximadamente \$200.000 por año para el quinquenio mencionado. Se estaba negociando el financiamiento adicional por diversos donantes.

185. En el debate que siguió, los Miembros expresaron su apoyo al plan de acción, en vista de que comprendía todos los elementos necesarios para lograr un suministro de sangre sin riesgos y suficiente. También se manifestó apoyo para la adopción de una resolución mediante la cual se promoviera la ejecución del plan. El Delegado del Canadá dijo que su delegación presentaría por escrito varias observaciones y sugerencias sobre el documento y el plan de acción. En particular, su país opinaba que algunos de los indicadores propuestos debían aclararse y redactarse más concretamente para evitar interpretaciones incorrectas, y que quizá sería útil agregar otros indicadores para medir el avance en el establecimiento de sistemas nacionales de redes de sangre. El Delegado de Cuba propuso que la observancia del Día Mundial del Donante de Sangre por el 100% de los países de las Américas debía figurar como indicador. Además, sugirió que se cambiara el nombre a Día Mundial del Donante Voluntario de Sangre, para promover la donación voluntaria.

186. Varios delegados describieron los sistemas implantados en sus países para la gestión de las donaciones de sangre, así como las disposiciones legales que los regían. Algunos pusieron de relieve las esferas donde ya se cumplía con dichas disposiciones o aquellas en las que aún no se alcanzaba el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan regional y, en este último caso, describieron los planes del gobierno para abordar tales deficiencias. Se señaló que en algunos países los profesionales de la salud solían considerar la sangre como un producto de valor económico elevado, en lugar de un bien de salud pública. Dicha perspectiva era un incentivo para comprar y vender sangre y un elemento disuasivo para la donación voluntaria. Se requería el apoyo de la OPS para cambiar tales actitudes e instaurar una cultura que fomente la donación de sangre sin remuneración.

187. También se alentó a la OPS para que ayudara a los países a evaluar las necesidades con el objeto de establecer un sistema nacional de redes de sangre. También se recomendó que la Organización se centrara en prestar ayuda a los Estados Miembros para poner en funcionamiento las redes de los sistemas nacionales de sangre, dejando a los ministerios de salud los aspectos administrativos de los sistemas. Otra función útil para la OPS consistía en actuar como centro de distribución de información sobre las prácticas óptimas, intercambio de datos, información sobre la seguridad y la disponibilidad, entre otros.

188. En relación con las estadísticas de la variación de la seropositividad del VIH entre los donantes remunerados y los no remunerados presentadas por el Dr. Cruz López, el delegado de Jamaica preguntó si los datos habían sido ajustados teniendo en cuenta la prevalencia en la población. Asimismo, señaló que había obstáculos culturales para la donación voluntaria de sangre, y que en su país había un gran temor a las agujas, lo cual

dificultaba la promoción de la donación voluntaria. Otro delegado, a pesar de estar de acuerdo en que era preferible que las personas donaran sangre de forma voluntaria y altruista, dijo que en su país sí estaban permitidas las donaciones de reposición y las remuneradas, bajo un control estricto y pruebas obligatorias para detectar enfermedades infecciosas.

189. El Dr. Cruz López agradeció a los delegados sus aportaciones y propuso que uno de los cambios culturales que tenían que promoverse en la Región era la idea de que los bancos de sangre en realidad eran fábricas donde se elaboraba un suministro médico esencial, que debía estar sujeto a normas de garantía de calidad muy estrictas.

190. Parte de la función de los sistemas nacionales de sangre consistía en proporcionar una evaluación de las necesidades. Actualmente, la OPS evaluaba un instrumento para determinar las necesidades nacionales de sangre, un experimento en el que Argentina y Honduras participaban. Una vez que se conociera el número de unidades de sangre que era probable que se requirieran y, por lo tanto, el número de donantes que debían contratarse, el siguiente paso consistiría en determinar las poblaciones de bajo riesgo de las cuales era preferible extraer los donantes; la OPS estaba prestando ayuda en el análisis y la determinación de tales poblaciones. Como había señalado el delegado de Jamaica, sin duda era verdad que había muchos mitos y temores en torno a la donación de sangre, pero era necesario realizar esfuerzos para demostrar su falsedad y cambiar la cultura de donación de reposición por la de donación voluntaria. Antes que nada, era fundamental inculcar en los donantes el sentimiento de que estaban contribuyendo de forma importante a la salud de los demás.

191. Al responder a la pregunta sobre el cálculo de la seropositividad para los diversos marcadores, el orador explicó que los países enviaban a la OPS un formulario en el que figuraba el número de los posibles donantes que se habían acercado al sistema nacional de sangre y cuántos habían sido rechazados o apartados temporalmente, así como la cantidad de sangre obtenida y la proporción que había dado resultados positivos para los distintos marcadores. El cálculo se hacía en función de dichos datos, haciendo la distinción entre los países con una tasa de donación voluntaria por arriba del 50% o por debajo de este porcentaje.

192. En resumen, el funcionario dijo que si la Región lograba cambiar la cultura que rodeaba a su sistema de sangre y mejorar el fomento de la donación voluntaria y el uso apropiado de la sangre, automáticamente se resolverían muchos de los problemas mencionados por el Comité.

193. El Comité aprobó la resolución CE136.R6 relativa a este punto.

La malaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documento CE136/16)

194. El Dr. Keith Carter (Epidemiólogo del Área de Prevención y Control de Enfermedades, OPS) dio un panorama de los antecedentes de la lucha contra la malaria y describió la situación actual en las Américas. En los primeros años del siglo XX, la malaria se transmitía por todos los países de la Región. Era una de las enfermedades infecciosas prevalentes que motivaron la adopción de una resolución en ocasión de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en enero de 1902, por la cual se recomendaba que se convocara una “convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención había sido la antecesora de lo que es hoy la Organización Panamericana de la Salud. Los primeros esfuerzos para erradicar la enfermedad se habían centrado en la eliminación del mosquito vector y, para 1948, se había alcanzado gran éxito al utilizar DDT para interrumpir la transmisión en algunas zonas. En 1992, la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo había dado lugar a que se cambiara del enfoque de erradicación al de control. La Iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, lanzada en 1998, había establecido la meta de reducir a la mitad la carga de la malaria para el 2010. Dos años después, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas también adoptó la reducción de la malaria como uno de los objetivos de desarrollo que era necesario cumplir para el 2015. Dichos objetivos mundiales proporcionaron el marco para los esfuerzos de control de la malaria en las Américas.

195. Actualmente, de los 859 millones de habitantes de la Región, 303 vivían en zonas en riesgo ecológico de transmisión de la malaria. De esa cifra, 226 millones vivían en zonas de riesgo bajo —o extremadamente bajo—; 45 millones en zonas de riesgo moderado, y 32 millones en zonas de riesgo elevado. Desde la introducción de la Iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, en 1998, el número de casos totales había disminuido 30%, aunque en las zonas de riesgo moderado y elevado la disminución había sido de tan solo 12%. También se había constatado una disminución de 73% en las defunciones atribuidas a la malaria, y en diez países se había observado una disminución mayor al 50%. Sin embargo, en cinco países la disminución había sido menor que 50%, mientras que seis países habían experimentado aumentos (Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Suriname y Venezuela). Más aún, era probable que la subnotificación se hubiera debido a los puntos flacos de los servicios sanitarios.

196. Entre los desafíos actuales relacionados con la malaria en la Región se encontraba proteger los logros alcanzados y, sobre todo, evitar que la transmisión apareciera de nuevo donde ya había sido interrumpida. Se necesitaba desplegar un esfuerzo particular para afrontar los desafíos en curso en los cinco países donde la disminución del número de casos era menor que 50% y en los seis donde el número de casos había aumentado, al mismo tiempo que se hacía frente a los desafíos emergentes o reemergentes, como la farmacorresistencia confirmada de *Plasmodium falciparum* y posiblemente también de *P. vivax*, para velar por la observancia del tratamiento en los casos de infección por *P. vivax*; mejorar la prevención de la transmisión en las zonas de endemidad; y reducir la

disparidad y desigualdad de los resultados, particularmente en las zonas de gran endemicidad de algunos países.

197. Otros desafíos para el control de la malaria eran la variación elevada de las condiciones ecológicas y el diagnóstico, así como problemas relacionados con el tratamiento, por ejemplo, la necesidad de ampliar las redes de laboratorios, la farmacorresistencia, el costo elevado del tratamiento combinado y la asequibilidad y el cumplimiento del tratamiento. Otros factores tenían que ver con los sistemas sanitarios (falta de acceso a las intervenciones entre los más pobres y los grupos de población itinerantes, reestructuración de la prestación y el financiamiento de los servicios como consecuencia de la descentralización y la reforma del sector sanitario); los problemas de capacidad técnica y administrativa (pérdida del personal capacitado en materia de malaria, utilización eficaz de los fondos asequibles); los esfuerzos de comunicación y coordinación (deficiencias en el flujo sistemático de información y en el intercambio de conocimientos, lo que daba lugar a una falta de información entre los grupos de población vulnerables).

198. Para que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se volvieran una realidad, era necesario fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de respuesta rápida en los países donde la transmisión se había interrumpido, así como intensificar y ampliar la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" en todos los países con endemicidad. Asimismo, sería necesario fortalecer la infraestructura del programa y mejorar la coordinación de las actividades y la cooperación técnica a escala subregional.

199. Aunque en la última Asamblea Mundial de la Salud se había adoptado una resolución sobre la malaria, esta se centraba principalmente en la situación de África. Se invitó al Comité Ejecutivo a que considerara la adopción de una resolución complementaria en la que se abordaran más concretamente los desafíos relacionados con la malaria en las Américas y se reforzara el compromiso de la Región para combatir esta enfermedad y de este modo alcanzar los objetivos de la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y de la Declaración del Milenio. Para concluir su ponencia, el Dr. Carter exhortó a los países a que siguieran notificando periódicamente las estadísticas relativas a la malaria a la Oficina, ya que sin esos datos sería imposible contar con una evaluación fiable de la situación de la enfermedad en la Región.

200. El Comité Ejecutivo respaldó ampliamente la idea de que el trabajo sobre la prevención y el control de la malaria tenía que llevarse a cabo a escala multisectorial. Los Miembros recalcaron que era necesaria la participación de las entidades responsables del agua y la eliminación de desechos, al objeto de eliminar los criaderos de mosquitos, así como la del sector de la educación para concientizar al público, especialmente a los niños, en cuanto a la prevención de la malaria. La participación del sector agropecuario también se consideraba necesaria, sobre todo si se tenía en cuenta que la OMS había alentado a los países a cultivar *Artemisia annua* y de este modo aumentar la asequibilidad de la artemisinina y luchar contra los precios elevados de los medicamentos a base de esta

sustancia. Además, los delegados hicieron hincapié en la necesidad de ampliar la participación de la comunidad, sin la cual no habría ninguna esperanza de controlar y, con el tiempo, eliminar la malaria.

201. Se subrayó la necesidad de que se administraran tratamientos combinados a base de artemisinina y dosis fijas, y se reconoció que los medicamentos eran costosos, pero esenciales, especialmente para tratar las cepas de *Plasmodium* farmacorresistentes. Las combinaciones de dosis fijas de medicamentos ofrecían la perspectiva de simplificar las pautas terapéuticas, mejorar el cumplimiento del tratamiento, facilitar la puesta en práctica de los programas internacionales y evitar la aparición de farmacorresistencia. Sin embargo, los Miembros subrayaron la necesidad de que la Oficina y los Estados Miembros analizaran los asuntos reglamentarios y de control de calidad en torno a la formulación de combinaciones de dosis fijas de medicamentos. Los delegados destacaron el grave problema de los medicamentos falsificados, en particular, en el contexto de la transición a los tratamientos combinados; señalaron que en algunos casos lo que parecía ser farmacorresistencia podía ser simplemente la consecuencia de que a los pacientes se les hubiera administrado medicamentos que no contenían ningún principio activo. Otra función señalada para la OPS en materia de cooperación técnica consistía en la puesta a prueba de medios de diagnóstico rápidos y el estudio de su eficacia en situaciones en las que el apoyo de los laboratorios no fuera posible.

202. El Comité hizo hincapié en la necesidad de mantener una vigilancia continua en los países certificados como exentos de malaria para protegerlos de la reaparición de la enfermedad. También se recalcó que en dichos países era necesario adiestrar a los profesionales de la salud para que pudieran reconocer y tratar los casos importados.

203. La atención se dirigió al vínculo entre la pobreza y la malaria y a lo que el control eficaz de la malaria podría aportar al desarrollo económico y la estabilidad política de los países con endemias. Se manifestó apoyo a la promoción de las sinergias de la OPS con los programas sanitarios relacionados y la participación del sector privado, el cual debía actuar como colaborador clave en las actividades de salud pública encaminadas a controlar la malaria y otras enfermedades transmisibles.

204. Varios delegados recalcaron que las zonas de mayor prevalencia de la malaria se encontraban en las fronteras entre los países. Se sugirieron varias razones para explicar dicho fenómeno, a saber: la pobreza relativa que existía en muchas zonas fronterizas; su lejanía de los servicios sanitarios y el hecho de que solían ser las zonas donde la enfermedad había sido introducida originalmente por los inmigrantes de los países con endemias. Se propuso que la OPS debía emprender un análisis más a fondo de la malaria que ocurre en las regiones fronterizas, con miras a elaborar estrategias eficaces de control adaptadas específicamente a las condiciones de esas zonas.

205. En algunos países, el cambio climático parecía haber repercutido en la prevalencia de la malaria. Se sugirió que se estudiaran los datos asequibles sobre la precipitación y la

temperatura de las zonas de los países con la mayor prevalencia de malaria para determinar, si hubiere lugar, los efectos de los cambios en esos indicadores. Asimismo, era necesario estudiar la rapidez con la cual los mosquitos se adaptaban a las nuevas condiciones de su ambiente.

206. Algunos delegados también se refirieron a los esfuerzos que se estaban realizando para prevenir y controlar el dengue. En algunos países, el control de la malaria y el dengue se llevaba a cabo conjuntamente, mientras que en otros se utilizaban métodos distintos. Se señaló que en algunos países el hecho de que la atención se hubiera centrado más en la malaria había desviado la atención del dengue, lo cual había dado lugar a que esta enfermedad aumentara en los últimos años.

207. Aunque en general se elogió el documento, sobre todo por los datos estadísticos útiles sobre la mortalidad y la morbilidad de malaria en las Américas que contenía, se opinó que el cuadro en el que se indicaban los logros anteriores y los desafíos nuevos generaba confusión. No estaba claro si representaba las actividades generales realizadas por todos los interesados directos de la Región para controlar la malaria o solo las llevadas a cabo por la Oficina. Además, algunos de los elementos que figuraban dentro de los desafíos nuevos eran recomendaciones que los Estados Miembros considerarían, mientras que otros eran desafíos reales que los Estados Miembros actualmente estaban afrontando. Aunque en el documento se recalca la necesidad de efectuar intervenciones innovadoras en el campo de los métodos para el control de vectores, en la opinión de los delegados, tales innovaciones deberían unirse a los métodos establecidos, por ejemplo, mosquiteros tratados con insecticidas y fumigación de interiores con insecticidas de acción residual.

208. Se alentó a la Oficina a que examinara las disposiciones contenidas en la resolución WHA58.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, al objeto de ayudar a los Estados Miembros a cumplir las obligaciones que establece. Los Miembros recalcaron que cualquier resolución que los Cuerpos Directivos de la OPS adoptaran debía complementar la resolución e impulsar las actividades en marcha dentro de la OMS como un todo.

209. El Dr. Carter coincidió en que el tema de la malaria en las regiones fronterizas era de suma importancia. En el caso de muchos países, la OPS ya contaba con información sobre las zonas de la frontera donde se concentraban los brotes. Un problema particular consistía en la posibilidad de que los casos importados por los inmigrantes no necesariamente fueran receptivos al tratamiento normalmente administrado para la malaria en el país de destino. Además, en algunos países los sistemas sanitarios no estaban bien organizados en las comunidades fronterizas y, en consecuencia, la respuesta a un brote podría tardar en llegar. Era necesario mejorar la vigilancia en el campo de la farmacorresistencia, sobre todo para evitar la reaparición en los países exentos de malaria. Asimismo, estuvo de acuerdo con la importancia del problema del cambio climático, y señaló que anteriormente la zona principal de transmisión en Centroamérica se había localizado alrededor de las plantaciones de algodón situadas en el Pacífico, pero que, como

consecuencia de los cambios en las condiciones climáticas, ahora se encontraba en las plantaciones bananeras de la costa del Atlántico.

210. El funcionario aseguró al Comité que la OPS estaba propugnando un criterio intersectorial para abordar la malaria, el cual abarcaba las autoridades ambientales, educativas y sanitarias. Después de reconocer que la participación de la comunidad también era decisiva, citó el caso de México, país en donde los casos de malaria habían disminuido de 44.000, hace unos cuantos años, a 4.000 el año pasado, en gran parte debido al esfuerzo masivo de la comunidad para encontrar el vector y destruirlo.

211. En cuanto a la sugerencia de que se alentara a los países a cultivar *Artemisia annua*, observó que algunos países de África ya habían comenzado a cultivarla. Es posible que algunos países de la Región consideren seguir el ejemplo, ya que efectivamente con ello contribuirían a remediar la escasez de los medicamentos a base de artemisinina.

