



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

Punto 3.2 del orden del día provisional

CE136/6 (Esp.)

20 mayo 2005

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LA 39.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

1. El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 39.^a sesión en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 16 al 18 de marzo de 2005.
2. La reunión contó con la asistencia de representantes de los Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Argentina, Barbados, Canadá y Estados Unidos de América; y por la Directora: Cuba y Jamaica. También estuvieron presentes observadores de Brasil y México..
3. Fueron electos como autoridades los delegados de Jamaica (Presidente), de Argentina (Vicepresidente) y de Canadá (Relator.)
4. Los siguientes temas fueron considerados durante esta sesión:
 - Informe especial sobre el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas a la región recientemente afectada por el maremoto
 - Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004
 - Estrategia para el futuro de los centros panamericanos
 - La cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas
 - Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007
 - 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
 - Actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas
 - Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes
5. Bajo “Otros asuntos” también se trataron los siguientes temas: Puesta al día sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, Puesta al día sobre los preparativos para la 14.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 14), y Otros asuntos planteados por los Estados Miembros.
6. El informe final de la sesión aparece adjunto.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



39.ª SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 al 18 de marzo de 2005

CE136/6 (Esp.)
Anexo

SPP39/FR (Esp.)
15 abril 2005
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día	4
Informe especial sobre el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas a la región recientemente afectada por el maremoto.....	4
Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana	9
Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004	15
Estrategia para el futuro de los centros panamericanos	20
La cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas	25
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007	31
Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.....	39
La cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud.....	41
Actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas.....	47
Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes	55
Otros asuntos	60
Puesta al día sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.....	60
Puesta al día sobre los preparativos para la 14. ^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA14).....	61
Otros asuntos planteados por los Estados Miembros	62
Clausura de la sesión	63
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

1. La 39.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 16 al 18 de marzo de 2005.

2. La reunión contó con la asistencia de representantes de los Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Argentina, Barbados, Canadá y Estados Unidos de América; y por la Directora: Cuba y Jamaica. También estuvieron presentes observadores de Brasil y México.

Mesa Directiva

3. Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité en la 39.^a sesión:

Presidencia: Jamaica (Sr. John Junor)

Vicepresidencia: Argentina (Dr. Carlos Vizzotti)

Relatoría: Canadá (Sr. Nick Previsich)

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

Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, señalando que varios de ellos participaban en el Programa de Adiestramiento en Salud Internacional de la OPS. Dijo que le complacía informar de que era la primera vez, en 20 años de ejecución del programa, que se contaba con la participación de Haití; de este modo, actualmente todos los países de la Región participaban en dicho programa, cuyo objetivo era fortalecer el liderazgo en materia de salud pública.

6. El Subcomité tenía ante sí un orden del día muy estratégico que abordaba varios asuntos importantes relacionados con la gestión de la Organización. También examinaría la versión preliminar del proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007. Además, los Estados Miembros habían propuesto varios puntos complementarios, que el Subcomité consideraría al adoptar el orden del día.

7. El Presidente se sumó a la bienvenida y agradeció a los Miembros su voto de confianza al elegir a Jamaica para asumir la Presidencia del Subcomité. Dijo que se esforzaría por que las deliberaciones del Subcomité fueran fructíferas.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP39/1, Rev. 3, y SPP39/WP/1, Rev. 2)

8. De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional y agregó un punto propuesto por los Estados Unidos de América: “Actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas”. El Subcomité también aprobó el programa de reuniones.

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Informe especial sobre el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas a la región recientemente afectada por el maremoto

9. El Dr. Jean-Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS) rindió un informe sobre el apoyo prestado por las Américas a la región afectada por el maremoto de diciembre de 2004. Varias características habían definido el desastre, entre ellas, el tamaño de la zona afectada (una parte relativamente pequeña en cada país afectado, pero un gran número de países afectados); y la cobertura amplia de los medios de comunicación, debida al gran número de países afectados directa o indirectamente, cuando algunos de sus ciudadanos habían estado en los países afectados. A su vez, esto había repercutido en el manejo político de la situación, en particular porque la presión internacional había obligado a las facciones hostiles de los países a que cooperaran en la adversidad compartida. Una tercera característica importante había sido el gran número de cadáveres acumulados en determinadas zonas. Los mitos en torno a los riesgos que los cadáveres y otras secuelas suponían para la salud pública habían sido esencialmente los mismos que se habían señalado y divulgado en numerosos desastres acaecidos anteriormente, lo cual ponía de relieve la necesidad de trabajar continuamente para disiparlos.

10. El maremoto había dado lugar a una magnitud de socorro humanitario que nunca antes se había destinado a un desastre único. Todos los países de la Región habían ayudado a los países afectados de un modo u otro, bien de manera oficial mediante sus gobiernos, bien extraoficialmente con el empeño de ciudadanos privados. En efecto, la respuesta masiva había generado una situación difícil para las autoridades locales, ya que en Asia no había ningún mecanismo implantado para coordinar actividades de socorro y suministros de tal magnitud. La función de la Oficina Regional de la OMS para las

Américas (AMRO) había sido servir de enlace entre los países de la Región que deseaban proporcionar asistencia y los países que luchaban por recuperarse del desastre. Esto se había llevado a cabo en estrecha colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO), ubicada en Nueva Delhi. Asimismo, diversos expertos habían sido enviados a dicha región para ayudar en varias esferas concretas, como la evaluación de las necesidades, la gestión de la información y la orientación sobre el manejo de los cadáveres, entre otras. Por otra parte, AMRO también había respondido a un número sorprendente de solicitudes de los medios de comunicación para obtener información.