212. El Comité aprobó la resolución CE136.R5 relativa a este punto. El Comité agregó el párrafo de la parte dispositiva 2h a sugerencia de los Estados Unidos de América, lo cual planteó la cuestión de la admisibilidad para las subvenciones del Fondo Mundial durante el debate del punto sobre el acceso de las personas con infección por el VIH/SIDA a la asistencia (véase más adelante el párrafo 265).

Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015 (documentos CE136/17 y CE136/17, Corrig.)

213. La Dra. Mirta del Granado (Asesora Regional en Tuberculosis, OPS) resumió los elementos principales del plan estratégico regional para el control de la tuberculosis presentado en el documento CE136/17. Comenzó por señalar una serie de datos estadísticos sobre la carga de morbilidad calculada de la tuberculosis, tanto a escala mundial como en el continente americano, señalando a la atención las características heterogéneas de la morbilidad en la Región. También señaló que las estadísticas de los casos notificados indicaban una incidencia inferior que la que en realidad existía, ya que la enfermedad se diagnosticaba y notificaba insuficientemente. A continuación pasó a destacar los principales logros en la lucha contra la tuberculosis en la Región hasta 2003.

214. El logro principal había sido la ampliación de la aplicación de la estrategia de control de la tuberculosis internacionalmente recomendada (DOTS o tratamiento acortado directamente observado) y la ejecución del marco ampliado de DOTS, conocido como DOTS-Plus. Por otra parte, se había fortalecido la red de laboratorios nacionales de tuberculosis y mejorado la vigilancia; se habían movilizado más recursos, y la participación de los socios había sido mayor. La cobertura media de DOTS en la Región había alcanzado 78%, pero aún había algunos países, Brasil en particular, donde la cobertura era menor al 50%. En 2002, la tasa de éxito del tratamiento había sido de 81%, aunque la tasa de letalidad había sido de 5%, principalmente en los países con una prevalencia elevada de coinfección por el VIH, pero también en los países desarrollados,

donde la tuberculosis solía atacar a las personas mayores; la tasa de tratamiento infructuoso había sido de 14%, principalmente en los países con dificultades para poner en práctica la estrategia de DOTS.

215. Como resultado de la aplicación eficaz del DOTS, en los diez últimos años la incidencia de todas las formas de tuberculosis en la Región había mostrado una tendencia constante a disminuir. En consecuencia, la Región se encontraba muy cerca de alcanzar las metas relacionadas con el control de la tuberculosis establecidas en la resolución WHA44.8 de la Asamblea Mundial de la Salud y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, el avance logrado hasta 2003 había ocurrido principalmente en los países de ingresos elevados y medianos que tenían programas fructíferos de larga data. Alcanzar plenamente las metas relacionadas con la tuberculosis significaba dirigir los esfuerzos hacia los países más pobres y hacia aquellos con una carga e incidencia elevadas de esta enfermedad.

216. Con ese fin, la OPS, junto con los jefes de los programas nacionales contra la tuberculosis, había formulado un plan estratégico regional que empleaba un criterio diferenciado que permitía estratificar a los países según la incidencia y cobertura del DOTS calculadas. Los países de la Región se habían dividido en cuatro grupos: países con incidencia menor a 25 por 100.000 habitantes y cobertura del DOTS elevada (mayor de 90%); países con incidencia de 25 a 50 por 100.000 habitantes y cobertura del DOTS elevada; países con incidencia elevada (más de 50 por 100.000 habitantes) y cobertura del DOTS también elevada; y los países con incidencia elevada pero cobertura del DOTS limitada (menor de 70%).

217. La finalidad del plan estratégico regional consistía en proteger los logros alcanzados hasta el presente en materia de la ampliación de la estrategia de DOTS, así como velar por un suministro ininterrumpido de medicamentos antituberculosos en todos los países; ampliar la estrategia de DOTS en los países y grupos de población con cobertura baja; fortalecer el establecimiento de recursos humanos y aumentar las investigaciones epidemiológicas y operativas; y afrontar desafíos nuevos como la tuberculosis multirresistente y la coinfección de la tuberculosis y el VIH. En el documento CE136/17 se habían planteado los objetivos generales y específicos del plan. A cada objetivo le correspondía una línea estratégica de trabajo, también descritas en el documento. Se esperaba que los resultados principales del Plan Regional fortalecieran los sistemas sanitarios, particularmente en la esfera de la atención primaria, incluido el fortalecimiento de las redes de laboratorios; los sistemas de remisión y remisión inversa; la administración de medicamentos y los sistemas de vigilancia epidemiológica; el mejoramiento de la atención y el acceso a la asistencia, no solo para la tuberculosis sino también para otras enfermedades; y la mejora de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud destinada a los pacientes que padecen tuberculosis y sus comunidades.

218. Se pidió al Comité Ejecutivo que confirmara si el control de la tuberculosis figuraba entre las prioridades de las políticas sanitarias, formulara observaciones sobre el plan estratégico regional, y expresara sus puntos de vista en cuanto a la posibilidad de formular planes estratégicos nacionales compatibles con el plan regional.

219. Al Comité le complació señalar que la Región estaba muy adelantada en el cumplimiento de las metas y los indicadores establecidos tanto en la resolución WHA44.8 como en la Declaración del Milenio. El Comité encomió los esfuerzos de la OPS realizados hasta ahora, señalando que gracias a las compras conjuntas de medicamentos antituberculosos que había organizado, el costo para los países a título individual se había reducido diez veces. Los Miembros coincidieron en que debía hacerse más hincapié en las necesidades de los países de bajos ingresos y de aquellos cuyas tasas de detección y tratamiento aún estaban lejos de las metas. Asimismo, era necesario hacer hincapié en la lucha contra la pobreza, ya que la prevalencia e incidencia de la tuberculosis era más elevada entre los habitantes pobres.

220. Al recordar el debate del Comité sobre el presupuesto, el cual indicaba un aumento leve de los recursos para la tuberculosis en el presupuesto ordinario, así como un aumento de los recursos de otras fuentes, los Miembros solicitaron que se aclararan las cifras expresadas en el documento CE136/17, las cuales indicaban que los recursos del presupuesto ordinario podrían reducirse 45% en el bienio 2006-2007. Se propuso aplazar la decisión del Comité en cuanto a si debía respaldar la tuberculosis como prioridad para la OPS hasta que la Organización hubiera indicado sus prioridades en cada una de las situaciones hipotéticas del presupuesto. A la Oficina se le pidió que aclarara si la frase "ratifique al control de la tuberculosis como una prioridad en las políticas de salud" se refería a los Estados Miembros, a la OPS o a ambas partes.

221. Se propuso que una de las líneas estratégicas de trabajo fuera la promoción de la investigación en materia de medicamentos nuevos para avanzar en la lucha contra la tuberculosis multirresistente. En general, se pidió más información sobre los problemas en torno a la tuberculosis multirresistente en las Américas.

222. La atención se centró en la necesidad de implantar comités "Alto a la tuberculosis" a escala nacional que contaran con el apoyo de sus gobiernos respectivos, como reflejo de la voluntad política de estos. Del mismo modo, era necesario que la Organización prestara apoyo a los Estados Miembros para que formularan proyectos de control de la tuberculosis y los presentaran a los posibles donantes.

223. El Delegado de los Estados Unidos dijo que los expertos técnicos de su gobierno habían propuesto varios cambios de redacción que mejorarían el documento, y que se los haría llegar por escrito a la Oficina para que los considerara cuando revisara el documento que presentaría al Consejo Directivo. Observó que aun cuando en el documento se recalca correctamente la necesidad de proporcionar acceso a los servicios y medicamentos, era necesario destacar de igual modo el mejoramiento de las prácticas

universales de atención, incluido el diagnóstico certero, la calidad del tratamiento, los medicamentos adecuados, el registro y la notificación de las prácticas y la evaluación de los resultados. El delegado también señaló que la Asamblea Mundial de la Salud había adoptado recientemente una firme resolución de salud pública sobre la tuberculosis, e instó a la Oficina a que velara por que toda resolución que la OPS propusiera al respecto se ajustara bien a las metas establecidas en la resolución WHA58.14 y las promoviera.

224. La Dra. Del Granado dijo que se esperaba que el control de la tuberculosis fuera una prioridad tanto para los países como para la OPS. El Dr. López Acuña agregó que en la introducción al presupuesto unificado de la OPS/OMS, así como en el presupuesto general de la OMS, se había asignado una prioridad clara al cumplimiento de los objetivos relacionados con la salud establecidos en la Declaración del Milenio, y que el control de la tuberculosis era uno de ellos. En el ajuste del presupuesto que se llevaría a cabo el mes siguiente, se velaría por que tales prioridades quedaran protegidas en caso de que los ingresos disminuyeran, o bien, de que los costos aumentaran más de lo calculado. Así pues, la tuberculosis seguiría siendo una prioridad en cualquier situación. También explicó que la disminución de 45% mencionada en el documento CE136/17 se refería a una cifra tentativa que se había dado a todas las unidades con fines de planificación inicial, pero que el resultado final era la cifra que figuraba en el documento del presupuesto por programas. La discrepancia en las cifras se arreglaría antes de que se celebrara el Consejo Directivo.

225. La Dra. Del Granado recalcó la importancia de la estrategia de DOTS para el plan estratégico regional. Los países que la habían ejecutado con éxito eran los que se encontraban más cerca de alcanzar los objetivos establecidos en la resolución WHA44.8 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En consecuencia, la OPS consideraba esencial fortalecer el DOTS en los países donde aún era insuficiente, y en aquellos donde se habían presentado problemas hasta la fecha para ponerlo en práctica, particularmente en los países más pobres. Asimismo, era necesario fortalecer el DOTS en Brasil, país que representaba 35% de los casos de la Región y que contaba con una cobertura limitada del DOTS. Parte de la aplicación eficaz en tales países suponía la implantación de recursos humanos adecuados. Se había nombrado un asesor especial para el Brasil y se nombraría otro para Perú, país que representaba 15% a 18% de los casos notificados en la Región.

226. En respuesta a la solicitud de más información sobre la estrategia para la tuberculosis multirresistente, la oradora explicó que en el plan estratégico se propondría un nuevo tipo de vigilancia, incluidos estudios sobre la resistencia observada en pacientes nuevos. Otro aspecto del problema de la farmacorresistencia múltiple se relacionaba con las medidas preventivas encaminadas a impedir la aparición de formas nuevas de resistencia.

227. Con respecto a la pregunta sobre el acceso, la OPS trabajaba en todas las líneas posibles para lograr el acceso, incluida la incorporación de todos los proveedores de servicios sanitarios públicos y privados (iniciativa "Public-Private Mix"). Por medio de las comunidades, la Organización se esforzaba por dar acceso al DOTS a las poblaciones más

marginadas. Precisamente esa semana, el Grupo “Alto a la tuberculosis” se había reunido en Ginebra para analizar las normas internacionales, las cuales se aplicarían en todos los ministerios de salud y asociaciones científicas, haciendo posible tanto el diagnóstico oportuno como el tratamiento de calidad.

228. La funcionaria explicó que el plan regional no abarcaba la investigación de medicamentos nuevos, de la cual se ocupaba un grupo especial a escala mundial. Las universidades e instituciones científicas trabajaban intensivamente para poner a prueba las vacunas y los medicamentos nuevos, y había indicios de que se obtendría una vacuna nueva alrededor de 2010. Por consiguiente, el plan regional tenía que ser lo suficientemente flexible para incorporar esta arma nueva en la lucha contra la tuberculosis.

229. La oradora aseguró al Comité Ejecutivo que todos los aspectos del plan regional coincidían con la resolución de la última Asamblea Mundial de la Salud y también con el plan mundial de la OMS.

230. El Comité aprobó la resolución CE136.R7 relativa a este punto.

La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud (documento CE136/18)

231. El Dr. Pedro Brito (Gerente del Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, OPS) presentó este tema, señalando que el documento había sido preparado conjuntamente por su área y la Unidad de Apoyo a los Países. Presentó un panorama del enfoque de la OPS para la cooperación centrada en los países y el uso que hace de la estrategia de cooperación en los países, el instrumento metodológico para poner en funcionamiento dicho enfoque al objeto de acelerar el desarrollo nacional de la salud, el objetivo máximo de la cooperación centrada en los países. Explicó que actualmente uno de los problemas más importantes para la OPS y la OMS consistía en determinar cómo lograr la eficiencia y repercusión máximas en la cooperación técnica con los países. Con ese objetivo en mente, la OMS había creado el instrumento de estrategia de cooperación en los países como parte de su Iniciativa de Atención Centrada en los Países. La OPS estaba adaptando dicha estrategia a las características de la Región con miras a aplicarla como una orientación estratégica a mediano plazo de cooperación técnica centrada en cada país.

232. La condición clave para conseguir la eficacia en materia de cooperación técnica era la especificidad. La cooperación internacional en materia de salud debía tener como base un estudio sistemático del desarrollo sanitario nacional y de las políticas y los planes de cada país. La estrategia de cooperación en los países proporcionaba un instrumento para lograr la especificidad; por un lado era un método que servía para evaluar el nivel actual de desarrollo sanitario nacional, y por el otro, un instrumento para programar la cooperación técnica a mediano plazo. Su aplicación daba lugar a construir una visión a mediano plazo (4 a 6 años) para las actividades de la Organización con cada Estado Miembro, proporcionando un marco estratégico para el esfuerzo conjunto. El objetivo consistía en

concebir una propuesta de cooperación integrada que, al ser compatible con el concepto de desarrollo sanitario nacional y sus objetivos, permitiera establecer una estrategia única, así como un presupuesto por programas único para el país en cuestión. El enfoque de la estrategia de cooperación en los países también permitía a la OPS hacer converger su cooperación técnica con la de otros asociados para el desarrollo.

233. El primer resultado de aplicar la estrategia de cooperación mencionada sería un convenio entre el país y la Organización que constituiría el marco estratégico a mediano plazo para la cooperación técnica, y proporcionaría la base para un plan de formación de capacidad en la oficina de país, de modo que su perfil de personal coincidiera y se ajustara a los requisitos de cooperación técnica en el país, y al mismo tiempo unifique todas las necesidades de recursos en materia de cooperación técnica en un solo presupuesto. También permitiría definir la infraestructura requerida, en particular en el área de la información y la comunicación, y generar un marco para la movilización de recursos y el establecimiento de asociaciones estratégicas con los actores clave que participan en la cooperación en los países.

234. La estrategia de cooperación en los países proporcionaba un espacio para el diálogo social entre las autoridades sanitarias nacionales y otros actores, y estaba basada esencialmente en los datos probatorios de naturaleza intersectorial. Hasta el presente, la experiencia había demostrado que en el nivel político la aplicación de la estrategia de cooperación en los países fortalecía el diálogo entre el ministerio de salud y otros actores, y también ayudaba a reforzar las funciones normativas y de reglamentación del ministerio. Al mismo tiempo, fomentaba la coordinación entre los organismos internacionales de cooperación que trabajaban en los países, permitiendo mayor eficacia y eficiencia en el establecimiento de los objetivos y programas comunes.

235. Al recordar que el SPP había solicitado pormenores sobre la aplicación práctica de la estrategia de cooperación en los países, explicó que el proceso constaba de cuatro etapas principales: preparación y coordinación con las autoridades nacionales; análisis estratégico anticipado y participativo del desarrollo nacional de la salud; definición concertada de la estrategia y el contenido de la cooperación técnica de la OPS; y determinación de las consecuencias políticas, técnicas y administrativas. El funcionario enumeró los países de la Región en los que se había aplicado la estrategia y después describió el calendario y resumió los resultados. Actualmente, la estrategia de cooperación en los países estaba en marcha en 15 países, aunque en distintas etapas. La Unidad de Apoyo a los Países estaba estudiando las enseñanzas extraídas, y en 2006 se emprendería en otros cinco países.

236. El Dr. Barry Wint (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había manifestado su firme respaldo a la estrategia de cooperación en los países como un método para definir un programa sanitario nacional basado en las necesidades y las prioridades determinadas por el propio país. Los Miembros habían señalado que el enfoque de atención centrada en los países haría converger más estrechamente el trabajo de la OPS con la Iniciativa de Atención Centrada en los Países de

la OMS y con los enfoques empleados por otras organizaciones internacionales de desarrollo. Con respecto al documento presentado al Subcomité sobre el punto en cuestión, tal como había observado el Dr. Brito, el Subcomité había opinado que sería más útil a los Estados Miembros que en la próxima versión se incluyera más información concreta sobre los métodos que se estaban utilizando en realidad para aplicar la estrategia de cooperación en los países. Se había señalado que la participación en tal iniciativa implicaría un desembolso de recursos para el país en cuestión, al menos en cuanto a tiempo y personal, y que por consiguiente sería importante que los países conocieran los costos y beneficios, así como la inversión mínima necesaria que suponía participar. El Subcomité había indicado que la OPS debía considerar la posibilidad de crear una sección especial en su sitio web para publicar los resúmenes de las estrategias de cooperación en los países, ya que ese tipo de información sería de utilidad a los demás Estados Miembros y podría facilitar posibles colaboraciones técnicas.

237. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la nueva versión del documento, en particular, la inclusión del género entre los factores determinantes de la salud, así como la información actualizada sobre el proceso de la aplicación de la estrategia de cooperación en los países, incluidas sus diversas etapas y un gráfico en el que se indicaban los componentes principales de los programas de los países que ya habían emprendido el proceso. El Comité solicitó mayor información respecto de la cantidad de \$27 millones asignada en el documento del presupuesto a las actividades de estrategia de cooperación en los países, observando que se trataba de una cantidad considerable de dinero, y también que difería de las cifras proporcionadas para el funcionamiento de las oficinas de país. El Comité también pidió un cálculo de los costos de los diversos componentes de la aplicación de la estrategia de cooperación en los países, incluidos los costos monetarios y de recursos humanos. Los Miembros reiteraron que la OPS debía crear un sitio web dedicado a la estrategia de cooperación en los países, en el cual se podrían publicar actualizaciones periódicas sobre el proceso y los resultados.

238. El Comité Ejecutivo pidió que hubiera mayor claridad en cuanto a la diferencia real que existía entre el proceso de la estrategia de cooperación en los países y lo que las representaciones de la OPS/OMS ya estaban llevando a cabo. Ambas partes se asemejaban mucho, y se esperaba que la Oficina pudiera proporcionar una explicación más clara sobre el valor agregado de la estrategia de cooperación en los países respecto del proceso de las representaciones de la OPS/OMS o de la manera en que cambiaba dicho proceso. Aunque en general manifestó su apoyo a los objetivos generales de la iniciativa, el Comité Ejecutivo señaló que cada país debía estar convencido del valor agregado de su aplicación, habida cuenta de los recursos humanos que la estrategia de cooperación en los países requería.

239. Se indicó que una de las dificultades básicas para coordinar la cooperación era que las programaciones y los calendarios de los países eran distintos. Además, a veces había resistencia a adoptar un enfoque coordinado, ya fuera por parte de los diversos organismos de cooperación (quizás porque tenían conceptos y estrategias distintas para abordar los

problemas), o bien, por parte de los países (quizás porque pensaban que al mantener las negociaciones en el plano individual podrían acumular más recursos). La coordinación interinstitucional sería muy difícil de lograr si los países no asumían plenamente la responsabilidad de coordinar la cooperación técnica, con base en planes, programas y políticas transparentes para el desarrollo nacional.

240. Se manifestó preocupación sobre la terminología confusa empleada en el documento. Los Miembros señalaron que el uso de nombres alternativos para los mismos conceptos no apoyaba un criterio coherente. Se pidió que se aclarara la diferencia entre la estrategia de cooperación en los países y la cooperación técnica centrada en los países. También se pidió información sobre la manera en que se armonizaban las tareas de estrategia de cooperación en los países en la OPS y en la OMS.

241. El Dr. Bernard Kean (Director del Departamento de Gobernanza, OMS) señaló que la estrategia de cooperación en los países estaba en funcionamiento desde hacía tres años. Había sido muy alentador observar la importancia considerable que se le había conferido al proceso en diversas regiones, en particular África y Asia Sudoriental, donde la política de la Oficina Regional había sido llevar a cabo una estrategia de cooperación en cada país. África ya casi había terminado de aplicarla, y Asia Sudoriental estaba en la etapa de examinar las estrategias de cooperación de varios países. Los desafíos actuales consistían en determinar la manera de relacionar el proceso de estrategia de cooperación en los países con todo lo que estaba ocurriendo en ellos, en particular, la elaboración de los presupuestos de los países a escala mundial que se había comenzado para el bienio 2006-2007, y la manera de relacionar los resultados de las estrategias de cooperación en los países con otros procesos de planificación.

242. El funcionario dio ejemplos de cómo el proceso de estrategia de cooperación en los países había revelado la necesidad de fortalecer la capacidad epidemiológica de los países, en particular la de análisis, para tratar el problema actual de la gripe aviar. Se había contratado al personal pertinente y fortalecido la capacidad de los países, de modo que ahora se contaba con un equipo mejor que el que se tendría sin la estrategia de cooperación en los países. A medida que se avanzaba en la ejecución surgían preguntas; Una de ellas se refería al sentido de propiedad nacional, que en la mayoría de los casos cada vez formaba más parte de la estrategia de cooperación en los países. Otra de las preguntas tenía que ver con la relación con otros procesos en curso en el sistema de las Naciones Unidas, como el sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CCA/MANUD). Hasta cierto punto, la estrategia de cooperación en los países se había considerado casi como un modelo para la formulación del MANUD. Ambos procesos estaban bien integrados y, para el sector sanitario y la OMS, la importancia de la estrategia de cooperación en los países era evidente.

243. El Dr. López Acuña dijo que la terminología no debía generar confusión. La formulación de una estrategia a mediano plazo para el trabajo en los países se denominaba estrategia de cooperación en los países. La OPS no utilizaba ningún otro término. La

Organización había formado parte del grupo mundial que había intercambiado experiencias relacionados con proceso y participado en el metanálisis de las 126 estrategias de cooperación en los países que ya se habían realizado en diversas regiones. Cada vez había más convergencia en el proceso: los representantes de una región —o de la sede de la OMS— participaban en el proceso en otra región. En todas las regiones se utilizaba el mismo término para referirse al proceso, y todas lo llevaban a cabo de la misma manera.

244. Una de las cuestiones principales que se debatían en las diversas regiones y en la sede de la OMS se refería a lo que las regiones tenían que hacer para velar por que su trabajo tuviera un enfoque centrado en los países. La OPS llamaba a esto último cooperación técnica centrada en los países, término que no era sinónimo de estrategia de cooperación en los países, ya que esta era uno de los instrumentos para fomentar la cooperación técnica centrada en los países. En los siguientes cuatro a seis años, lo que tenía que considerarse para elaborar el presupuesto por programas y modificar el perfil del personal a nivel de país eran los métodos utilizados para emprender la evaluación a mediano plazo y los elementos clave. Desde el comienzo, la OPS había insistido en que la estrategia de cooperación en los países tenía que ser un proceso con el que los países se identificaran: no solo algo que la Oficina debía llevar a cabo, sino también un diálogo y una asignación conjunta de prioridades, al objeto de establecer los elementos clave de la manera en que se realizaría el trabajo a mediano plazo.

245. La Directora dio un panorama del origen del concepto de estrategia de cooperación en los países. Desde fines de los años ochenta, se habían hecho varios intentos, denominados de distintas maneras, por resolver la cuestión de cómo la OMS debía trabajar en los países y con ellos. Diversas expectativas habían impulsado ese proceso, por parte de los países, los donantes y otros socios. En particular, los países habían querido estar en mejor situación para controlar su desarrollo sanitario nacional, al guiar el trabajo de sus diversos socios. A la larga, la búsqueda de la mejor definición posible de dicha cuestión había conducido a la cooperación centrada en los países. Esa era la política; lo que estipulaba que la labor de la Organización tuviera un enfoque de atención centrada en los países, el cual tenía que medirse en función de la manera en que los países avanzaban en el desarrollo sanitario nacional. La cooperación en los países era una estrategia y existían métodos para definirla. El instrumento estratégico se había creado antes de que la política se formulara por escrito, y el documento actual era un intento por aclarar el marco conceptual. En otras palabras, la OPS estaba utilizando los métodos acordados en la OMS, pero necesitaba redactar el marco conceptual para que se supiera cómo se relacionaba el instrumento con la política.

246. La estrategia no solo se había vinculado en una fase muy temprana con el proceso del CCA-MANUD, sino también con los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza apoyados por el Banco Mundial, los cuales constituían un método distinto y pertinente para la Región, donde había cuatro países pobres muy endeudados. La salud era

fundamental para la reducción de la pobreza, pero en algunos casos los documentos mencionados no enmarcaban muy bien los problemas sanitarios.

247. Para aclarar la diferencia entre la estrategia de cooperación en los países y el trabajo de las representaciones de la OPS/OMS, la Directora se refirió al proceso del presupuesto bienal por programas. Aunque dicho proceso consideraba una gran diversidad de situaciones a nivel de país, a veces no bastaba para analizar las tendencias regionales. En esencia, se trataba de un proceso impulsado por el país que abarcaba dos años. Sin embargo, en la estrategia de cooperación en los países se había adoptado un enfoque a mediano plazo y más estratégico que armonizaba las diferentes partes de la Organización; de este modo, aun cuando estaba impulsado por el país y contaba con el apoyo firme de la oficina de país, lograba incorporar los diferentes niveles de la Organización, a saber, mundial, regional y, en algunos casos, participación de otras regiones, enriqueciendo el proceso con perspectivas externas y permitiendo un intercambio horizontal de experiencias.

248. El Dr. López Acuña explicó que en el presupuesto figuraba un área de trabajo llamada Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países, cuya asignación propuesta era aproximadamente de \$23 millones. Dicha asignación no estaba destinada exclusivamente a llevar a cabo los procesos de estrategia de cooperación en los países; se trataba de la asignación contenida en los programas de país para realizar el trabajo básico de coordinación, establecimiento de asociaciones y perfeccionamiento de dirigentes, junto con las autoridades sanitarias nacionales para fines del desarrollo sanitario nacional. En dicha área se encontrarían todos los elementos relacionados con el trabajo realizado con los países para apoyar su participación en los procesos regionales, subregionales y mundiales, en cuanto a la cooperación internacional, el perfeccionamiento de dirigentes y la coordinación para la armonización y la convergencia de las múltiples fuentes de recursos.

249. Al responder a la solicitud de un desglose de los costos calculados, la Directora dijo que se podría presentar un documento de información, pero señaló que el presente documento era un documento de política conceptual, no un plan de estrategia de cooperación en los países. Al documento en cuestión se le podría agregar un anexo que abarcara un plan real de estrategia de cooperación en los países, así como el desglose de los costos.

250. El Dr. Brito aclaró que la Oficina estaba trabajando para poner en funcionamiento el sitio web sobre la estrategia de cooperación en los países y esperaba que estuviera listo cuando se celebrara el próximo Consejo Directivo.

251. El Comité Ejecutivo tomó nota de la ponencia sobre la cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud, pero no consideró necesario adoptar una resolución al respecto.

Acceso a la atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA (documento CE136/19)

252. La Dra. Carol Vlassoff (Jefa de la Unidad de Infección por el VIH/SIDA, OPS) señaló que este tema se estaba presentando para poner al día al Comité sobre los esfuerzos para ampliar el acceso a la asistencia y el tratamiento por parte de las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA, así como sobre el progreso de la Región hacia la consecución de las metas de la Iniciativa "tres millones para 2005" y de la Cumbre Extraordinaria de las Américas, celebrada en Monterrey (México), en enero de 2004. En su intervención, añadió, también mencionaría los asuntos cruciales y los pasos para avanzar hacia la meta del acceso universal a la atención y el tratamiento integrales, incluida la prevención, para todos los países de las Américas.

253. La funcionaria empezó por examinar las cinco orientaciones estratégicas que estaban guiando la respuesta de la OPS a la Iniciativa "tres millones para 2005", las cuales se le habían presentado al Comité en su 134.^a sesión (documento CE134/13). Gracias al mayor financiamiento conseguido para esta iniciativa, la OPS había podido aumentar recientemente su repercusión en los países. En ese momento había mucho más personal trabajando a tiempo completo en el área de la infección por el VIH/SIDA en cada Estado Miembro, y se estaba contratando más personal para llenar varios puestos subregionales. Es más, cada país de la Región había recibido casi \$100.000 en apoyo financiero adicional. De los \$4.000.000 recibidos para 2005 por parte de la Iniciativa de "tres millones para 2005" a nivel mundial, 81% se había destinado al apoyo directo a los países. Esos fondos se estaban usando también para apoyar el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, que estaba ayudando a los países a aprovechar los aspectos de flexibilidad de los acuerdos especiales sobre el comercio y la propiedad intelectual, como el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio (Acuerdo ADPIC). En agosto de 2005, se celebraría en Argentina otra ronda de negociaciones de los precios de los medicamentos antirretrovíricos (ARV), con apoyo de fondos de la Iniciativa "tres millones para 2005".

254. Pasando al progreso logrado hacia la consecución de la meta fijada por la Cumbre Extraordinaria de las Américas Especial en Monterrey, dijo que, gracias a la movilización extraordinaria de recursos humanos y financieros, incluidos los aportados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, llegado el momento de la Cuarta Cumbre de las Américas, en noviembre de 2005, se habrá alcanzado la meta de proporcionar tratamiento a por lo menos 600.000 personas que necesitan antirretrovíricos. A fines de abril de 2005, el número calculado de personas que recibían tratamiento en los Estados Miembros, incluidos Canadá y los Estados Unidos, ya había alcanzado 613.533. Casi todos los países habían aumentado considerablemente la cobertura de tratamiento desde enero de 2004, cuando se adoptó la meta de Nuevo León. Si bien la Región podría enorgullecerse de ese logro, todavía había obstáculos importantes que era preciso superar para alcanzar la meta máxima fijada por la Cumbre Extraordinaria, que es facilitar acceso al tratamiento a todos los que lo necesiten en las Américas. En particular, significaría

reducir la brecha tan grande de equidad entre los países más desarrollados y los menos desarrollados. También significaría reducir las brechas de equidad entre grupos de población dentro de los países para ampliar los servicios a grupos sumamente vulnerables y subatendidos.

255. El Subcomité de Planificación y Programación, en su 39.^a sesión, realizada en marzo, había indicado que la OPS debía elaborar un plan estratégico regional sobre la infección por el VIH/SIDA para el período 2006-2015 al objeto de ayudar a los países a alcanzar tanto la meta del acceso universal a la asistencia y el tratamiento de las personas aquejadas de SIDA como el objetivo relacionado con la infección por el VIH/SIDA establecida en la Declaración del Milenio. La Oficina, ayudada por un equipo ejecutivo que incluía representantes de los Estados Miembros, representantes de las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA y otros socios, se hallaba en proceso de formular el plan estratégico y tenía previsto presentar un proyecto de documento del marco al 46.º Consejo Directivo, en septiembre. El plan brindaría la oportunidad de mejorar la sinergia entre los socios que trabajan en el área de la infección por el VIH/SIDA en la Región, ampliar la cooperación técnica entre países en esta materia y mejorar la planificación, la programación y el monitoreo conjuntos con arreglo al principio de los "tres unos". Lo que es más importante, al establecer los datos de partida y una secuencia de hitos, el plan ayudaría a los países a planificar sus diversos compromisos y a cumplirlos, entre ellos el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6: detener y comenzar a reducir la propagación de la infección por el VIH/SIDA.

256. El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme a la propuesta de elaborar un plan estratégico sobre la infección por el VIH/SIDA para el período 2006-2015, y expresó la esperanza de que ello ayudaría a los países a maximizar los recursos provenientes de diversas fuentes, a que los diferentes socios interesados actuaran con mayor sinergia y a superar los obstáculos que estaban entorpeciendo los esfuerzos para contener la epidemia de esta enfermedad en la Región. Los delegados señalaron que la falta de información completa y exacta sobre la prevalencia era uno de esos obstáculos y alentaron a la Oficina a que lo tuviese presente al formular el plan. Los países necesitaban ayuda para fortalecer los sistemas de vigilancia e información al objeto de seleccionar a la población que requería tratamiento. Se señaló, sin embargo, que no bastaba con conocer el número de personas infectadas por el VIH; también era necesario conocer la etapa clínica de afección de los pacientes para determinar si satisfacían los criterios clínicos para iniciar el tratamiento antirretrovírico. A este respecto, los Miembros advirtieron de que debía tenerse cuidado al usar términos como "acceso universal" o "tratamiento universal", para evitar dar la impresión de que todas las personas infectadas por el VIH debían comenzar de inmediato el tratamiento o que el tratamiento con antirretrovíricos era una "panacea" que curaba la enfermedad o evitaba su transmisión.

257. Otro tema relacionado con la información era el carácter confidencial de los datos sobre la infección por el VIH/SIDA. Se señaló que la renuencia a revelar o notificar la

información sobre las personas a las que se les diagnostica la infección por el VIH era un obstáculo importante para identificar a la población que necesitaba tratamiento. Una delegada expresó el punto de vista de que la insistencia en mantener la confidencialidad estricta de la información sobre los pacientes que viven con el VIH o aquejadas de SIDA era, de hecho, una manifestación del estigma y la discriminación contra esos pacientes, y que obstaculizaba su acceso a la asistencia y el tratamiento. Recalcó que los datos sobre la infección por el VIH/SIDA debían ser tratados como los datos sobre otras enfermedades. El Director Adjunto estuvo de acuerdo, y mencionó que en su cargo anterior como jefe de un departamento de salud estatal en los Estados Unidos había trabajado mucho para lograr la promulgación de una ley que exigiera la notificación de todos los casos de infección por el VIH. Se había producido una oposición vigorosa a la ley porque pondría en riesgo la privacidad de los pacientes, pero su aprobación había permitido conseguir que más personas recibieran el tratamiento y se concentraran mejor los esfuerzos de prevención.

258. Otra de las inquietudes que en opinión de los delegados debían ser abordadas por el plan estratégico eran la sostenibilidad del financiamiento de los programas contra la infección por el VIH/SIDA después de que cesara la ayuda externa y el acceso a los medicamentos antirretrovíricos, especialmente los de segunda y tercera línea, a precios asequibles. Se señaló que los países que carecían de una capacidad bien desarrollada de compras y negociación afrontaban un grave problema para mantener el tratamiento; además, sus esfuerzos también estaban siendo minados por los acuerdos comerciales internacionales que habían limitado la producción de los medicamentos genéricos de segunda y tercera línea por países como la India.