11. Una de las enseñanzas que la Región de las Américas había extraído a propósito del desastre había sido que aun cuando la Región contara con sistemas de alerta y respuesta regionales, estos debían fortalecerse para suministrar a la Región el equipo necesario para hacer frente a un desastre de tal magnitud. Dado que tales catástrofes eran extremadamente raras, no solo era necesario disponer de un sistema adecuado de alerta temprana sino también velar por que fuera puesto al día con regularidad. Todos los ministerios de salud, así como la Oficina, debían mejorar la capacidad de sus oficinas de preparativos para casos de desastre. Otra de las enseñanzas se relacionaba con el análisis de riesgos. Todavía era motivo de asombro que muchos países de americanos no hubieran integrado a sus planes para casos de emergencia los riesgos que suponían los huracanes, las inundaciones, las erupciones volcánicas y otros desastres naturales, aun sabiendo que estaban expuestos a ellos. Al parecer, ello se debía a que tales fenómenos eran sumamente raros y en realidad no repercutían en las estadísticas de mortalidad. Se tenía que encontrar maneras mejores de integrar el riesgo de que ocurrieran desastres importantes en el análisis de la situación sanitaria.

12. Otra enseñanza extraída era que la OMS funcionaba normalmente con una estructura triangular o piramidal, lo cual implicaba que todos los asuntos pasaban por Ginebra, pero, cuando sobrevenía un desastre de importancia, surgían necesidades horizontales que exigían una resolución mucho más rápida. Dicho tema se abordaría en una reunión que se celebraría dentro de poco en la oficina de la OMS ubicada en Nueva Delhi. Por último, el factor limitante en materia de asistencia humanitaria no era el apoyo prestado por otros países, sino la capacidad del país afectado para absorber dicha asistencia; era necesario encontrar maneras para aumentar esta capacidad.

13. El Subcomité acogió con beneplácito el informe y pidió que el importante tema de los preparativos y respuesta para casos de desastre se incluyera en el orden del día del Comité Ejecutivo y, posteriormente, en el del Consejo Directivo. Hubo conformidad general en cuanto a la necesidad de mejorar los sistemas de alerta y los preparativos para casos de desastres naturales mediante un enfoque intersectorial en el que participaran no solo el sector de la salud sino también la protección civil y otras organizaciones, y por medio de los créditos presupuestarios adecuados.

14. Se señaló que si un desastre de la misma magnitud ocurría en la Región, cabía la posibilidad de que algunas de las islas más pequeñas del Caribe no sobrevivieran como países viables. Para tener en cuenta tal posibilidad, era importante ampliar la planificación y los preparativos. Entre los principales obstáculos relacionados con los preparativos se encontraba la tendencia de las poblaciones a despreocuparse. Por ejemplo, los huracanes de mayor importancia solían ocurrir cada 20 o 30 años, así que podía haber generaciones que no tuvieran ninguna noción de la clase de daños que este tipo de desastre podía ocasionar. Otro de los problemas se refería al urbanismo y a la planificación del país. En el Caribe, por ejemplo, había muchas zonas reconocidas como peligrosas (zonas de inundación y corrientes de agua anegadizas, entre otras) en donde todavía se llevaban a cabo edificaciones extensas. Los ministerios de salud tenían que hacer hincapié en los peligros de seguir edificando en zonas cuya peligrosidad fuera conocida por experiencias anteriores.

15. Uno de los delegados señaló que la pérdida de vidas humanas había sido enorme, pero que otras especies animales habían sobrevivido. Quizá la causa había sido un efecto colateral de la modernización, la cual había ocasionado que los seres humanos perdieran la capacidad de percibir las señales de alerta y reaccionar de forma natural ante ellas. Sugirió que en las actividades de planificación para casos de desastre se podría contemplar la posibilidad de restablecer algunas de las reacciones naturales que habían servido como mecanismos de supervivencia a las generaciones anteriores.

16. Al proporcionar socorro, una tarea importante era equilibrar las ofertas bien intencionadas de la comunidad en general con las necesidades reales del país afectado. Los delegados informaron de que los ministerios de salud de sus países habían recibido numerosas llamadas de personas que se ofrecían como voluntarios para ir a la zona afectada por el maremoto y prestar sus servicios en forma gratuita; sin embargo, en la mayoría de los casos no tenían el adiestramiento adecuado, nunca habían trabajado en países en desarrollo y sencillamente habrían obstaculizado las actividades de socorro. Se propuso revisar y distribuir de nuevo el video sobre los mitos y las realidades que la OPS había producido hacía algunos años, y se señaló la conveniencia de hacer hincapié en la realidad que suponía movilizar recursos de la manera que fuera más útil para el país en cuestión. Los Miembros también destacaron las ventajas de la cooperación entre los organismos de socorro de las Naciones Unidas y las fuerzas militares de diversos países, que podían proporcionar buques, helicópteros y otros apoyos logísticos de los cuales generalmente carecían los organismos internacionales.

17. Se señaló que se debía prestar mayor atención a la carga sobre la salud mental que sobrevinía como consecuencia de un desastre de tal magnitud, el cual no solo afectaba a la salud mental de las personas directamente involucradas en el desastre, sino también a la de los especialistas en la prestación de socorro que llegaban a la zona después. Los Miembros observaron que la Región estaba en una situación favorable para proporcionar

ayuda en el campo de la salud mental, ya que tanto en la OPS como en cada Estado Miembro se disponía de una pericia considerable en dicho campo.