259. Con respecto al documento CE136/19, el Comité opinó que en él no hacía suficiente hincapié en la prevención. Los delegados reconocieron que el tema central del documento era el acceso a la asistencia y el tratamiento, pero les pareció que la importancia de la prevención debía recalcar en cualquier documento de salud pública que aborde la infección por el VIH/SIDA. Los Miembros recalcaron que el plan estratégico debe recalcar el cambio y desarrollo del comportamiento como un medio de fortalecer los programas de prevención. Al mismo tiempo, se señaló que centrarse en el tratamiento podría ayudar a mejorar la prevención, ya que las tentativas para detectar casos e identificar a los individuos que requieren tratamiento revelarían tendencias en la epidemia, lo que a su vez indicaría adónde deben dirigirse las actividades preventivas.

260. Varios delegados cuestionaron las cifras sobre la cobertura de tratamiento antirretrovírico presentadas en el documento. El Delegado de la Argentina señaló, por ejemplo, que el documento indicaba que su país tenía una cobertura de un 85%, siendo así que la cobertura era de 100% de los casos detectados. El país tenía una ley que garantizaba el acceso a la asistencia y el tratamiento de todas las personas con el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, y estaba orgulloso de haber mantenido la cobertura universal a pesar de la situación económica difícil de los años recientes. Pidió que se corrigieran las cifras del documento y que Argentina fuese incluida entre los países que ofrecen cobertura universal. Los delegados de México y Venezuela señalaron que sus países también tenían

acceso universal; por lo tanto, pidieron que se corrigieran las cifras para reflejar la situación verdadera. El Delegado de México también presentó una lista de sugerencias de cambios de redacción al documento.

261. Un delegado manifestó su desacuerdo con una afirmación en el documento en el sentido de que la protección de la propiedad intelectual restringiría el acceso a los medicamentos contra la infección por el VIH/SIDA, y señaló que la falta de esa protección podría desestimular la introducción de tratamientos nuevos e innovadores. El mismo delegado advirtió que la OPS debía considerar cuidadosamente su función de asesoramiento de los países en materia de políticas y reglamentos nacionales relativos a los medicamentos y la propiedad intelectual, pues tal función en cuestiones de comercio nacional era ajena al mandato y la competencia de la Organización en su calidad de organismo de salud pública. Sin embargo, otro delegado expresó el punto de vista de que, si bien la OPS no debía proponerse influir o participar en las negociaciones comerciales, la función de promoción de la causa descrita en el documento le competía en efecto a la Organización, pues era apropiado que esta apoyara a los países para que aprovecharan plenamente la flexibilidad proporcionada en el Acuerdo de ADPIC para aumentar el acceso a los medicamentos.

262. Por último, los Miembros plantearon varias inquietudes con relación al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Aunque se reconoció que el Fondo Mundial había efectuado una contribución importante al empeño para ampliar el acceso a la asistencia y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA en la Región, también se señaló que sus criterios de admisibilidad excluían a muchos países americanos del acceso al financiamiento. Se señaló asimismo que los países que habían obtenido subvenciones del Fondo Mundial se enfrentaban con obstáculos para lograr la continuidad del financiamiento por cuestiones de gobernanza y administración. Se instó a la OPS y los Estados Miembros a proporcionar la asistencia técnica necesaria para permitir que esos países mantengan esas subvenciones y apoyar a otros países a elaborar proyectos que satisfagan los criterios del Fondo Mundial para ser aprobados.

263. La Dra. Vlassoff agradeció las expresiones de apoyo del Comité a la formulación de un plan regional. Señaló que había tomado nota de las sugerencias de los delegados con respecto a los elementos que debían incluirse en el plan y dijo que vería que se incorporaran. También había anotado las observaciones sobre el documento y las tendría presentes al revisarlo para el Consejo Directivo. Con respecto a la prevención, explicó que el documento se había originado en respuesta a una solicitud del SPP de un informe sobre el progreso logrado hacia la consecución de la meta de Nuevo León de dar tratamiento a 600.000 personas para 2005. Por ello se hacía hincapié en el acceso a la asistencia y el tratamiento. La funcionaria aseguró al Comité que la OPS era muy consciente de la importancia de la prevención, como lo demuestra el hecho de que casi 50% del presupuesto regional total para la infección por el VIH/SIDA estaba dedicado a actividades de prevención. Señaló, sin embargo, que era esencial considerar la prevención y el

tratamiento no como actividades diferenciadas sino como estrategias complementarias. La infección por el VIH/SIDA debía enfocarse de la misma manera que otras enfermedades, concediendo la misma importancia a la prevención y al tratamiento; nadie hablaba de la prevención o el tratamiento del cáncer, por ejemplo. En el documento para el Consejo Directivo se haría más hincapié en la prevención, pero como parte de un proceso continuo dentro de un enfoque integral que también incluye la atención y el tratamiento.

264. La oradora ofreció disculpas por las inexactitudes en los datos presentados en el documento, y explicó que parte del problema era que la Oficina había tenido que depender de la información de diferentes fuentes. Los cálculos del número de personas que necesitaban tratamiento y lo recibían habían venido de la OMS y el ONUSIDA, mientras que las cifras sobre el número real bajo tratamiento provenían de los datos comunicados por los Estados Miembros y los dos conjuntos de cifras no eran congruentes. Otro problema era que en el documento no se distinguía con claridad suficiente entre el acceso y la cobertura. Al revisar el documento para el Consejo Directivo, la Oficina se esforzaría en remediar esas deficiencias o al menos explicaría más detalladamente las razones de las incongruencias.

265. En el tema del acceso a los medicamentos antirretrovíricos, dijo que la OPS sencillamente estaba tratando de conseguir que los países fueran conscientes de los aspectos flexibles en los acuerdos comerciales. Los países estaban en libertad de tomar sus propias decisiones sobre si querían aprovechar esos aspectos y cómo hacerlo.

266. El Presidente sugirió que en cualquier resolución adoptada sobre este tema el Comité debía incluir un párrafo que hiciera referencia a la cuestión de los criterios de admisibilidad del Fondo Mundial. Opinó que era importante para el Consejo Directivo hacer constar en actas un llamado al Fondo Mundial para que cambie sus políticas de admisibilidad, pues estaban restringiendo el acceso de numerosos países de la Región al financiamiento. El Comité estuvo de acuerdo con esa sugerencia; sin embargo, como no correspondía aprobar una resolución sobre este tema, el párrafo propuesto se incluiría en la resolución sobre la malaria (resolución CE136.R5).

267. El Comité agradeció a la Oficina el informe y respaldó la propuesta de elaborar un plan estratégico regional sobre la infección por el VIH/SIDA para el período 2006-2015.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE136/20 y CE136/20, Add. I)

268. La Sra. Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) informó sobre la recaudación de las cuotas y la situación de los países potencialmente sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. La recaudación de los pagos en concepto de cuotas hasta el 31 de diciembre de 2004 había sumado \$80,6

millones, que representaban una tasa de recaudación de 55% de las cuotas del año en curso y 52% de las cuotas atrasadas. La tasa de recaudación del año en curso era inferior a la de años anteriores debido principalmente a un retraso en la recepción de un pago de un Estado Miembro programado regularmente. No obstante, la Organización había logrado un aumento significativo de la recaudación de las cuotas atrasadas por comparación con años anteriores. La información detallada sobre la recepción de los pagos de las cuotas por los Estados Miembros al 31 de diciembre de 2004 y al 20 de mayo de 2005 figuraba en los anexos A y B, respectivamente, del documento CE136/20. El apéndice I al documento presentaba la información actualizada sobre la recaudación al 13 de junio de 2005. Desde esta última fecha, la Organización había recibido un pago adicional de \$84.000 por parte de Cuba.

269. El 1 de enero de 2005, los atrasos totales correspondientes a los años anteriores sumaban \$70 millones. Los pagos de cuotas atrasadas recibidos entre el 1 de enero y el 13 de junio de 2005 habían ascendido a \$31 millones, o sea, 44% del total; por lo tanto, los atrasos se redujeron a \$38,8 millones, por comparación con \$41,5 millones en 2004 y \$39,7 millones en 2003.

270. La recaudación de las cuotas asignadas correspondientes a 2005 ascendía a \$11,7 millones al 13 de junio de 2005. Once Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas de 2005, 5 habían efectuado pagos parciales y 25 no habían efectuado ningún pago para 2005. La recaudación representaba un 13% de las cuotas del año en curso, por comparación con 23% tanto en 2004 como en 2003. La recaudación combinada de las cuotas atrasadas y las cuotas del año en curso durante 2005 había sumado \$43 millones, lo cual era una mejora por comparación con 2004 (\$38 millones) y 2003 (\$30 millones).

271. 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, en la fecha de la inauguración del Consejo Directivo, un Estado Miembro se atrasaba en el pago de sus cuotas por un monto superior al total de las contribuciones asignadas correspondientes a dos años completos, aunque el Consejo tenía la opción de permitir que ese Estado Miembro votara si se comprobaba que la incapacidad para pagar obedecía a situaciones ajenas a la voluntad del gobierno correspondiente. Los Estados Miembros sujetos a la aplicación del Artículo 6.B en aquel momento eran Argentina, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela. Dos de esos países, Argentina y Suriname, tenían planes de pagos diferidos.

272. La Argentina adeudaba un total de \$19,4 millones, de los cuales \$8,7 millones correspondían al 2002 y años anteriores. Durante 2005, había efectuado pagos que ascendían a \$5,5 millones y, por consiguiente, estaba cumpliendo su plan de pagos diferidos. Paraguay adeudaba aproximadamente \$575.000, de los cuales \$75.000 correspondían al año 2002. En lo que iba del 2005, había pagado \$34.992. Tendría que hacer un pago mínimo de \$74.543 antes de la apertura del 46.º Consejo Directivo o de lo contrario Paraguay seguiría estando sujeto a las restricciones de voto con arreglo al Artículo 6.B. Perú adeudaba aproximadamente \$1,4 millones, de los cuales cerca de

\$343.000 correspondían a 2002. No había efectuado ningún pago hasta la fecha en 2005, y tendría que pagar \$342.980 antes de la apertura del 46.º Consejo Directivo o perdería su derecho a votar. Suriname adeudaba aproximadamente \$283.000, de los cuales cerca de \$102.000 correspondían a 2002 y años anteriores. De conformidad con su plan de pagos diferidos, era preciso que pagara un total de \$100.420, que incluye un saldo adeudado de \$10.420 correspondiente a 2004 y \$90.000 de 2005. Aunque se habían mantenido conversaciones continuas con el Gobierno, en 2005 no se había recibido ningún pago.

273. A la Oficina le complacía informar que tres países —Cuba, Ecuador y República Dominicana— ya no estaban sujetos a las disposiciones del Artículo 6.B, pues habían efectuado pagos suficientes en conformidad con sus planes de pagos diferidos. Cuba tenía un historial excelente de cumplimiento de sus planes de pago; el plan actualmente en efecto abarcaba el período 2003-2008. La República Dominicana también había realizado esfuerzos ininterrumpidos para cumplir con su plan de pagos diferidos y tenía previsto liquidarlo a cabalidad en 2007. El Ecuador había cumplido todos los requisitos del plan al pagar totalmente su cuota de 2005 el 27 de mayo de 2005.

274. En el debate que siguió, el Comité solicitó aclaración de las condiciones para el pago de las cuotas en moneda nacional, las circunstancias en que el Consejo Directivo podría permitir que un país que estaba sujeto a la aplicación del Artículo 6.B conservara su derecho de voto y la manera como funcionaban los planes de pagos diferidos. Los Miembros también quisieron saber la manera en que la Oficina preveía y planificaba los atrasos recurrentes en el pago de las cuotas al momento de hacer las proyecciones del presupuesto.

275. El Delegado de Argentina se lamentó de que su país siguiera en la lista de los países con atrasos significativos en el pago de sus contribuciones. Aun así, Argentina estaba cumpliendo con su plan de pagos, lo que le había permitido reducir en forma sostenida su deuda y mantener su posición en la Organización, a pesar de la crisis económica que había acosado el país en los últimos años. Esperaba que en los próximos años se pondría al corriente en el pago de sus cuotas y, por lo tanto, ya no estaría en la lista de los países sujetos a las disposiciones del Artículo 6.B.

276. El Comité reconoció los esfuerzos desplegados por Argentina y otros países para cumplir sus obligaciones. Se recalcó que la Organización pertenecía a los Estados Miembros, y que por consiguiente estos tenían la responsabilidad de apoyarla. No podía esperarse que la OPS siguiera prestando servicios a los Miembros si estos no le proporcionaban los recursos económicos necesarios. Un Miembro observó que en los últimos años los fondos extrapresupuestarios habían tendido a superar los fondos provenientes de las contribuciones señaladas, tanto en la OPS como en la OMS. A pesar de que esos fondos extrapresupuestarios representaban una contribución innegable al desarrollo sanitario, el funcionamiento cotidiano de la Organización no podía depender de ellos, pues normalmente se destinaban a finalidades concretas. La Organización dependía del pago oportuno de las cuotas de los Miembros para cubrir sus costos de operación. Otro

Miembro expresó inquietud acerca del posible efecto de la nueva política del presupuesto de la Organización sobre el pago de las cuotas corrientes y la recuperación de las cuotas atrasadas. Señaló que varios países sufrirían una disminución de sus asignaciones cuando la política entrara en vigencia en el bienio 2006-2007, y que esas reducciones podrían desalentar el pago de las cuotas, en particular en el caso de los países que tenían grandes atrasos.

277. En respuesta al último punto, la Directora dijo que la Oficina había venido esforzándose, mediante la cooperación centrada en los países y otras conversaciones con autoridades nacionales, a demostrar el valor de pertenecer "al club de la OPS", lo que incluía no solo el monto de la asignación presupuestaria ordinaria del país sino también otros beneficios que los países recibían de su participación en la OPS, a saber: los servicios de los centros colaboradores de la OMS y la OPS y los centros panamericanos; los intercambios de información y de expertos; los proyectos extrapresupuestarios, y el acceso al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, la Biblioteca Virtual en Salud y otros "productos regionales", entre muchos otros.

278. La Sra. Frahler, en respuesta a la pregunta sobre el pago de las cuotas en moneda nacional, recordó que el 45.º Consejo Directivo había aprobado el pago en moneda nacional, sujeto a varias condiciones. Primero, los países debían notificar con antelación al Director su intención de pagar en moneda nacional. Luego, la Oficina determinaría si la representación de la OPS/OMS en el país tenía la capacidad de absorber el pago en moneda nacional; en caso afirmativo, el país recibiría un crédito por la cantidad equivalente en dólares de los Estados Unidos, sobre la base del tipo de cambio de las Naciones Unidas. Si la representación de la OPS/OMS no podía absorber todo el pago o una parte de este en moneda local, los fondos excedentes serían transferidos a la sede de la OPS, y el Estado Miembro recibiría crédito para el pago de su cuota por la cantidad efectivamente acreditada a la cuenta bancaria de la Organización, basada en los tipos de cambio predominantes en el mercado libre. De esta manera, se lograba que la OPS no sufriera ninguna pérdida por las fluctuaciones de los tipos de cambio.

279. Con respecto a los planes de pagos diferidos, explicó que eran una opción ofrecida a los países con dificultades para abonar sus cuotas oportunamente. El 44.º Consejo Directivo había solicitado que tales planes no se prolongaran más de cinco años.³ En el primer año del plan, por lo general se pedía al Estado Miembro que pagara la cuota de ese año a fin de no seguir retrasándose más. En cada año posterior, el país debía pagar la cuota del año en curso más un cierto porcentaje de su adeudo, con el objetivo de que esos atrasos se liquidaran plenamente a fines del quinquenio. Los planes de pagos diferidos habían resultado un instrumento muy eficaz para aumentar la recaudación de las cuotas y recuperarse de los atrasos. En cuanto a las circunstancias bajo las cuales un país que estaba sujeto a la aplicación del Artículo 6.B podía conservar su derecho de voto, cada año el Consejo Directivo nombraba un comité formado por tres Miembros para evaluar la

³ Resolución CD44.R3

situación de dichos países. Si el comité comprobaba que el país no había podido efectuar el pago oportuno de sus cuotas por circunstancias ajenas a la voluntad del gobierno, podía recomendar al Consejo Directivo que se le permitiera votar.

280. Con relación a la pregunta de cómo trataba la Oficina las cuentas atrasadas en su presupuestación, explicó que, de conformidad con las normas de contabilidad de las Naciones Unidas, la OPS debía dar por sentado que todas las cuotas se pagarían. Por lo tanto, las cifras que aparecían en los estados financieros de la Organización reflejaban el pago completo. Sin embargo, los estados financieros también contenían una provisión para compensar los retrasos en la recaudación de las cuotas. Cualquier cuota que no se había recibido a finales del segundo año de un bienio se incluían en la provisión para los retrasos. Normalmente, la Organización recibía entre 85% y 90% de las cuotas en el año en curso, el resto se recaudaba posteriormente en forma de pagos por cuotas atrasadas. Empezando alrededor de la mitad del segundo año de un bienio, ella y su personal efectuaban un análisis —basado en las consultas con los gobiernos por conducto de las representaciones de la OPS/OMS— de lo que la Organización podía esperar recibir en concepto de cuotas durante el resto del año, y presentaba un cálculo a la Directora cada mes. Al final del bienio, la Directora decidía cuánto debía retenerse en el próximo bienio.

281. La Directora agregó que se retenía cierta cantidad de las asignaciones de programas, normalmente entre 5% y 10%, basándose en el examen de la situación en la Región y los cálculos de la recaudación prevista de las cuotas. Si se recibía una cantidad mayor que la prevista, podían liberarse algunos de los fondos retenidos. Además, la Oficina tenía varios otros medios de predecir y regular la disponibilidad de los fondos. Uno era la "información especial sobre política", es decir, el análisis de las circunstancias y tendencias políticas en la Región que podrían influir en la recaudación de las cuotas. Se sabía, por ejemplo, que en general había una disminución en los pagos de cuotas alrededor de la época de las elecciones nacionales y que se producía un aumento en los pagos justo antes de la sesión de junio del Comité Ejecutivo. La Oficina también podía regular el momento en que se producían ciertos gastos, por ejemplo, retrasando la adjudicación de puestos vacantes, prorrogando los puestos del personal en edad de jubilarse para diferir de ese modo el pago de la jubilación y las prestaciones de repatriación y otras medidas administrativas. Había por lo tanto varias maneras de evitar problemas de liquidez como resultado de los retrasos en la recaudación de las cuotas.

282. El Comité aprobó la resolución CE136.R4, por la que insta a todos los Estados Miembros a que abonen sus cuotas pendientes cuanto antes y recomienda al Consejo Directivo que aplique estrictamente las disposiciones del Artículo 6.B a los países que no hayan efectuado los pagos necesarios de sus compromisos de cuotas o que no estén cumpliendo con sus planes de pagos diferidos. El Comité también solicitó a la Directora que siguiera explorando mecanismos que puedan contribuir a lograr el pago puntual de las cuotas por los Estados Miembros.

Informe financiero parcial del Director (Documento oficial 320)

283. La Sra. Frahler también presentó el Documento oficial 320, que contenía el informe provisional de la Directora sobre las transacciones financieras de la OPS durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004, así como 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). Como era costumbre tratándose del informe provisional, el documento no se acompañaba del dictamen del Auditor Externo.

284. En 2004, los ingresos totales de la Organización habían ascendido a \$361 millones, mientras que los gastos habían sumado \$375 millones. Los gastos del presupuesto por programas de la OPS habían sido de \$81 millones, o sea, 22% del total. La ejecución de los fondos fiduciarios proporcionados por socios y donantes había representado \$63 millones, es decir, 17%, a pesar de que el gasto más grande había sido para la compra de vacunas en nombre de los Estados Miembros por conducto del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas del Programa Ampliado de Inmunización, rubro que ascendió a \$153 millones, o sea, 41% del total. (Los \$4,2 millones ganados en concepto de gastos de apoyo a programas para el Fondo del PAI en 2004 habían servido para aumentar la capitalización del Fondo a \$30,5 millones.)

285. Durante 2004, la Organización había recibido \$50,2 millones en pago de cuotas del año en curso y \$30,4 millones en cuotas de años anteriores. Por lo tanto, había un déficit de \$11,6 millones, equivalente al 14%, por comparación con los ingresos presupuestados en concepto de cuotas. Las cuotas pendientes totales habían aumentado levemente a \$70 millones, de los cuales \$61 millones, es decir, 87%, representaban las cuotas atrasadas de cuatro Estados Miembros.

286. Por comparación con la cantidad presupuestada de \$6,75 millones en concepto de ingresos varios, sólo se habían obtenido \$2,5 millones, principalmente como resultado de las tasas de interés bajas en los Estados Unidos y otros países.

287. Para lograr que los ingresos del presupuesto ordinario fuesen suficientes para sufragar los gastos, la Directora había implantado estrictas medidas suplementarias de supervisión y examen. Como resultado, en 2004 los gastos del presupuesto ordinario por programas habían ascendido a \$81,2 millones, es decir, una disminución de \$12,3 millones (14%), por comparación con la cantidad presupuestada. La disminución era atribuible principalmente a la modificación de los procesos, que dio por resultado la reducción de puestos, la automatización de los informes y procesos financieros, la implantación de nuevas tecnologías de la información y contratación externa de los servicios en esta esfera, y una renegociación con la OMS con respecto a la proporción que paga la OPS de la prima del seguro de salud de los jubilados de la OMS. Una innovación fue la transferencia nocturna de la información financiera de todas las oficinas de país a la Sede, y la disponibilidad inmediata de esa información para todos los interesados directos pertinentes al día siguiente. El control de los gastos le había permitido a la Directora reducir al mínimo el déficit de la Organización en 2004 a \$3,65 millones, financiado con recursos del Fondo

de Trabajo, que había disminuido de \$15 millones —su límite máximo autorizado a la sazón— el 31 de diciembre de 2002, a \$11,6 millones a fines de 2003 y a \$7,96 millones el 31 de diciembre de 2004.

288. La asignación de la OMS había sido de \$40,2 millones, de los cuales \$32,4 millones eran para las actividades del presupuesto por programas, \$6,6 millones para los fondos voluntarios para la promoción de la salud, \$337.000 para el programa de profesionales asociados y el Fondo de Depósito Sasakawa para la Salud, y \$863.000 para el fondo de tecnología de la información y otros proyectos.

289. Los recursos de fondos fiduciarios se recibían de Estados Miembros, gobiernos que no son miembros, organizaciones internacionales e instituciones de los sectores público y privado. Se facilitaban para fines concretos y estaban sujetos a convenios sobre los proyectos que definían la cuantía del apoyo económico y la función de la OPS en la prestación de asistencia técnica. Al comienzo de 2004, la cantidad disponible para tales proyectos era de \$33 millones. En el año se habían recibido otros \$72 millones, lo que representaba un aumento de 36% con relación al año anterior y, además, era el nivel más alto de financiamiento proveniente de donantes o socios jamás recibido por la Organización.

290. Los estados financieros de CAREC indicaban que durante 2004 sus ingresos habían superado los gastos por \$285.000, con lo cual su fondo de trabajo aumentó a \$1,2 millones. Las cuotas adeudadas por los Miembros hasta el 31 de diciembre de 2004 habían disminuido a \$2,2 millones, frente a \$4,2 millones a fines de 2002; el factor más significativo había sido el pago de las cuotas por Trinidad y Tobago. CAREC había recibido \$2,5 millones de socios y donantes para proyectos específicos, de los cuales el proyecto de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA había recibido \$2,1 millones.

291. Los estados financieros de CFNI mostraban un déficit de \$30.200, de modo que el déficit acumulado aumentó a \$435.000. El retraso en la recaudación de \$1,2 millones en concepto de cuotas de los Estados Miembros del Caribe estaba repercutiendo fuertemente en la situación financiera de este centro. La Directora de la OSP había convocado un grupo de trabajo para analizar las medidas necesarias para solucionar el déficit. Durante 2004, CFNI había recibido \$663.000 para proyectos de fondos fiduciarios centrados principalmente en la nutrición y la infección por el VIH/SIDA en el Caribe, el fortalecimiento de la inocuidad de los alimentos en el Caribe y el tratamiento nutricional de la diabetes.

292. El INCAP había mantenido su situación financiera sólida al lograr que los gastos se ajustaran a los ingresos recibidos en concepto de cuotas. La recaudación de las cuotas había mejorado, pues los atrasos en este renglón habían disminuido a sólo \$101.000. Por lo tanto, el fondo de trabajo de INCAP seguía siendo de \$1.000.000. El INCAP había recibido \$1.000.000 en ingresos de fondos fiduciarios, principalmente para mejorar la

nutrición y el desarrollo de alimentos enriquecidos, y su fondo de dotación había alcanzado \$360.000.

293. En respuesta a las preguntas de los Miembros, la Sra. Frahler aclaró que las situaciones financieras de CAREC, CFNI e INCAP se daban a conocer cada año porque los tres recibían sus propias cuotas, pagadas por sus Estados Miembros. Los otros centros tenían una situación diferente y por ello el informe correspondiente era bienal.

294. El Comité tomó nota del informe financiero parcial.

Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna (documento CE136/21)

295. El Sr. Kenneth Langford (Director, Departamento de Servicios de Supervisión Interna, OMS) presentó el informe sobre el trabajo del Departamento de Servicios de Supervisión Interna (IOS) de la OMS con relación a la OPS para el año civil 2004. Explicó que su departamento era una entidad independiente, de seguridad objetiva y asesora, que tiene la finalidad de agregar valor y mejorar las operaciones de la Organización. Ayudaba a la OMS y la OPS a lograr sus objetivos mediante la evaluación y el mejoramiento de la eficacia de los procesos para la gestión de riesgos, el control y la gobernanza. IOS realizaba investigaciones de presuntas actividades irregulares y evaluaba programas. En la OPS, la Unidad de Servicios de Supervisión Interna se encargaba de las actividades de auditoría interna exigidas por el párrafo 12.1 del Reglamento Financiero de la OPS. IOS podía recibir directamente de todos los funcionarios quejas o información sobre fraudes u otras actividades irregulares. El equipo de auditoría en Washington lo formaban dos auditores, con el apoyo del personal de IOS en Ginebra. Los auditores de Washington se ocupaban principalmente de la gestión y el control de riesgos relacionados con las áreas financiera y administrativa, mientras que el personal de Ginebra se concentraba en la evaluación de programas, las investigaciones y la auditoría del desempeño de la OPS.

296. Sobre la base de los resultados del trabajo de IOS en 2004, los auditores creían que los procesos de la OPS para la gestión de riesgos, el control y la gobernanza de la Oficina brindaban una seguridad razonable de que las deficiencias significativas en el logro de los objetivos de la Organización se podía prevenir o poner al descubierto. Sin embargo, las auditorías emprendidas en 2004 habían señalado varios riesgos y problemas que debían abordarse; unos y otros se resumían en el documento CE136/21.

297. Una de las áreas examinadas en 2004 había sido la de los fondos de adquisiciones de la Organización, incluido el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. El trabajo se había centrado en la evaluación de la gestión del Fondo Rotatorio, incluidos la planificación, la ejecución del programa, la fiabilidad de la información, la comunicación y el monitoreo. Aunque se habían detectado algunos riesgos, al funcionario le complacía informar que la auditoría había encontrado que el Fondo Rotatorio había alcanzado en gran parte sus objetivos y había seguido funcionando con éxito. Señaló que el trabajo en los

fondos de adquisiciones en las Américas había sido el primero en una serie de auditorías del desempeño de los programas. Con la incorporación de profesionales con pericia en las áreas técnicas de la salud pública, IOS había aumentado la capacidad de examinar el trabajo central de la OPS desde los puntos de vista de la gestión y técnico.

298. Durante el año, IOS también había finalizado el examen de los controles financieros y administrativos en dos oficinas de país: la de Guatemala y la de Haití. En 2005 se tenía previsto practicar otras auditorías a nivel de país, e IOS esperaba seguir haciendo visitas a las oficinas de país sobre la base de la evaluación de riesgos actual. Por último, IOS había emprendido una evaluación del Programa de Becas de la OMS, en el cual participaba la OPS. La finalidad de la evaluación temática mundial había sido determinar la contribución de las becas al desarrollo de la capacidad nacional sostenible en el área de la salud y los recursos humanos. IOS estaba seguro de que la combinación de análisis cuantitativo y cualitativo, la variedad de interesados directos entrevistados y los diversos documentos examinados proporcionaban una instantánea global válida y fidedigna de los puntos fuertes y flacos del programa. Aunque las becas otorgadas por el programa brindaban considerables beneficios a los becarios y habían ayudado a fortalecer tanto el banco de recursos humanos adiestrados como los sistemas de salud de los países, era crucial remediar los puntos vulnerables y las deficiencias descritas en el informe para lograr que las becas alcanzaran todo su potencial y que los recursos valiosos no se usaran ineficientemente.

299. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y esperaba conocer las actualizaciones regulares sobre la puesta en práctica de las recomendaciones formuladas por del Departamento de Servicios de Supervisión Interna. Al Comité también le complació saber que la oficina de IOS en la OPS tenía ya el personal completo. Los Miembros expresaron inquietud por los riesgos mencionados en el documento para el buen funcionamiento del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas e instaron a que se abordaran inmediatamente. Se pidió información adicional sobre la manera en que la reorganización de la Unidad de Inmunización, en particular, podría afectar al Fondo Rotatorio. Se subrayó la importancia del Fondo Rotatorio para mantener la cobertura de vacunación, especialmente en el caso de los países pequeños. De manera análoga, los delegados señalaron que el personal de salud en los países pequeños dependía en gran medida de la OPS para las becas que les permitían recibir adiestramiento, por lo cual instaron a que se preste atención inmediata a los problemas mencionados en el informe de la auditoría. Se solicitó al Sr. Langford que explicara con más detalles los problemas observados en cuanto a la objetividad en la selección de los candidatos a becas. También se le pidió que comentara más a fondo los problemas señalados con respecto a los exámenes de las dos oficinas de país, y que explicara cómo se vinculaba el trabajo de IOS con el del Auditor Externo.

300. El Presidente señaló que, como IOS era uno de los brazos para velar por el cumplimiento de las recomendaciones del Auditor Externo, el Comité podría con el tiempo pedirle que realizara una evaluación del grado en que se habían puesto en práctica las

recomendaciones y del estado que guardaban varios otros procesos de cambio que estaban en curso en la Organización.

301. El Sr. Langford señaló que tal evaluación estaría sin duda dentro de la competencia de su departamento. En cuanto al nexo con el Auditor Externo, observó que si bien en el pasado el Departamento de Servicios de Supervisión Interna a menudo había duplicado ciertos aspectos del trabajo del Auditor Externo, en la actualidad había una división mucho más clara entre las funciones de las auditorías externa e interna. El trabajo de IOS había evolucionado y estaba mucho más orientado hacia los temas de gestión y programáticos, mientras que el mandato básico del Auditor Externo consistía en emitir un dictamen sobre la honradez de los estados financieros de la Organización. IOS proporcionaba al Auditor Externo copias de todos sus informes y, ahora que la Unidad de IOS en la OPS estaba completa y en funciones, el personal probablemente se reuniría con el Auditor Externo de la OPS al menos cada seis meses para hablar de sus planes de trabajo respectivos.

302. En cuanto a las auditorías de las dos oficinas de país, se habían realizado un año antes a petición de la OPS. Los puntos flacos identificados en los dos casos eran similares, pues tenían que ver con cuestiones de cumplimiento de las normas financieras; pero había algunas diferencias notables. Por ejemplo, en el caso de la oficina de Haití, se había encontrado que el programa de medicamentos esenciales carecía de capacidad con respecto a la gestión contable y financiera. La auditoría también había revelado problemas con los registros de control de inventarios. Desde la fecha de la auditoría se habían adoptado medidas considerables para corregir esas deficiencias. En Guatemala, por el contrario lado, la auditoría se había centrado más en las contrataciones. IOS seguiría examinando el cumplimiento de los controles de las contrataciones en esa oficina.

303. Por lo que hace a las preguntas sobre el Programa de Becas, el orador observó que una de las críticas fundamentales del informe de auditoría era que no debía ser considerado como un programa independiente. Más bien, debía considerarse como un medio para aumentar los recursos humanos para la salud. A nivel mundial, se había encontrado que en demasiados casos las becas se habían otorgado por razones políticas o mediante competencia, pero sin que mediara un intento racional o un plan para aumentar los recursos humanos para la salud. Otro punto débil encontrado fue la utilización de los becarios cuando regresaban a sus países. En enero de 2006 se presentaría un informe de seguimiento de la evaluación del Programa de Becas al Consejo Ejecutivo de la OMS, y, si el Comité Ejecutivo de la OPS lo deseaba, se le podría presentar un informe similar.

304. La Directora, en respuesta a las observaciones y las preguntas sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, dijo que la Unidad de Inmunización había experimentado algunos cambios en 2003, incluso del nombre, pero en realidad no se había reorganizado. Los cambios efectuados no habían afectado de ninguna manera al funcionamiento del Fondo Rotatorio. En su opinión, había tres retos principales para el buen funcionamiento continuo del Fondo Rotatorio: la reducción del número de proveedores de vacunas, el costo elevado de los productos biológicos nuevos y el

mantenimiento de la solidaridad panamericana. Con respecto a esta última, recalcó la importancia de la participación continua en el Fondo Rotatorio de los países que eran grandes compradores. Dado que la capacidad de negociar unos precios más bajos de las vacunas dependía del volumen, si un comprador grande se retiraba, ello repercutía en los demás países participantes, especialmente en los compradores pequeños con una capacidad de negociación limitada por sí mismos.

305. Un motivo de gran preocupación era la disminución del número de proveedores de vacunas, pues además de reducir la disponibilidad de estas volvía muy frágil el mercado y lo hacía vulnerable a cualquier problema, como los problemas de calidad que a comienzos del año habían conducido a la crucial escasez de vacuna antigripal en Estados Unidos. Una inquietud afín era el costo elevado de los productos biológicos nuevos, como la vacuna antirrotavírica, que muchos países deseaban introducir en sus programas de vacunación. Para permitir que los países pudieran obtener estas vacunas nuevas, que son costosas, mediante el Fondo Rotatorio, la OPS estaba tratando de aumentar la capitalización de este a por lo menos \$5 millones. Con ese fin, la Organización estaba apelando a diversas fundaciones filantrópicas y a los países donantes para que hicieran donaciones al Fondo.