18. Por último, el Subcomité señaló que la atención que los medios de comunicación habían dedicado al Asia meridional, sin duda merecida, había dado pie a que se dedicara muy poca atención al desastre ocurrido en América al mismo tiempo, a saber, la inundación en Guyana. Se le pidió al Dr. Poncelet que compartiera sus observaciones sobre las posibles respuestas de los Estados Miembros a los problemas que actualmente afrontaba Guyana.

19. Después de agradecer a los delegados sus observaciones, el Dr. Poncelet señaló que en las Américas la importancia de los preparativos para casos de desastre y la función del sector de la salud en la prevención y preparación parecían obvias, pero que en otras regiones la atención se centraba principalmente en la respuesta frente a los desastres. Del mismo modo, a pesar de que en la Región la función fundamental que el sector sanitario desempeñaba en la organización de una respuesta intersectorial parecía obvia, en muchos países de otras regiones se consideraba que la respuesta frente a desastres competía a una organización central completamente ajena al sector sanitario. Por consiguiente, era importante que los Estados Miembros de las Américas fomentaran, en la Asamblea Mundial de la Salud y en otros foros, la inversión en preparativos y pusieran de relieve la importante función que el sector de la salud desempeñaba tanto en los preparativos como en la respuesta frente a desastres.

20. En efecto, en la Región de las Américas se contaba con abundante experiencia en el campo de la salud mental, cuyos especialistas sistemáticamente formaban parte de los grupos de respuesta en casos de desastres. Sin embargo, advirtió de que los medios de comunicación solían exagerar el problema de la salud mental. De hecho, con frecuencia las personas daban muestras de una mayor capacidad para hacer frente a los desastres que la que a veces se les atribuía, y era necesario mantener un sentido de la proporción. Hizo mención de los pueblos indígenas que habían huido hacia terrenos elevados ante la aproximación del maremoto, y coincidió en que sería de sumo beneficio que los sistemas de alerta pudieran aprovechar de alguna manera el conocimiento ancestral perdido.

21. En ese momento, la OPS investigaba y deliberaba con los diversos gobiernos la posibilidad y la manera de distribuir el video sobre los mitos y las realidades realizado en 1991 o 1992. En la nueva versión del video se pondría de relieve el problema de concientizar más a fondo a la población respecto de algunos mitos y realidades, sobre todo los relativos a la donación de suministros y a la organización de las actividades de socorro después de un desastre.

22. Al referirse a Guyana, el Dr. Poncelet dijo que la necesidad de asistencia como respuesta a la inundación era permanente, y que también era necesario fortalecer la

capacidad del país en materia de prevención y preparativos en casos de desastre, ya que la situación actual reflejaba deficiencias en ese sentido. Agregó que le complacería proporcionar información más concreta sobre lo que se necesitaba a los Estados Miembros que quisieran prestar ayuda. Si los Estados Miembros lo deseaban, la Oficina también consideraría la posibilidad de crear un sitio web donde los países pudieran consultar la información relativa a la manera de ayudar, no solo en el caso del desastre de Guyana, sino también en otras situaciones de desastre que pudieran presentarse en la Región. Manifestó que recibiría con beneplácito las aportaciones de los Miembros con respecto al tipo de información que querían ver publicada en dicho sitio.

23. Asimismo, el funcionario señaló que el Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA) de la Organización se había extendido recientemente a varias organizaciones. De esta manera, el sistema vinculaba ahora cinco organismos de las Naciones Unidas mediante el llamado Sistema de Apoyo Logístico (LLS) que, por primera vez, proporcionaba un sistema que se servía de la web para inventariar y administrar los suministros de socorro en casos de desastre. Se esperaba que el sistema mejorara la gestión de la ayuda humanitaria internacional, no solo en América Latina y el Caribe, sino también en todo el mundo.

24. La Directora opinó que la Región podía estar orgullosa del caudal de conocimientos y experiencias que había transmitido al resto de la OMS, en particular para apoyar a la Región de Asia Sudoriental. Resultaba muy gratificante saber que los 30 últimos años de trabajo en la Región habían sido tan fructíferos. En efecto, en todo el mundo se hacía referencia a muchos de los temas en los cuales la OPS había trabajado durante años, como el manejo de cadáveres.

25. En el desastre ocasionado por el maremoto, uno de los aspectos sobresalientes había sido la respuesta masiva de los individuos, que podría describirse como la cara amable de la globalización: personas que comparten el sufrimiento de otras y responden a sus necesidades, a pesar de que se encuentren muy lejos. El desafío para las instituciones internacionales consistía en aprender a canalizar la ayuda efusiva del público suscitada por la cobertura periodística de los desastres. Se requería educar a los medios de comunicación y conseguir su participación como socios esenciales en las actividades de socorro en casos de desastre, ya que generalmente eran ellos los que orquestaban la respuesta pública frente a un desastre. Al mismo tiempo, la OPS necesitaba mejorar los preparativos de su propio centro de prensa, el cual había recibido cientos de llamadas de personas de la Región deseosas de prestar su ayuda después del maremoto. Uno de los principales cambios que se habían constatado en el modo de pensar del público después del huracán *Mitch* era su nueva confianza en las donaciones de dinero en efectivo. Durante años, la OPS había venido proclamando que la asistencia de mayor utilidad era el dinero en efectivo, pero había falta de confianza al respecto. Entre las razones

principales para tener un sistema como SUMA o LLS estaba la de crear la confianza entre el público respecto del buen uso que se hacía de las donaciones.