306. El Comité no adoptó una resolución sobre este tema. Sin embargo, en la resolución CE136.R3 solicitó que el Departamento de Servicios de Supervisión Interna de la OMS informara anualmente al Comité Ejecutivo.

Asuntos de personal

Recursos humanos (documentos CE136/22, CE136/INF/7 y CE136/INF/7, Add. I)

Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP e informe anual sobre los recursos humanos

307. El Sr. Philip MacMillan (Gerente del Área de Gestión de Recursos Humanos, OPS) resumió las modificaciones propuestas al Reglamento del Personal, presentadas en el anexo 1 al documento CE136/22, cuya ratificación se solicitaba al Comité Ejecutivo. Explicó que algunos de los cambios propuestos eran necesarios para mantener la congruencia con las modificaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud y ratificadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 115.^a reunión, en enero de 2005. La Oficina también estaba proponiendo varias modificaciones suplementarias con miras a responder plenamente a las recomendaciones formuladas por el Auditor Externo en 2004 y a facilitar una buena gestión de personal.

308. Las modificaciones propuestas para mantener la congruencia con la OMS y otras organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas eran las relacionadas con la remuneración del personal en las categorías profesional y superiores; los sueldos del Subdirector, el Director Adjunto y el Director; los subsidios de educación y de educación especial para los hijos de los funcionarios; la licencia de paternidad; los nombramientos

temporales; las promociones; las primas de repatriación y el transporte de los enseres domésticos; el pago de las prestaciones por fallecimiento de un funcionario a sus beneficiarios; y las condiciones bajo las cuales podría ordenarse o concederse la licencia especial.

309. En cuanto a las otras modificaciones propuestas, en consonancia con los esfuerzos de la Oficina para responder plenamente a las recomendaciones del Auditor Externo con respecto al fortalecimiento de la responsabilización individual e institucional, se había hecho hincapié en la revisión de los artículos del reglamento que versaban sobre el comportamiento del personal. Con ese fin, se habían aclarado las normas de conducta aplicables al personal, se habían reforzado las disposiciones relativas al conflicto de intereses, se había ampliado la definición de faltas graves, y se había ampliado la variedad de medidas disciplinarias para castigar las faltas graves. Además, en aras de promover una gestión de personal más eficaz, la Oficina estaba proponiendo una modificación al reglamento y el estatuto en cuanto a las subvenciones y los derechos del personal que trabajaba fuera de su lugar reconocido de residencia; el período de prueba para el personal de la OMS nombrado para un puesto en la OPS; el pago en lugar del preaviso cuando el nombramiento de un funcionario llegaba a su fin o se rescindía; las relaciones entre el personal y la administración; los procedimientos de apelación para los funcionarios que deseaban ejercer su derecho de recusar cualquier acción administrativa o decisión que afectara a las condiciones de su nombramiento; y la sujeción a la jurisdicción de los tribunales locales para la resolución de controversias laborales que afectan al personal de contratación nacional.

310. Con respecto al informe anual sobre los recursos humanos, el Sr. MacMillan invitó al Comité a examinar los documentos CE136/INF/7 y CE136/INF/7, Add. I, en los que se presentaban las estadísticas correspondientes a 2004-2005, y puntualizó que este tipo de informe se presentaba por primera vez a los Cuerpos Directivos. Ambos documentos presentaban un panorama de las prioridades y las actividades actuales en materia de gestión de los recursos humanos de la OPS y trazaban un perfil del personal a mayo de 2005. Para concluir su intervención, observó que todas las modificaciones propuestas al Reglamento y el Estatuto del Personal de la Organización se habían comunicado a la OMS, y que la Asociación de Personal de la OPS había sido consultada y estaba de acuerdo con los cambios propuestos.

311. El Comité expresó su apoyo a las modificaciones propuestas, observando que muchas de ellas mejorarían la transparencia de la gestión de los recursos humanos, en particular las vinculadas con la conducta y los procedimientos disciplinarios. El Comité también señaló que algunos cambios propuestos correspondían a las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Se sugirió que, una vez que dicho grupo finalizara sus recomendaciones, habría que efectuar un análisis completo para velar por la aplicación cabal de las recomendaciones en cuanto a los recursos humanos.

312. En respuesta a las preguntas planteadas por un Miembro, el Sr. MacMillan declaró que la sección del Reglamento del Personal relativa a los conflictos de intereses ahora estipulaba que ciertos funcionarios y sus familiares estaban obligados a presentar una declaración de intereses. La Oficina de Asuntos Jurídicos confeccionaría la lista de quienes estaban obligados a hacerlo y se comunicaría al personal. Asimismo, el funcionario explicó las disposiciones del párrafo 380.3.2 del Reglamento del Personal en relación con la fecha de vigencia de cualquier disminución del sueldo de un funcionario, explicando que tales disminuciones se debían por lo general a una reducción del grado. Según las disposiciones corrientes, tales reducciones entraban en vigor el primer día del mes siguiente a la finalización del período necesario de aviso. La Oficina no estaba recomendando ningún cambio en esa disposición porque si el cambio entrara en vigor a partir de la fecha de la notificación al funcionario, podría ser necesario recuperar dinero del sueldo ya pagado al funcionario. Como seguramente el Comité comprendería, tal recuperación era difícil para todos los interesados. Sin embargo, él recomendaría eliminar la referencia a un período necesario de aviso, pues de hecho no había ningún período necesario de aviso para las reducciones de sueldos. Propuso que la redacción de esta disposición se cambiara del siguiente modo: “Cualquier reducción entrará en vigor el día primero del mes siguiente al aviso dado al funcionario de la decisión de reducirle el grado o el sueldo”.

313. El Comité aceptó este cambio y adoptó la resolución CE136.R10, por la cual ratifica las modificaciones propuestas al Reglamento del Personal y fija los sueldos del Director Adjunto y el Subdirector, así como la resolución CE136.R9, por la que fija el sueldo del Director y aprueba las modificaciones del Estatuto del Personal en cuanto a los mecanismos de resolución de controversias al alcance de los empleados de contratación nacional.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE136/23)

314. La Sra. Olga Carolina Báscones (Presidenta de la Asociación del Personal de la OSP) reseñó el contenido del documento CE136/23, que presentaba los asuntos que la Asociación del Personal deseaba señalar a la atención del Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión. Esos asuntos tenían que ver con el fortalecimiento de un marco institucional para el debido procedimiento legal y la institucionalización de prácticas que contribuyan a crear un entorno de trabajo que permita al personal proteger sus condiciones de empleo mientras lleva a cabo sus actividades en conformidad con los mandatos de la Organización.

315. La Asociación del Personal había desempeñado una función diligente y positiva en los procesos de cambio institucional y de aplicación de las recomendaciones del Auditor Externo. También había apoyado la política sobre el acoso en el lugar de trabajo, el proceso de definir el puesto del Mediador y la formulación de un código de conducta ética para el personal. La Asociación de Personal recibía con beneplácito y estaba comprometida a apoyar dos de las iniciativas incluidas en la hoja de ruta de la Directora

para la transformación institucional: la iniciativa de las normas de responsabilización y transparencia y la de estrategia de recursos humanos.

316. A pesar del progreso logrado en el mejoramiento de la gobernanza y el debido procedimiento legal dentro de la Organización, la Asociación de Personal consideraba que hacía falta desplegar más esfuerzos para acelerar el progreso en varios asuntos, en particular la contratación del personal con contrato a corto plazo y de los consultores. El documento CE136/23 explicaba por qué la Asociación consideraba ese tema una prioridad y recalca la necesidad de seleccionar al personal con contrato a corto plazo mediante un proceso competitivo, con representación de la Asociación de Personal en los comités de selección. La Asociación de Personal por mucho tiempo había opinado que debía estar representada en todos los comités de selección; por consiguiente, recibió con beneplácito la decisión reciente de la Directora de autorizar su representación en los comités para la selección del personal en los puestos P5 y superiores. Esa decisión hacía converger la política de la OPS y la de la OMS sobre este tema.

317. Otra inquietud de la Asociación de Personal era la contratación de los jubilados. Desde 1985, la Asociación había sostenido que la recontractación sistemática del personal jubilado no era la mejor práctica y que la OPS debería formular una política explícita al respecto. Esa recontractación sistemática de los jubilados tenía graves implicaciones, no solo porque obstaculizaba la contratación de personal nuevo, más joven, sino también porque los jubilados no aportaban a la Caja de Pensiones mientras se los volvía a contratar, lo que disminuía el fondo del que el personal actual recibiría su jubilación con el tiempo.

318. En el área de la evaluación del desempeño, la Asociación de Personal apoyaba la implantación de un enfoque de 360 grados, en el cual el desempeño del personal y de la administración se evaluaría de una manera que reflejara las interacciones profesionales de una persona no solo con su supervisor, sino también con los subordinados y sus iguales. La Asociación de Personal también apoyaba plenamente la adopción de la política propuesta de igualdad de género de la OPS.

319. En conclusión, apeló al Comité para que velara por que cualquier medida suya que afectara al personal, como por ejemplo una decisión sobre el estado de los centros panamericanos, se aplicara con arreglo a normas y procedimientos específicos que respetaran la integridad del personal y garantizaran sus derechos. La oradora agradeció al Dr. Steiger, como representante del Comité Ejecutivo, sus esfuerzos para lograr que el personal tuviera voz en la aplicación de las recomendaciones del Auditor Externo. También agradeció a otros Miembros que habían solicitado conocer los puntos de vista del personal sobre diversos temas, y aseguraron al Comité que la Asociación de Personal seguiría apoyando y contribuyendo al proceso de transformación que estaba en marcha en la Organización.

320. El Comité agradeció su informe a la Sra. Báscones y manifestó su apoyo a la Asociación del Personal y su contribución a la salud general de la Organización. Se señaló

que varias inquietudes planteadas por la Asociación del Personal se relacionaban con asuntos mencionados también por el Auditor Externo en su informe especial de 2004 y por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. El Comité reconoció que muchos de esos asuntos se estaban abordando mediante el proceso y la hoja de ruta del cambio institucional; sin embargo, no siempre era fácil ver los nexos entre las medidas que estaba adoptando la Oficina y las inquietudes concretas de la Asociación del Personal. En consecuencia, el Comité propuso que los informes futuros del Área de Gestión de Recursos humanos debían incluir la respuesta explícita dada a cada una de las inquietudes planteadas por la Asociación del Personal en su intervención.

321. El Sr. MacMillan encomió a la Asociación del Personal por su empeño, sus aportaciones y su cooperación en el mejoramiento de las prácticas de gestión de personal de la Organización. Aseguró al Comité que la administración estaba colaborando estrechamente con la Asociación del Personal en diversas iniciativas encaminadas a abordar las inquietudes de esta última. La Oficina prepararía un documento para el Consejo Directivo que indicaría cómo se estaba abordando cada asunto. Señaló que la Oficina había establecido recientemente el puesto de oficial de políticas dentro del Área de Gestión de Recursos Humanos porque se tenía la impresión de que debía haber un funcionario dedicado por completo a los asuntos de política del personal y formulación de políticas. La persona contratada para ese puesto, que comenzaría a trabajar a principios de julio, podría agilizar la resolución de asuntos como los que había planteado la Asociación del Personal.

322. Estuvo de acuerdo con la necesidad de un proceso de carácter más competitivo para la contratación de los consultores a corto plazo y dijo que la Oficina esperaba finalizar la política sobre ese asunto a tiempo para presentarla al 46.º Consejo Directivo. Sin embargo, aun antes de implantar la política, la Oficina estaba adoptando medidas para corregir los problemas mencionados por el Auditor Externo y la Asociación de Personal. Por ejemplo, había empezado a anunciar y contratar a los candidatos a muchos puestos temporales siguiendo el mismo procedimiento que se usaba en el caso de los puestos de plazo fijo. Con respecto a la contratación de los jubilados, dijo no estar de acuerdo con considerarla “sistemática” como afirmaba la Asociación del Personal. De hecho, la Organización actualmente tenía 15 jubilados trabajando para ella, de un total de unos dos mil. Era verdad que unas pocas personas habían sido recontratadas y habían seguido trabajando durante varios años después de su jubilación, pero él no diría que este es un problema sistemático. En cualquier caso, como se había indicado anteriormente en la sesión, la Oficina estaba reevaluando la práctica de la contratación de los jubilados.

323. En cuanto a las evaluaciones del desempeño, estuvo de acuerdo en que la Organización necesitaba mejorar su sistema de gestión del desempeño y uno de los métodos que estaba considerando era la evaluación de 360 grados. Entretanto, la Oficina estaba adoptando medidas positivas para mejorar la planificación y la evaluación del desempeño en dos aspectos: estaba automatizando el proceso y estaba introduciendo el

desempeño basado en las competencias. Para enero de 2006 se tenía previsto implantar un sistema automatizado de gestión y evaluación del desempeño para todo el personal.

324. El Presidente invitó a la Sra. Báscones a que compartiera las ideas de la Asociación del Personal con respecto al procedimiento de atención de quejas de la OPS. La Sra. Báscones señaló que el interés primordial de la Asociación del Personal era que se establecieran canales y procedimientos claros para informar y atender las quejas y los dilemas éticos, sobre todo en los casos que no constituían faltas graves flagrantes, como el fraude. El personal necesitaba comprender dónde ir y a quién consultar si tuvieran preguntas o inquietudes de índole ética, y necesitaban estar seguros de que no se tomarían represalias contra quienes plantearan un problema de ética o notificaran una presunta violación de la ética. En opinión de la Asociación del Personal, el sistema que se llegara a implantar debía tener varias etapas y facilitar varias opciones para la resolución de las quejas, de manera que la acción judicial fuese el último recurso. Para contribuir más constructivamente al proceso de definir los procedimientos eficaces de atención de quejas de la Organización, la Asociación del Personal había contratado, con sus propios recursos, un pasante de la Universidad de Georgetown, en Washington, D.C., para que le ayudara a estudiar las prácticas de otras organizaciones y a seleccionar opciones que pudieran ser apropiadas para la OPS.

325. El Comité Ejecutivo agradeció a la Sra. Báscones y tomó nota del informe.

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE136/25)

326. El Dr. Philippe Lamy (Gerente del Área de Gobernanza, Políticas y Alianzas, OPS) reseñó las resoluciones y otras acciones de la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud que se consideraron de interés particular para el Comité Ejecutivo de la OPS. La Asamblea Mundial de la Salud había tenido lugar en Ginebra (Suiza) del 16 al 25 de mayo de 2005. Habían participado delegados de 28 Estados Miembros de las Américas. El Dr. Miguel Fernández Galeano, Viceministro de Salud del Uruguay, había sido elegido Vicepresidente, y Dr. Jerome Walcott, Ministro de Salud de Barbados, había sido elegido Presidente de la Comisión B.

327. El orden del día de la Asamblea había incluido 22 puntos, 15 de los cuales se referían a la política sanitaria y los otros 7 a asuntos administrativos, presupuestarios e institucionales. Como en las asambleas anteriores, los asuntos se habían tratado en una serie de sesiones de los comités y sesiones plenarias. La Asamblea había adoptado 34 resoluciones, 15 más que en 2004. Veinte de esas resoluciones tenían una pertinencia especial para los Estados Miembros de la Región de las Américas y para la Oficina Regional; 22 abordaban asuntos técnicos y de política sanitaria, y las cinco restantes se

referían a asuntos de gestión y presupuestarias. El orador señaló a la atención del Comité el cuadro en el anexo al documento CE136/25, Rev. 1, que mostraba claramente los nexos entre las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y las de la OPS sobre los mismos temas, señalando que algunas resoluciones de la Asamblea d abordaban temas, como la malaria o la tuberculosis, que el Comité Ejecutivo abordaría en la presente sesión.

328. Una de las resoluciones más importantes de la Asamblea de la Salud había sido la relativa a la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. El logro del consenso en ese tema había exigido un proceso intensivo de consultas y negociaciones, en particular durante las reuniones regionales y subregionales anteriores a la Asamblea. El funcionario recordó que la resolución CD43.R13 del Consejo Directivo había instado a los Estados Miembros de la OPS a que participaran activamente en el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional, cosa que en efecto había ocurrido. La resolución WHA58.3 instaba a los Estados Miembros de la OMS a que crearan, fortalecieran y mantuvieran la capacidad requerida con arreglo al nuevo Reglamento Sanitario Internacional y a que movilizaran los recursos necesarios para tal efecto. También exhortaba a los Estados Miembros a que prestaran apoyo a los países en desarrollo y los países con economías en transición a crear, fortalecer y mantener la capacidad de salud pública necesaria con arreglo al nuevo reglamento. En 2008 se presentaría a la Asamblea de la Salud un informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. El nuevo reglamento representaba un reto que impondría muchas exigencias a la OMS, en particular a nivel de país y en las oficinas regionales. Los requisitos esenciales de capacidad de vigilancia y de respuesta establecidos en el reglamento creaban un marco de referencia para mejorar la capacidad de los servicios nacionales de salud, y la OPS sin duda necesitaría elaborar un plan de acción para dar el apoyo necesario a los países.

329. Refiriéndose a la importancia del trabajo de las misiones de los Estados Miembros en Ginebra, el orador dijo que la Oficina estaba desarrollando una relación cada vez más estrecha con ellas y procuraría que tuvieran toda la información y la documentación que necesitaban.

330. El Presidente, hablando en nombre de la Delegación de los Estados Unidos de América, señaló que su país estaba realizando un estudio, que abarcaba los cinco últimos años, del progreso logrado en la aplicación de las resoluciones de la Asamblea de la Salud. Se comprometió a dar a conocer los resultados de ese estudio en ocasión del 46.º Consejo Directivo. También señaló que su país había sido elegido presidente del Grupo de las Américas (GRUA) durante el año en curso y dijo que Estados Unidos haría cuanto estuviera en su poder para facilitar la circulación de la información de Ginebra a los países de la Región.

331. El Comité tomó nota del informe sobre la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Otros asuntos

332. Los delegados de Canadá y Estados Unidos de América pidieron a la Oficina que distribuyera los documentos para el Consejo Directivo lo antes posible. El Delegado del Canadá señaló que la distribución tardía de los documentos de los Cuerpos Directivos había sido un problema perenne y recaló que los Estados Miembros necesitaban tenerlos con mucha antelación a las reuniones para hacerlos circular, al objeto de obtener las observaciones de los funcionarios correspondientes dentro de sus gobiernos respectivos. El tema era a tal punto importante para su delegación que esta podría considerar la posibilidad de proponer que cualquier punto para el cual no se hubiese proporcionado la documentación en el plazo fijado se suprimiera del programa. Canadá también creía que el plazo para enviar los documentos a los Estados Miembros quizás debía ampliarse a seis semanas antes de la apertura de una sesión.

333. Según había dicho antes en la sesión, y en sesiones anteriores, todos los documentos que se presentase a los Cuerpos Directivos por primera vez debían incluir información sobre los recursos que se dedicaban al área o la actividad en cuestión, incluidos no solo los recursos económicos sino también los recursos humanos y el tiempo del personal. Los documentos también debían indicar la repercusión que las actividades de la OPS estaban teniendo, o se preveía que tuvieran, en las poblaciones marginadas, en particular los pueblos indígenas y las mujeres.

334. Con el fin de simplificar la consideración de los puntos del orden del día y dar tiempo suficiente para el debate por los Estados Miembros, el Canadá propuso que se impusiera un límite de diez minutos para las ponencias de la Oficina en las sesiones de los Cuerpos Directivos.

335. El Delegado de Cuba dijo que, siguiendo el excelente ejemplo dado por la Argentina, a su Gobierno le gustaría brindar su hospitalidad al Comité para su 138.^a sesión, en junio de 2006. Además de los beneficios generales de celebrar las sesiones fuera de la Sede, ya mencionados por otros delegados, celebrar la sesión en Cuba brindaría la oportunidad a los Miembros de conocer de primera mano el sistema de salud cubano y observar el trabajo de la OPS con ese país, una colaboración que se remontaba muchos años atrás y había dado resultados sumamente satisfactorios.

336. La Directora agradeció la invitación al Delegado de Cuba y se comprometió a llevar a cabo los estudios de factibilidad y costos necesarios para celebrar una sesión de los Cuerpos Directivos fuera de la sede de la OPS. Con respecto a la distribución de los documentos, pidió comprensión y equidad. Señaló que en el caso del presupuesto, por ejemplo, sencillamente no sería factible enviar el documento seis semanas antes de la sesión de junio del Comité Ejecutivo. La OPS no podía finalizar su documento del presupuesto hasta que se aprobaba el presupuesto de la OMS, y eso no ocurría hasta finales de mayo. En consecuencia, la OPS tenía menos de un mes para preparar el documento y hacerlo traducir a todos los idiomas oficiales. Sería muy difícil que la Oficina pudiera elaborar el documento con más antelación para el Comité Ejecutivo.

Clausura de la sesión

337. El Presidente reiteró el agradecimiento del Comité al Gobierno de la Argentina por haber sido anfitrión de la 136.^a sesión y, tras el intercambio acostumbrado de expresiones de cortesía, declaró clausurada la sesión.

Resoluciones y decisiones

338. Se presentan a continuación las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión:

Resoluciones

CE136.R1 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 136.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE136/8, Add. I), 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 Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), en el entendido de que se revisarán las acciones establecidas en el acuerdo en la reunión del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, en el 2007.
2. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM), la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (FID), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), *March of Dimes*, *United States Pharmacopeia* (USP) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), durante un período de cuatro años.
3. 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.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R2 Política de la OPS en materia de igualdad de género

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado la propuesta de la Directora de implementar la Política de la OPS en materia de Igualdad de Género (documento CE136/8) así como también las recomendaciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo;

Habiendo considerado el tema ampliamente en su reunión,

RESUELVE:

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

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD46/___ acerca de la implementación de la Política de la OPS en materia de Igualdad de Género;

Teniendo en cuenta la persistencia de las desigualdades de género en las esferas de la salud y el desarrollo en el continente americano;

Recordando la Declaración de Beijing (1995), las recomendaciones de Beijing 10 años después (2005) y la Declaración del Milenio (2000);

Consciente de la existencia de evidencias internacionalmente aceptadas que indican que la incorporación de los criterios de equidad de género en las políticas y programas de

salud responde a los principios de la justicia, de la eficacia y la eficiencia en la práctica de la salud pública;

Reconociendo el debate sobre la Política de la OMS en Materia de Igualdad de Género y reconociendo la aprobación e implementación de políticas de igualdad de género en Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano; y

Tomando nota de la necesidad de adoptar todas las medidas adecuadas para evitar el tráfico de personas (mujeres y niñas) en la región y eliminar su demanda; y reconociendo que la pobreza y la inequidad de género son factores claves que promueven el tráfico, especialmente de mujeres y de niñas,

RESUELVE:

1. Aprobar la Política de Igualdad en materia de Género de la OPS/OMS.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) implementen la Política de Igualdad en Materia de Género, en colaboración con otros sectores pertinentes del gobierno, el sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano y los interesados directos de la sociedad civil.
 - b) generen y analicen datos desglosados por sexo y otras variables pertinentes.
 - c) incluyan, según corresponda, en los cálculos del financiamiento sanitario nacional y del gasto sanitario nacional, las aportaciones no remuneradas de las mujeres y los hombres al sistema de asistencia sanitaria.
 - d) incorporen la perspectiva de la igualdad de género, según corresponda, en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas así como también actividades de capacitación e investigación.
 - e) se esfuercen por lograr la paridad entre los sexos en materia de contratación y desarrollo de la carrera profesional, incluyendo el empleo, en el nivel de toma de decisiones.
3. Solicitar a la Directora, en la medida que lo permitan los recursos financieros disponibles, que:
 - a) formule un Plan de Acción para la implementación de la Política de Igualdad en materia de Género, que incluya un sistema para el seguimiento del desempeño y de responsabilización;

- b) dé prioridad a la producción y el análisis de datos desglosados por sexo y otras variables pertinentes;
- c) integre el concepto de género a las políticas y programas de la Organización, incluyendo actividades de investigación y capacitación;
- d) elabore materiales y programas de capacitación que promuevan la igualdad de género;
- e) apoye los esfuerzos de la sociedad civil y los Estados Miembros para vigilar la repercusión de las políticas y programas sanitarios sobre la igualdad de género, así como también su repercusión sobre la reducción de la mortalidad materna y la violencia de género;
- f) se esfuerce por lograr la paridad entre los sexos en cuestiones de contratación, desarrollo de la carrera profesional y empleo en el nivel de toma de decisiones de la Oficina;
- g) incluya la igualdad de género en los diferentes foros políticos y de gestión en los que participe la Organización a los niveles regional, subregional y nacional.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R3 Proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documento CE136/5),

RESUELVE:

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

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando los distintos procesos que han sistemáticamente examinado el accionar de la Organización Panamericana de la Salud con el objetivo de fortalecer a la Organización para mejor cumplir con las necesidades de los Estados Miembros;

Teniendo presente que el 44.º Consejo Directivo de la OPS le solicitó al Comité Ejecutivo que estableciera un grupo de trabajo para examinar la situación de la OPS en el siglo XXI y presentar su informe y formular recomendaciones al Consejo Directivo;

Habiendo considerado el Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documento CE136/5);

Tomando en consideración el documento CE136/14 “Actualización del progreso en el cambio institucional dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana”, y

Recordando la resolución CE134.R5, que solicita a la Oficina Sanitaria Panamericana que informe regularmente al Comité Ejecutivo sobre el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna de Servicios de la OMS, y la decisión CE135(D7) relativa a la implementación de las recomendaciones del Informe Especial del Auditor Externo,

RESUELVE:

1. Felicitar al Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y agradecerle la presentación de su informe.
2. Reconocer el informe del Grupo de Trabajo de la OPS sobre el Siglo XXI y sus recomendaciones.
3. Felicitar a la Directora por los cambios institucionales aplicados a la fecha, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana.
4. Solicitar a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS, que informe anualmente al Comité Ejecutivo.
5. Agradecer al Presidente y al Presidente saliente por su trabajo en la vigilancia de la implementación por parte de la Secretaría de las recomendaciones del Informe Especial del Auditor Externo.
6. Solicitar a la Directora que:

- a) implemente las recomendaciones del Auditor Interno;
- b) complete la aplicación de las recomendaciones del Informe Especial del Auditor Externo, centrándose especialmente en aquellos sistemas de gestión de quejas y recursos humanos;
- c) tome en cuenta los hallazgos del informe y recomendaciones del Grupo de Trabajo, los cambios institucionales dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana y las recomendaciones del Informe Especial del Auditor Externo, cuando prepare el próximo Plan Estratégico para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R4 Recaudación de las cuotas

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE136/20 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 2005 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2005 representan sólo 13% 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 CE136/20 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han liquidado sus cuotas correspondientes a 2005, e instar a los demás Estados Miembros a pagar cuanto antes sus contribuciones pendientes.

3. Recomendar al 46.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 los pagos requeridos 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:
 - a) continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe al 46.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas;
 - b) continúe explorando mecanismos que contribuyan al pago puntual de las cuotas de los Estados Miembros.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R5 La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la declaración del milenio

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE136/16 sobre la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" en las Américas y el objetivo de desarrollo relacionado con la malaria acordado a nivel internacional e incluido en la Declaración del Milenio,

RESUELVE:

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

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD46/___ sobre la malaria, el cual propone que los Estados Miembros prosigan los esfuerzos para combatir esta enfermedad mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional en todos los niveles de servicio para preservar los logros y reducir aún más la carga de morbilidad en los sitios donde sigue siendo un problema de salud pública;

Teniendo en cuenta que el 42.º Consejo Directivo instó a los Estados Miembros a que adoptaran la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" en los territorios donde la

malaria todavía constituye un problema de salud pública y a que se comprometieran a realizar una evaluación anual del progreso en las diferentes áreas de la iniciativa hasta que la malaria sea eliminada como un problema de salud pública en la Región;

Preocupado porque la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública en varios territorios y que se necesitan esfuerzos constantes para lograr los objetivos de la Iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo” en el año 2010 y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015;

Reconociendo el potencial para aumentar el apoyo financiero que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria presta a los países para controlar la malaria;

Preocupado porque los criterios que aplica el Fondo Mundial excluyen a muchos países de la Región de la posibilidad de recibir futuras subvenciones, y

Tomando nota del informe sobre la malaria presentado por la Secretaría de la OMS a la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud y la resolución WHA58.2, “Control del paludismo”,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) establezcan políticas y planes operativos nacionales para lograr el acceso a las intervenciones de prevención y control de las personas en riesgo o afectadas por la malaria, con miras a lograr una reducción de la carga de la malaria de al menos 50% para el 2010 y reducirla en 75% para el 2015;
 - b) realicen evaluaciones anuales sobre el progreso de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”;
 - c) asignen recursos nacionales, movilicen recursos adicionales y los utilicen eficazmente en la ejecución de las intervenciones apropiadas de prevención y control de la malaria; y se comprometan a realizar evaluaciones regulares de los adelantos logrados;
 - d) tengan en cuenta la necesidad de incluir personal adiestrado en cuestiones de la malaria cuando determinen las necesidades de personal de los sistemas de salud, y adopten medidas para apoyar la contratación, el adiestramiento y la retención del personal de salud;

- e) promuevan la comunicación, la coordinación y la colaboración entre las unidades de control de la malaria y otras unidades e instituciones técnicas, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las universidades; y fortalezcan la colaboración entre países encaminada a reducir la carga y prevenir la propagación de la malaria a través de las fronteras.
- f) apliquen métodos integrados de prevención y control de la malaria mediante la colaboración multisectorial y la participación comunitaria;
- g) propongan reducir los factores de riesgo de la transmisión mediante el control integrado de los vectores, promuevan el mejoramiento de las condiciones locales y ambientales y los entornos saludables, y aumenten el acceso a los servicios de salud con miras a reducir la carga de morbilidad;
- h) por conducto de sus representantes en la Junta Directiva del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como otros canales diplomáticos de alto nivel, incluida la Cumbre de las Américas, aboguen de manera coordinada por lograr un acceso equitativo a los recursos del Fondo Mundial por parte de los países y los socios de la Región.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) siga prestando cooperación técnica y coordinando los esfuerzos para reducir la malaria en los países endémicos y prevenir la reintroducción de la transmisión donde esto se ha logrado;
- b) que elabore mecanismos para vigilar el progreso de la prevención y control de la malaria e informe de ello en forma regular;
- c) ayude a los Estados Miembro, según corresponda, a crear e implantar mecanismos eficaces y eficientes para la movilización y utilización de los recursos;
- d) inicie y respalde iniciativas subregionales y entre países dirigidas a la prevención y el control de la malaria en los grupos de población que se desplazan constantemente, así como en zonas de interés epidemiológico común, particularmente en las fronteras;
- e) ayude a los Estados Miembro, según corresponda, a poner en práctica los proyectos financiados por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R6 Informe sobre los progresos realizados por la iniciativa mundial para la seguridad hematológica y el plan de acción para 2005-2010

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento CD136/15, Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica, y el Plan de Acción para 2005-2010,

RESUELVE:

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

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Observando la importancia de las transfusiones de sangre para el cuidado apropiado; la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes;

Habiendo estudiado el informe de la Directora sobre el progreso de la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica;

Reconociendo los logros en el tamizaje de los marcadores de agentes infecciosos en la sangre y la reducción del riesgo potencial de infecciones transmitidas por la transfusión en la Región;

Consciente de los esfuerzos realizados por la Oficina y los programas de sangre nacionales de los Estados Miembros para evaluar conjuntamente el trabajo anterior y formular un plan regional de acción para el mejoramiento de la seguridad de las transfusiones en las Américas para el año 2010;

Preocupado de que las metas señaladas por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 y por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud en el último decenio no se han logrado en la Región;

Reconociendo que para lograr el suministro suficiente, la calidad apropiada de la sangre y la seguridad apropiada de las transfusiones, es necesario revisar y ajustar los enfoques nacionales vigentes;

Reconociendo que aún es limitado el número de donantes voluntarios en la Región de las Américas;

Reconociendo con beneplácito la resolución WHA58.13 Seguridad Hematológica.: Propuesta para establecer el día del donante mundial, y

Motivado por el espíritu del panamericanismo, la equidad, y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) analicen el progreso y los retos en la búsqueda de la suficiencia, la calidad, la seguridad y el uso apropiado de la sangre y productos de sangre en sus países;
 - b) adopten oficialmente el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010, asignen apropiadamente y usen adecuadamente los recursos para obtener estos objetivos;
 - c) promuevan la participación de los sectores públicos y privados, ministerios de educación, trabajo y desarrollo social y de la sociedad civil en las actividades internacionales, nacionales y locales emprendidas para implementar el Plan Regional;
 - d) fortalezcan los servicios de sangre y mejoren su eficiencia a la vez que promueven una cultura de donación voluntaria no remunerada.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) coopere con los Estados Miembros en la elaboración de sus políticas y estrategias nacionales de sangre, y el fortalecimiento de los servicios de sangre para garantizar la seguridad de las transfusiones;
 - b) promueva la aplicación a nivel local de normas de calidad y métodos validados para el mejoramiento de la seguridad de los productos sanguíneos y la transfusión de sangre con un enfoque multidisciplinario;
 - c) trabaje con los Estados Miembros para vigilar el desarrollo de los programas nacionales de sangre y de seguridad de las transfusiones;
 - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el progreso de la implementación del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones, incluyendo las limitaciones;

- e) movilizó recursos en apoyo del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R7 Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento “Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2005-2015” (Documento CE136/17);

Reconociendo que la tuberculosis, a pesar de ser prevenible y curable, continúa siendo un importante problema de salud pública en las Américas pues ocasiona más de 230.000 casos y 53.000 defunciones cada año;

Considerando la diversidad en la situación epidemiológica de los Estados Miembros, así como las diferentes características de los sistemas de salud y el grado de desarrollo de sus programas nacionales de tuberculosis;

Teniendo en cuenta que el control de la tuberculosis enfrenta retos como la coinfección TB/VIH, la tuberculosis multidrogorresistente y las reformas del sector salud;

Habida cuenta de que la estrategia para el control de la tuberculosis reconocida internacionalmente es el tratamiento acortado directamente observado (DOTS), que alcanzó una cobertura de 78% de la población de las Américas en 2003 y que está logrando considerables avances en la detección y tratamiento de los casos de tuberculosis;

Considerando la necesidad de aumentar los esfuerzos para cumplir con los indicadores y metas referidos a la tuberculosis establecidos por la iniciativa Stop TB de la OMS así como aquéllas en el marco de los Objetivos de Desarrollo contenidos en la Declaración del Milenio, establecidos para el año 2015, y