26. Otro grupo que debía captarse como socio, sobre todo en las Américas, estaba constituido por la comunidad de emigrantes. Como era natural, los emigrantes estaban ansiosos por ayudar cuando sobrevenía un desastre en sus países de origen, pero su respuesta era a menudo inadecuada y desorganizada. Por ejemplo, en el caso del desastre de Guyana las comunidades de origen guyanés que residían en los Estados Unidos y Canadá habían contribuido con grandes cantidades de medicamentos, pero muchos habían caducado y por lo tanto eran inutilizables. La OPS necesitaba colaborar con los gobiernos de la Región para establecer una relación más estrecha con las comunidades de emigrantes, a fin de utilizar sus contribuciones de forma más eficaz.

27. Tal como había observado el Subcomité, en la esfera de la planificación en casos de desastre era necesario considerar la posibilidad de que un desastre masivo como el maremoto reciente impidiera que el gobierno y los servicios del país afectado funcionaran. En Granada, por ejemplo, el huracán Iván había afectado a 75% de la población, incluida una gran parte del personal sanitario del país, lo cual había paralizado los servicios públicos fundamentales. En tales casos, resultaba de vital importancia que la comunidad internacional adoptara medidas para restaurar la capacidad de respuesta en el lapso de una semana después del desastre. Era grato señalar que esto había sucedido en el Caribe, donde los demás países de la subregión habían intervenido rápidamente para subsanar la falta de servicios de seguridad, entre otros.

28. Con respecto a la propuesta de que el tema de los preparativos y la respuesta frente a los desastres se incluyera en el orden del día de los Cuerpos Directivos, la Directora observó que el Consejo Directivo había abordado la reducción de la repercusión de los desastres sobre los establecimientos de salud el año anterior, y que se había avanzado en la adopción de las medidas exigidas en la resolución aprobada por el Consejo. Por consiguiente, proponía que se elaborara un informe especial sobre los desastres ocurridos el año anterior en la Región, en lugar de un punto del orden del día y documento formales; el objetivo de dicho informe sería analizar y poner en práctica las enseñanzas extraídas para seguir mejorando la prevención y los preparativos en casos de desastre.

Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPP39/8)

29. Al presentar el tema, la Directora señaló que pondría al día la información contenida en el documento SPP39/8, dado que este no incluía los últimos avances del proceso dinámico del cambio institucional de la Oficina. Asimismo, manifestó que procuraría explicar la interrelación entre los distintos procesos de cambio que estaban en

marcha en la Organización como un todo, y cuya finalidad eran permitir a la OPS evolucionar y responder eficazmente a las dificultades de las circunstancias actuales.

30. Dos procesos paralelos estaban actualmente en curso: el proceso de la OPS en el siglo XXI, dirigido por los países; y el proceso del cambio institucional que se llevaba a cabo en la Oficina. Ambos estaban encaminados a poner en práctica el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 y a aplicar las recomendaciones que surgieran a raíz del proceso dirigido por los países. En la Oficina, el proceso de cambio institucional abarcaba tres componentes interrelacionados: las acciones para el desarrollo, orientadas a mejorar continuamente la capacidad de la Oficina para prestar servicios a la Organización y sus Estados Miembros; las iniciativas transformacionales, concebidas para mejorar y acelerar el proceso del cambio institucional; y la creación de redes internas para mantener al personal informado de los cambios y, sobre todo, fomentar la identificación con el proceso y de esta manera generar un compromiso verdadero.

31. En cuanto a las acciones para el desarrollo, en el cuadro del documento aparecían numerosos ejemplos de las actividades emprendidas y del avance logrado hasta la fecha en cinco esferas clave, a saber: la atención centrada en los países; la cooperación exterior y las asociaciones; la eficacia y la maximización de recursos; la transparencia y la gobernanza; y las normas y procedimientos. Sin embargo, la Directora advirtió de que el marco utilizado en el documento debía considerarse un trabajo en curso, y que era un primer intento por organizar la información sobre la totalidad del proceso evolutivo y dinámico que estaba en marcha en la Organización. Con las observaciones del Subcomité presentes, la Oficina seguiría perfeccionando el marco para presentar a los Cuerpos Directivos los informes futuros sobre los progresos realizados.

32. Dos mejoras recién realizadas en materia de política habían sentado las bases para la transformación. Por un lado, la Política Regional de Presupuesto por Programas adoptada por los Estados Miembros el año pasado, que había requerido una reestructuración importante de las áreas de trabajo de la Organización al objeto de alinear sus actividades con los principios contenidos en la política. Y por el otro, el proyecto sobre la estrategia de tecnología de la información emprendido en noviembre de 2004 con la finalidad de elaborar una estrategia que velara por que en toda la Organización se aprovecharan al máximo las inversiones en materia de dicha tecnología.

33. Una de las enseñanzas principales extraídas a partir de la experiencia adquirida durante los dos años anteriores era que el cambio institucional requería tiempo y perseverancia. Otra enseñanza importante era que el aprendizaje y el desarrollo del personal debían integrarse en la estrategia del cambio. La determinación de las competencias requeridas y su perfeccionamiento debían vincularse directamente con los cambios buscados. El fortalecimiento de la capacidad individual era fundamental, así

como el de la capacidad para trabajar en equipo. Por otra parte, era importante procurar que el cuadro directivo comprendiera los cambios y pudiera expresar claramente su razón de ser.

34. En lo que respecta a las iniciativas de transformación, la Oficina había elaborado una hoja de ruta para el período comprendido entre 2005 y 2007, la cual le permitiría prestar un apoyo más eficaz a los países, además de servir como un instrumento de gestión valioso para vigilar el avance en el proceso del cambio institucional. La hoja de ruta comprendía 11 iniciativas de transformación, o proyectos, señaladas en el anexo del documento SPP39/8 junto con sus finalidades, resultados previstos e hitos de vigilancia respectivos. A cada iniciativa se le asignaría un gerente que desempeñaría las funciones de un oficial de programa o proyecto y que contaría con el apoyo de un funcionario de la gestión ejecutiva. El fin último de la hoja de ruta consistía en velar por que los objetivos del proceso de cambio se cumplieran en el próximo bienio.

35. El tercer componente del proceso de transformación eran las redes de colegas que hacían aportaciones al proceso. Dichas redes no solo abarcaban las redes internas de funcionarios de la OPS de diversos rangos, sino también otras redes en las que participaba la OPS, como las reuniones entre 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 Directores Regionales de la OMS y otros grupos similares del sistema más amplio de las Naciones Unidas.

36. Con relación a los pasos siguientes del proceso, la Oficina seguiría prestando su apoyo a la iniciativa sobre la OPS en el siglo XXI y, al mismo tiempo, finalizaría los anteproyectos para poder emprender en mayo los proyectos señalados en la hoja de ruta. El próximo informe sobre los progresos realizados se presentaría al Comité Ejecutivo en junio; sin embargo, al igual que el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, la Oficina tenía previsto aprovechar la oportunidad que ofrecería la Asamblea Mundial de la Salud en mayo para impulsar determinadas actividades. En particular, se dedicaría un día a la cooperación estratégica con Guyana, uno de los países clave señalados en el Plan Estratégico.

37. El Subcomité agradeció a la Directora su informe, así como su empeño en trazar una nueva orientación estratégica para la Organización. Sin embargo, varios delegados opinaron que el informe se habría beneficiado de una enunciación más clara de los objetivos buscados, así como de información más detallada sobre la manera como la Oficina se proponía alcanzarlos, y la definición de indicadores cuantificables que permitieran evaluar si los objetivos se cumplían. Con respecto al quinto objetivo estratégico señalado en el documento (mejorar nuestras prácticas de gestión), se propuso que el cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Auditor Externo en su informe especial del año pasado figurara explícitamente en dicho objetivo.

38. Los Miembros aplaudieron el esfuerzo desplegado por la Oficina para vincular más estrechamente las áreas de trabajo de la OPS con las de la OMS. En su calidad de Región de las Américas de la OMS, la Organización tenía que alinear sus objetivos estratégicos con los establecidos en el ámbito mundial, en particular, con el Undécimo Programa General de Trabajo. Se recalcó que las orientaciones derivadas de dicho programa debían reflejarse en el proceso de cambio institucional y en la planificación estratégica de la Organización a largo plazo. A este respecto, se propuso que el próximo plan estratégico de la OPS también abarcara hasta el año 2015. A los Miembros también les complació observar que la OPS estaba introduciendo el enfoque de la gestión orientada a la consecución de resultados de la OMS en sus prácticas de gestión de programas. Se sugirió que la publicación de las directrices de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sitio web de la Organización podría ser de utilidad tanto para los funcionarios de la OPS como para los Estados Miembros, ya que el método no siempre era fácil de asimilar.

39. El Subcomité opinó que las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI también debían integrarse en el proceso del cambio y en la hoja de ruta para la transformación. Estaba claro que ya se habían abordado algunos de los temas tratados por dicho grupo, pero aún quedaban algunos temas importantes que debían incorporarse.

40. En cuanto al puesto de mediador mencionado por la Directora cuando se refirió a las normas y los procedimientos, se señaló que quien ocupara el puesto debía actuar de forma independiente a fin de mediar eficazmente los conflictos entre el personal. A su vez, el personal debía confiar en que el mediador no estaba directamente relacionado con la administración ni bajo su influencia; si este era el caso, quizá valía la pena considerar un mecanismo diferente e independiente para la contratación y el nombramiento del mediador. En cuanto a la transferencia de puestos y personal mencionada por la Directora, los Miembros solicitaron información más detallada sobre los puestos transferidos y la manera como se tenía previsto que los cambios fortalecieran la capacidad de los países.

41. El Subcomité esperaba que las copias de la hoja de ruta se pusieran a la disposición de los Miembros pronto para que estos pudieran entablar un debate con más fundamento sobre los planes y resultados previstos. En lo que respecta al documento presentado al Subcomité, se señaló que era bastante difícil seguir los diversos objetivos, resultados previstos e hitos en los dos cuadros, y se propuso que se combinaran para dar mayor claridad y facilitar la lectura.

42. La Directora no estaba segura de haber alcanzado su objetivo, a saber, ilustrar la complejidad de los dos procesos paralelos y de vincularlos. Por un lado, estaba el proceso de la OPS en el siglo XXI, en el cual se adoptaba un criterio muy general y a largo plazo

para determinar la postura que la Organización, en calidad de instrumento creado por los países, debía adoptar por sí misma, así como la función que debía desempeñar en el siglo XXI para mejorar la salud de los pueblos de la Región. Por otro lado, estaba el proceso del cambio institucional de la Oficina, cuyo objetivo era mucho más concreto e inmediato. Con este último proceso se buscaba mejorar la capacidad del personal de la Oficina para llevar a cabo sus funciones diarias con la mayor eficacia y eficiencia posibles, aprovechando al máximo los recursos a su disposición. Si bien los procesos eran distintos, sin duda tenían algunos puntos en común y, desde luego, la Oficina estaba muy consciente de la necesidad de responder a las dificultades y recomendaciones señaladas por el Grupo de Trabajo. Sin duda, el proceso del cambio institucional tenía por objeto dar al Grupo de Trabajo los elementos para realizar precisamente esa tarea.