Reconociendo la Resolución 58.14 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre “Financiamiento Sustentable para la Prevención y Control de la Tuberculosis”,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) ratifiquen que el control de la tuberculosis es una prioridad en los programas de salud y que expandan, fortalezcan o sostengan la aplicación de la estrategia DOTS;
- b) consideren el Plan Regional al formular los planes nacionales, con los objetivos de preservar los logros recientes, y alcanzar los objetivos internacionalmente acordados respecto de salud incluidos en la Declaración del Milenio para el año 2015;
- c) fortalezcan los sistemas de salud para implementar y reforzar las estrategias para el control de la tuberculosis multidrogorresistente, incluyendo el DOTS Plus, así como para mejorar la colaboración entre los programas de tuberculosis y de VIH/SIDA;
- d) promuevan la colaboración del sector público y privado, la sociedad civil, los organismos de las Naciones Unidas y otros interesados así como consideren formar asociaciones nacionales STOP TB para sostener y reforzar el apoyo a los programas nacionales de tuberculosis;
- e) asignen los recursos financieros y humanos necesarios para el control de la tuberculosis, de modo que todos los pacientes con tuberculosis tengan acceso al nivel universal de atención basado en un adecuado diagnóstico, tratamiento e información coherente con la estrategia DOTS.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) consolide y fortalezca el compromiso de la OPS para apoyar la expansión y sostenibilidad de la estrategia DOTS en la Región;
- b) coopere técnicamente con los países para enfrentar los nuevos retos que presenta la tuberculosis;
- c) fomente la alianza con los sectores público y privado y los organismos técnicos y financieros que trabajan para el control de la tuberculosis, con el fin de apoyar la Alianza Stop TB en las Américas;
- d) mejore la formulación y aplicación de estrategias integrales de salud pública dirigidas al control de la tuberculosis, a través de la asignación de los recursos, compartiendo experiencias y desarrollando herramientas de evaluación.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R8 Estrategia para el futuro de los centros panamericanos: papel de los centros panamericanos en la cooperación técnica de la OPS

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado los documentos que reúnen y actualizan la información sobre varios temas técnicos, gerenciales y administrativos que atañen al funcionamiento general de los Centros Panamericanos como una de las modalidades de la cooperación técnica de la OPS;

Teniendo en cuenta las actuales necesidades de cooperación identificadas por los Estados Miembros, las capacidades institucionales nacionales disponibles y la imperiosa necesidad de hacer el mejor uso posible de los recursos asignados a la Organización;

Reconociendo que la resolución CSP20.R31 de la 20.ª Conferencia Sanitaria Panamericana identificó a los centros panamericanos como una modalidad temporal de cooperación técnica utilizada mientras no existieran instituciones adecuadas para atender los problemas de interés común de los Estados Miembros;

Destacando que a lo largo de las últimas décadas los países de la Región han desarrollado una importante capacidad institucional nacional para atender numerosos problemas locales de salud, y que esa infraestructura institucional se ha constituido, a su vez, en un importante instrumento para la cooperación técnica de la OPS;

Reconociendo la nueva política regional de presupuesto por programa aprobada por el 45.º Consejo Directivo del año 2004 y la nueva estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana 2003-2007, aprobada por el 44.º Consejo Directivo en 2003;

Considerando que los siguientes principios deben guiar las decisiones relativas a desestablecer los Centros Panamericanos, los que debieran:

- a) minimizar cualquier impacto potencial negativo en la salud pública de la Región,
- b) maximizar la capacidad de la Oficina de la OPS para brindar cooperación técnica en la forma más efectiva y económica,
- c) asegurar que ningún recurso proveniente del presupuesto regional de la OPS, no expresamente orientado a los centros, sea aplicado en sustituto del compromiso financiero de los gobiernos anfitriones,
- d) alentar a que los aportes financieros de los gobiernos anfitriones se aseguren y mantengan a lo largo del tiempo, y

- e) analizar los flujos de fondos y atrasos de los centros incluyendo el impacto de dichos atrasos en la operación del Centro.

Atendiendo el reiterado interés de los Cuerpos Directivos de que los centros panamericanos sean evaluados regularmente como parte del proceso de planificación de los programas de cooperación técnica, y

Habiendo analizado las propuestas para la redefinición del papel y reordenamiento institucional del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y el Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos y Zoonosis (INPPAZ),

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) tomen nota del reordenamiento del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE), que descentraliza la cooperación técnica regional relacionada con el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y manejo de residuos, hacia el CEPIS;
 - b) tomen nota del reordenamiento del Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) que descentraliza la cooperación técnica regional relacionada con la vigilancia y reducción de riesgos reproductivos y perinatales y de la mujer hacia CLAP.
2. Solicitar a la Directora a que:
 - a) reorganice y mejore la capacidad de cooperación técnica en inocuidad de los alimentos a nivel país, subregional y regional;
 - b) desestablezca el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), creado por resolución CD35.21 de 1991;
 - c) presente a la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo un estudio del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), y una propuesta para alinear los centros subregionales Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) con los criterios de asignación subregional establecidos en el marco de la nueva política regional, en consulta con las instituciones subregionales correspondientes;

- d) presente al 46.º Consejo Directivo para su información, una actualización de la planificación para la reorganización y modernización de la capacidad de cooperación técnica en la inocuidad de los alimentos en el próximo bienio.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R9 Sueldo de la Directora y modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Teniendo en cuenta las decisiones de la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Subdirectores Generales y del Director General;

Consciente de las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento del Personal, del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la OSP, y de la resolución CD20.R20 del 20.º Consejo Directivo,

RESUELVE:

Recomendar al 46.º Consejo Directivo la adopción de la siguiente resolución:

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la revisión efectuada en la escala de sueldos básicos/mínimos para los titulares de puestos de la categoría profesional y superior, con efecto desde el 1 de enero de 2005;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 136.ª sesión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector; y

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Fijar, con efecto a partir del 1 de enero de 2005, el sueldo neto anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 127.970 (con familiares a cargo) y en \$115,166 (sin familiares a cargo).

2. Aprobar las modificaciones realizadas a los artículos 1.13 y 1.15 del Estatuto del Personal, en vigor a partir del 1 de julio de 2005, relativas a los mecanismos que los empleados nacionales de la Organización tienen a su disposición para la resolución de conflictos.

3. Tomar nota de las modificaciones del Reglamento del Personal hechas por la Directora y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R10 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 136.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo al documento CE136/22;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 58.a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director General;

Consciente de las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento del Personal y del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, y

Reconociendo la necesidad de uniformar las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y el de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Fijar, con efecto a partir del 1 de enero de 2005:
 - a) El sueldo anual del Director Adjunto en US\$ 117.373, con familiares a cargo, y en \$106.285, sin familiares a cargo;
 - b) El sueldo anual del Subdirector en US\$ 116.373, con familiares a cargo, y en \$105.285, sin familiares a cargo.
2. Ratificar, de conformidad con el Artículo 020 del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, las modificaciones de dicho reglamento efectuadas por la Directora con efecto a partir del 1 de enero de 2005, del siguiente modo:

- a) Artículo 320.5 con respecto a los nombramientos temporales;
- b) Artículo 330.2 con respecto a los sueldos del personal de las categorías profesional y superior;
- c) Artículos 350 y 355 con respecto al monto del subsidio de educación y del subsidio de educación especial;
- d) Artículo 340 con respecto a los subsidios por familiares a cargo;
- e) Artículo 370 con respecto a la prima de repatriación;
- f) Artículos 380.3.1, 380.3.2 y 550.1 con respecto a los pagos y las deducciones;
- g) Nuevo Artículo 495 y Artículo 630.8 con respecto a los beneficiarios del funcionario;
- h) Artículo 550.1 pertinente al aumento dentro del mismo grado;
- i) Artículo 560 con respecto a los ascensos;
- j) Artículo 650 con respecto a la licencia especial;
- k) Artículo 760.6 con respecto a la licencia de paternidad;
- l) Artículo 855.3 pertinente al transporte de muebles y enseres;
- m) Artículo 740.1 con respecto a la licencia por enfermedad.

3. Ratificar, de conformidad con el Artículo 020 del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, las modificaciones de dicho reglamento efectuadas por la Directora con entrada en vigor a partir del 1 de julio de 2005, del siguiente modo:

- a) Artículo 110 con respecto a las transferencias entre agencias del personal de la OMS por las que se debe regir el personal de la Oficina y los conflictos de intereses;
- b) Artículos 110.8 y 1075 con respecto a conducta indebida;
- c) Artículo 460.1 con respecto al lugar reconocido de residencia de un funcionario;

- d) Artículo 480 relacionado con la transferencia interagencial del personal de la OMS;
- e) Artículos 530, 550, 555 y 560.4 con respecto al desempeño y la conducta;
- f) Artículo 920 pertinente a las relaciones con el personal;
- g) Artículos 1040, 1060, 1070 y 1075 con respecto al pago en lugar de preaviso;
- h) Artículo 1040 con relación a la expiración de los nombramientos;
- i) Artículos 1110.1 y N 620 con respecto a medidas disciplinarias;
- j) Artículos 1230, 1240, 1245 y 1250 pertinentes a los procedimientos de apelación;
- k) Artículos N 920, N 1000 y N 1010 con respecto a la jurisdicción local.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R11 Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005

LA 136.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005 (documento CE136/9, 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, 2005, al Dr. Francisco Rojas Ochoa por su sobresaliente contribución a lo largo de toda su vida profesional al desarrollo de la administración de programas y servicios de salud en su país, Cuba, y en varios países de la Región de las Américas; y de especial manera por su aporte extraordinario a la formación de varias generaciones de líderes y profesionales de la salud pública.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2005 (documento CE136/9, Add. I) al 46.º Consejo Directivo.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

CE136.R12 Orden del día Provisional del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 136.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD46/1) preparado por el Director para el 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE136/4 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 CD46/1) preparado por el Director para el 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Novena reunión, 24 de junio de 2005)

Decisiones

Decisión CE136(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 CE136/1, Rev. 2).

(Segunda reunión, 21 de junio de 2005)

Decisión CE136(D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Estados Unidos de América) y de la Vicepresidencia (Argentina) del Comité Ejecutivo para representarlo en el 46.º Consejo Directivo, 57.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 Cuba, respectivamente.

(Segunda reunión, 21 de junio de 2005)

Decisión CE136(D3) Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI

El Comité Ejecutivo decidió solicitar a la Oficina que presente a la consideración del Comité, en su 137.ª sesión, una propuesta sobre el proceso de simplificación de los mecanismos de gobernanza de la Organización, particularmente por lo que se refiere a: *a)* la reforma y simplificación de los Subcomités; *b)* el proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y *c)* el mejoramiento y fortalecimiento de las normas y procedimientos de los Cuerpos Directivos, teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas en el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, así como en las deliberaciones y recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación, del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y del Comité Ejecutivo en su 136.ª sesión.

(Novena reunión, 24 de septiembre de 2005)

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 tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Washington, D.C., a los 24 días del mes de junio del año dos mil cinco. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

William Steiger
Delegado de los Estados Unidos de América
Presidencia de la 136.^a sesión
del Comité Ejecutivo

Mirta Roses Periago
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana
Secretaria ex officio de la 136.^a sesión
del Comité Ejecutivo

ORDEN DEL DÍA PROVISIONAL

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 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI
- 3.2 Informe sobre la 39.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.3 Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
 - Informe sobre la 21.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
 - Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos
- 3.4 Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004
- 3.5 Premio OPS en Administración, 2005
- 3.6 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 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007
- 4.2 La cooperación técnica entre los países de la Región
- 4.3 Estrategia para el futuro de los Centros Panamericanos
- 4.4 Informe sobre la 14.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
- 4.5 Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 4.6 Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y plan de acción para 2005-2010
- 4.7 La malaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 4.8 Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015
- 4.9 La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud
- 4.10 El acceso a la atención de las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero parcial del Director 2004
- 5.3 [Punto diferido a la 137.^a sesión del Comité Ejecutivo]
- 5.4 Informe de actividades de los Servicios de Supervisión Interna

6. ASUNTOS DE PERSONAL

- 6.1 Recursos Humanos
 - Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
 - Informe Anual

6. ASUNTOS DE PERSONAL *(cont.)*

6.2 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

7.1 Resoluciones y otras acciones de la 58.^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. 317* Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007
- Doc. of. 320* Informe financiero parcial del Director 2004

Documentos de trabajo

- CE136/1, Rev. 2 y CE136/WP/1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- CE136/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE136/4, Rev. 1 Orden del día provisional del 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE136/5 y Add. I Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI
- CE136/6 Informe sobre la 39.a sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- CE136/7 Informe sobre la 21.a sesión del Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo
- CE136/8 Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos
- CE136/9 y Add. I Premio OPS en Administración, 2005
- CE136/10 y Add. I Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

Documentos de trabajo (cont.)

CE136/11, Rev. 1	La cooperación técnica entre los países de la Región
CE136/12, Rev. 1	Estrategia para el futuro de los Centro Panamericanos
CE136/13	Informe sobre la 14.a Reunión Internamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
CE136/14	Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE136/15	Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y plan de acción para 2005-2010
CE136/16	La malaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CE136/17 y Corrig.	Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015
CE136/18	La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud
CE136/19	El acceso a la atención de las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA
CE136/20 y Add. I	Informe financiero parcial del Director 2004
CE136/21	Informe de actividades de los Servicios de Supervisión Interna
CE136/22, Rev. 1	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
CE136/23	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP
CE136/24	Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre 2004
CE136/25, Rev. 1	Resoluciones y otras acciones de la 58.a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

Documentos de información

- CE136/INF/1 Aplicación de la política del presupuesto regional por programas de la OPS en el proyecto de presupuesto por programas de la OPS/OMS para el ejercicio financiero 2006-2007
- CE136/INF/2 Presupuesto por programas de la OPS para el ejercicio financiero 2006-2007: el ámbito de las áreas de trabajo
- CE136/INF/4 Situaciones hipotéticas del presupuesto por programas de la OPS/OMS correspondiente al ejercicio 2006-2007
- CE136/INF/5 El uso de las contribuciones voluntarias en el presupuesto por programas de la OPS/OMS
- CE136/INF/6 Aumento de la eficacia y eficiencia de la gestión de la OPS
- CE136/INF/7
y Add. I Oficina Sanitaria Panamericana: Recursos Humanos e Informe anual 2004-2005
- CE136/INF/8, Rev. 1
y Add I, Rev. 1 Estrategia para el futuro de los Centros Panamericanos:
Discontinuidad del INPPAZ y perspectivas de la cooperación técnica de la OPS en inocuidad de alimentos

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Argentina

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Dra. Graciela Zulema Rosso
Secretaria de Políticas, Regulación
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

Dr. Joy St. John
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

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

Canada
Canadá

Mr. Nick Previsich
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Costa Rica

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

Cuba

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Dr. Antonio D. González Fernández
Jefe del Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

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

Dominica

Ms. Shirley Augustine
Health Planner
Ministry of Health and Social Security
Roseau

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

Dr. Mark A. Abdo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

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

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

Paraguay

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Venezuela

Lic. Aurelio Tosta Betancourt
Director General del Despacho
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Lic. Rosicar Mata León
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brasil

Sr. Santiago Alcazar
Asesor Especial para Asuntos Internacionales
Embajada de Brasil en Argentina

Chile

Dr. Roberto Tapia
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

Chile (cont.)

Sra. Natalia Meta
Asesora de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Jamaica

Hon. John A. Junor
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Barry Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Mexico
México

Sr. Bernal Rafael
Segundo Secretario
Embajada de México en Argentina

Nicaragua

Dr. Enrique Alvarado
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua

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

Panama
Panamá

Sra. Soraya Cano
Ministra Consejera
Embajada de Panamá en Argentina

Peru
Perú

Sr. Walter Linares
Primer Secretario
Embajada de Perú
Argentina

Observer States
Estados Observadores

Spain
España

Sr. Juan Manuel Salas
Ministro
Embajada de España en Argentina
Buenos Aires

United Nations and Specialized Agencies
Naciones Unidas y Agencias Especializadas

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
United Nations Development Program

Sra. Silvia Rucks

United Nations And Specialized Agencies (cont.)
Naciones Unidas Y Agencias Especializadas (cont.)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
United Nations Children's Fund

Sra. Sunah Kim

Fondo de Población de las Naciones Unidas
United Nations Population Fund

Sra. María del Carmen Feijoo

Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales

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

Sr. Benedito Rosa do Espirito Santo
Sr. Víctor Arrúa

Organización de los Estados Americanos
Organization of American States

Sr. Fernando Dopazo

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

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

Ing. Alexander Chechilnitzky
Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
Latin American and Caribbean Association of Public Health Schools

Dr. Giorgio Solimano C.

Colegio Interamericano de Radiología
Inter-American College of Radiology

Dr. Ricardo García Mónaco

Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica
Latinamerican Confederation of Clinic Biochemistry

Dr. Norberto Cabutti

Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry

Dr. Rodolfo Alberto Vincent

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
Pan American Federation of Nursing Professionals

Sra. Beatriz Morrone
Lic. Angélica Rosa Barragán
Sra. Elena Perich

Sociedad Estadounidense de Microbiología
American Society for Microbiology

Dr. Daniel Sordelli

World Health Organization

Organización Mundial De La Salud

Dr. Benard P. Kean
Director Governance
Geneva

Mr. Kenneth R. Langford
Director
Office of Internal Oversight Services

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana De La Salud**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

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