43. Sin embargo, el Grupo de Trabajo todavía no había concluido sus debates ni formulado sus recomendaciones finales; por consiguiente, la Oficina aún no estaba en condiciones de informar cómo se estaban poniendo en práctica dichas recomendaciones. Por ese motivo, en la ponencia presentada ante el Subcomité, la Directora se había preocupado principalmente de informar a los Miembros sobre el avance realizado en los dos años anteriores para mejorar la gestión y el desempeño de la Oficina en las cinco esferas clave señaladas en el informe. En septiembre, cuando el Grupo de Trabajo presentara su informe final y el Consejo Directivo emprendiera un análisis de mitad de período sobre el progreso realizado en la ejecución del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, sería posible evaluar en qué medida ya se estaban poniendo en práctica las recomendaciones del Grupo de Trabajo, y determinar cómo se debía orientar el trabajo de la Oficina para incorporar plenamente el resto.

44. En relación con las recomendaciones del Auditor Externo, la Directora consideró que no era posible que el cumplimiento de las recomendaciones fuera un objetivo concreto, dado que estas abarcaban demasiados ámbitos del trabajo de la Organización. Sin embargo, aseguró al Subcomité que la Oficina estaba avanzando satisfactoriamente para poner en práctica las recomendaciones, como se pondría de manifiesto en el informe que se presentaría más adelante en la sesión.

45. Con respecto a la hoja de ruta, no se había presentado en su totalidad al Subcomité porque aún no estaba terminada y no se presentaría oficialmente hasta el primero de mayo. La Oficina había señalado las 11 iniciativas de transformación recientemente y el proceso de nombrar a los gerentes responsables de cada área todavía estaba en curso. En los próximos 40 días, la Oficina formaría los equipos y redactaría los documentos sobre cada iniciativa, incluidos los indicadores y los hitos, así como un calendario de trabajo.

46. En respuesta a las preguntas sobre la transferencia de puestos, la Directora dijo que la idea era ubicar los puestos cerca de los países o grupos de países que tuvieran mayor necesidad de cooperación técnica en un determinado campo. Los puestos se cambiaban como respuesta a sugerencias o solicitudes concretas de los países. Por ejemplo, el puesto de asesor regional en materia de dengue había sido transferido a Panamá, y varios puestos relacionados con la salud mental se habían convertido en puestos subregionales porque los países habían solicitado dichos cambios. La justificación de trasladar un puesto residía en gran parte en la utilización eficaz de los recursos; al ubicar los puestos donde se requería la pericia, la Oficina podría reducir mucho los gastos de viaje. Sin embargo, cuando se tomara la decisión de trasladar un puesto regional, este no necesariamente sería trasladado al país con la mayor necesidad, ya que la Oficina se había percatado de que en tales casos las extraordinarias necesidades del país en cuestión absorbían completamente la atención del funcionario regional, a tal punto que le impedían desempeñar su función de cooperación técnica en el ámbito regional. Por esta razón, era preferible ubicar el puesto en un país que pudiera prestar apoyo y contribuir con sus propios puntos fuertes a mejorar la respuesta de la Organización.

47. Con respecto a la alineación con la OMS, era importante recordar que la Región de las Américas había sido un líder en la elaboración del Undécimo Programa General de Trabajo. En efecto, la primera reunión de consulta regional sobre la versión definitiva de dicho programa se había celebrado en la sede de la OPS dos semanas antes, y la OMS había pedido a la secretaria de la OPS su ayuda para elaborar un plan estratégico que respaldara el programa de trabajo y siguiera el modelo del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana. Así pues, la oradora podía manifestar a los Estados Miembros su certeza de que la Organización, además de alinearse con la OMS, había influido en la elaboración del Undécimo Programa General de Trabajo de una manera decisiva.

48. Por último, la funcionaria se lamentaba de que no hubiera sido posible escuchar una ponencia sobre la gestión orientada a la consecución de resultados, como en un inicio lo había planeado. Se había dispuesto que un inspector de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas expusiera al Subcomité las enseñanzas extraídas a partir de un análisis de la gestión orientada a la consecución de resultados en cinco organismos de las Naciones Unidas; sin embargo, debido a un contratiempo con su visado, el inspector no había podido estar presente. La Oficina cambiaría su ponencia para mayo, en ocasión de la Asamblea Mundial de la Salud, o junio, cuando se celebrara la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo. La Oficina estaba muy consciente de la necesidad de proporcionar adiestramiento en materia de gestión orientada a la consecución de resultados y, de hecho, había considerado la posibilidad de aprovechar la visita del inspector para dar inicio al adiestramiento del personal. En suma, la puesta en práctica de dicha gestión y el adiestramiento que conllevaba constituían otro proceso paralelo de cambio que estaba en marcha en la Oficina.

49. El Dr. William Steiger (Estados Unidos de América, Presidente del Comité Ejecutivo), uno de los representantes del Comité Ejecutivo encargados de vigilar el avance de la Oficina para poner en práctica las recomendaciones del Auditor Externo, dijo que reconocía que las recomendaciones abarcaban numerosos aspectos del trabajo de la Oficina y que, en su opinión, sería útil que esta indicara en el próximo informe sobre los progresos realizados y en la hoja de ruta qué medidas en concreto se habían adoptado como respuesta a las recomendaciones del Auditor Externo. De este modo, los Miembros observarían la manera como la Oficina incorporaba las recomendaciones al proceso de su propia transformación en los próximos años. La Directora expresó que la Oficina tenía la obligación de presentar a los Cuerpos Directivos otro informe específico sobre la puesta en práctica de las recomendaciones, tal como lo había pedido el Consejo Directivo el año pasado. Sin embargo, en los futuros informes sobre los progresos realizados en el cambio institucional, la Oficina también se esforzaría por indicar la manera como las recomendaciones se incorporaban al proceso.

Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004 (documento SPP39/9)

50. El Sr. Eric Boswell (Director de Administración, OPS) presentó una puesta al día sobre el avance de la Oficina para poner en práctica las recomendaciones que el Auditor Externo había formulado en el informe especial presentado al Consejo Directivo en septiembre de 2004, complementando así la información contenida en el documento SPP39/9. Comenzó por recordar que el Auditor Externo había formulado recomendaciones en cinco esferas: 1) normas éticas y código de conducta; 2) contratación de empleados y consultores; 3) procedimientos para la atención de quejas, investigación de las quejas y comunicación de los resultados; 4) gestión de las relaciones externas; y 5) seguridad en materia de tecnología de la información. El Comité Ejecutivo le había pedido que rindiera un informe al Subcomité sobre el avance en las esferas mencionadas, y otras dos: auditoría interna y selección de un mediador.

51. El funcionario había estado colaborando con un equipo de colegas de la OPS para llevar a cabo las recomendaciones, entre ellos, la Asesora Jurídica, el Gerente del Área de Gestión de Recursos Humanos y el Gerente del Área de Tecnología de la Información. Al comienzo del proceso, el equipo había decidido que se beneficiarían del asesoramiento de expertos externos en el campo de la ética y la gobernanza. Por consiguiente, en febrero de 2005 la Organización había contratado al Centro de Recursos de Ética (ERC por la sigla en inglés), una organización sin fines de lucro y con sede en Washington, D.C. que había ayudado a numerosos clientes de los sectores privado y público a elaborar códigos de conducta, impartir adiestramiento en materia de ética y estrategias de comunicación, y realizar evaluaciones institucionales. El ERC se había comprometido a lo siguiente: examinar los sistemas de gobernanza de la OPS; redactar un suplemento de las normas de conducta de la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI); recomendar tipos de procedimientos y sistemas internos utilizados para atender las quejas y

acusaciones de faltas graves; redactar recomendaciones para elaborar una declaración de intereses concebida para detectar y manejar los problemas éticos, incluidos los conflictos de intereses, el nepotismo y la apariencia de negociaciones indebidas; formular recomendaciones sobre el método para llevar a cabo las investigaciones y comunicarlas; proporcionar ejemplos de normas y procedimientos de las prácticas óptimas internacionales, así como ejemplos pertinentes de otras organizaciones internacionales públicas y del sector privado; y redactar recomendaciones para la elaboración de una estrategia de adiestramiento y comunicaciones.

52. En cuanto a las medidas encaminadas a poner en práctica las recomendaciones, el Sr. Boswell informó de que en la esfera de las normas éticas y los códigos de conducta, la Organización estaba elaborando, en colaboración con el ERC, un suplemento específico para la OPS de las normas de conducta de la CAPI para el personal de las Naciones Unidas. El 9 de marzo de 2005, el ERC había entregado un borrador que actualmente era examinado tanto por el personal como por la administración. Asimismo, el ERC ayudaría a concebir un programa de adiestramiento con el fin de incorporar el código en el trabajo diario del personal. La implantación de dicho programa estaba prevista para mediados del verano.

53. Con relación a la contratación de empleados y consultores, la Oficina estaba intentando introducir un proceso de selección más abierto y competitivo para la contratación de funcionarios y consultores temporeros, conforme lo recomendado por el Auditor Externo. El Departamento de Recursos Humanos había examinado los mecanismos de contratación del personal a corto plazo y había formulado principios explícitos con respecto al uso, condiciones de servicio y procesos de selección para ese tipo de contratos. También se habían elaborado propuestas para velar por que los resultados previstos se definieran claramente y el desempeño del personal a corto plazo se vigilara y evaluara mejor. Por otra parte, se estaba creando una base de datos de los funcionarios temporeros y entablándose debates con miras a establecer un instrumento para localizar los servicios de expertos.

54. En lo que se refería a los procedimientos para presentar una queja, la OPS se había ceñido a las normas de la OMS para notificar fraudes o presuntos fraudes y pérdidas de dinero en efectivo o bienes. Conforme la recomendación del Auditor Externo, la Unidad de Asuntos Jurídicos participaba en todas las etapas de la investigación y la gestión de tales quejas, y se notificaba al Auditor Externo de tales casos. Sin embargo, como se señalaba en el informe del Auditor Externo, el personal no conocía lo suficientemente bien dichos procedimientos. Más aún, la Organización carecía de un mecanismo adecuado para que el personal notificara acusaciones de faltas graves, corrupción u otras conductas poco éticas. Además de prever una investigación independiente, dicho mecanismo debía conferir una protección rigurosa frente a cualquier tipo de represalia contra el demandante. Actualmente, la Oficina examinaba los

mecanismos utilizados por otras organizaciones internacionales, al objeto de determinar el modelo adecuado para la OPS; el establecimiento de tal mecanismo figuraba como uno de los resultados previstos en el contrato celebrado con el Centro de Recursos de Ética, el cual presentaría una recomendación al respecto a más tardar el 20 de abril.

55. De conformidad con la recomendación del Auditor Externo, en la esfera de la gestión de las relaciones externas, la Oficina estaba formulando un proyecto de directrices para la colaboración con empresas privadas, cuyo objetivo era evaluar la idoneidad de las posibles colaboraciones entre la Organización y terceros, incluidas empresas y organizaciones no gubernamentales privadas, haciendo hincapié particular en evitar posibles conflictos de intereses. Además, la OPS pondría en práctica el Programa para la Declaración de Intereses de la OMS, de conformidad con el cual se exigiría a todo el personal directivo de la OPS y a otros funcionarios que ocuparan puestos de confianza, como los relacionados con la adquisición y gestión de los recursos humanos, que rindieran un informe anual sobre todo interés o asociación que tuvieran con una entidad con la que trataran oficialmente en nombre de la Organización. El ERC formularía otras recomendaciones sobre este asunto.

56. En cuanto a la seguridad en materia de tecnología de la información, la Organización había realizado una evaluación integral de la seguridad de la red varios años antes, y ya se había hecho algo para reducir los puntos vulnerables detectados. Sin embargo, era necesario trabajar más en los aspectos técnicos de la seguridad de la información, así como en la vigilancia continua del sistema y la educación del personal en este campo. Para tal efecto, la Directora había aprobado la creación del puesto de oficial de seguridad de la información; la persona que lo ocupara trabajaría en la Oficina del Director de Administración, a quien rendiría cuentas directamente. El nuevo oficial de seguridad de la información se concentraría en educar a todo el personal sobre la responsabilidad que tenían de velar por la seguridad de la red y la información de la OPS; en elaborar las normas y directrices para el correo electrónico y la administración de la seguridad; y en vigilar la red para prevenir la intrusión de usuarios no autorizados.

57. En el campo de la auditoría interna, en 2004 la Oficina había llegado a un acuerdo con el Departamento de Servicios de Supervisión Interna de la OMS para que le prestara servicios de auditoría interna a la OPS conforme al plan de auditoría anual que sería decidido conjuntamente por el Director de la Auditoría Interna de la OMS y la Directora de la Oficina. La Unidad de Servicios de Supervisión Interna de la OPS contaba ya con todo el personal previsto. El nuevo jefe de dicha unidad, contratado por la OMS y con experiencia en el sector privado, había asumido sus funciones en septiembre de 2004. Se había acordado un plan de auditoría para 2005 y el proceso de auditoría ya estaba en marcha.

58. Por último, con respecto al puesto del mediador, en 2003 este se había establecido formalmente como P4, y entre 2003 y 2004, la Organización había realizado una búsqueda amplia, pero no se había encontrado ningún candidato adecuado. Posteriormente, la Directora había decidido reclasificar el puesto en la categoría P5 con la finalidad de atraer a los candidatos con los mayores méritos. El puesto había sido anunciado de nuevo y actualmente estaba en marcha la contratación. Dado el período de tiempo que el puesto había estado vacante y el tiempo que aún faltaba para ocuparlo, la Directora había solicitado al Área de Recursos Humanos que indicara qué funcionario tenía la experiencia adecuada para ocupar el puesto de forma inmediata y temporal; se había consultado a la Asociación de Personal al respecto.

59. Para concluir, el Sr. Boswell agradeció a los representantes del Comité Ejecutivo su apoyo para poner en práctica las recomendaciones y dijo que presentaría otra puesta al día en ocasión de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo, que se celebraría en junio.

60. El Dr. William Steiger (Estados Unidos de América, Presidente del Comité Ejecutivo), en su nombre y en el del Sr. Herbert Sabaroche (Dominica, Presidente del Comité Ejecutivo en 2004), así como en representación del Comité Ejecutivo, agradeció al Sr. Boswell su informe y encomió a la Oficina su empeño en cumplir con el calendario para llevar a cabo las recomendaciones, la mayoría de las cuales se habrían puesto en práctica cuando se inaugurara el 46.^o Consejo Directivo, en septiembre. Aunque había dificultades de orden logístico, financiero y, particularmente, cultural para poner en práctica algunas de las recomendaciones, el Dr. Steiger manifestó que tanto él como el Ministro Sabaroche habían observado un compromiso sólido por parte de la Directora y el personal a su cargo para efectuar los cambios recomendados por el Auditor Externo. Por otro lado, la competencia y el profesionalismo del personal del Centro de Recursos de Ética también les había causado una impresión favorable. Desde el punto de vista del Comité Ejecutivo, la implantación de normas éticas en las prácticas y la cultura de la Organización, tanto en la Sede como en las oficinas de campo, era fundamental para fortalecer la gestión y el liderazgo, y proteger la bien merecida reputación de la Organización. La función de investigación también era esencial. En su opinión, debía haber un vínculo directo entre dicha función y el Comité Ejecutivo, y se necesitaba implantar un mecanismo de supervisión mediante el cual el Comité pudiera hacer aportaciones directas a los individuos responsables de investigar las quejas o acusaciones de faltas graves, y comunicarse directamente con ellos.

61. El diálogo con el personal era crucial para que el proceso en marcha fuera satisfactorio, ya que si el personal estaba insatisfecho o en desacuerdo con la manera en la que se ponían en práctica las recomendaciones, el proceso tendría menos probabilidades de conducir a los resultados deseados. Por consiguiente, se había reunido en varias ocasiones con representantes de la Asociación de Personal para notificarles las medidas adoptadas, solicitar sus aportaciones y escuchar sus inquietudes. También había

solicitado que el personal estuviera presente durante el debate entablado por el Subcomité al respecto y que tuviera la oportunidad de hacer preguntas.

62. El Subcomité agradeció a la Oficina la puesta al día y expresó su agradecimiento al Dr. Steiger y al Sr. Sabaroché por los esfuerzos que habían desplegado para dar seguimiento a la ejecución y mantener informado al Comité Ejecutivo. Los miembros recibieron con beneplácito la contratación del ERC para ayudar a la Oficina a llevar a cabo las recomendaciones y manifestaron su satisfacción en cuanto al avance logrado hasta la fecha. Se preguntó al Sr. Boswell si el Auditor Externo había proporcionado retroalimentación u otras recomendaciones desde septiembre de 2004. Asimismo, se le pidió que proporcionara un cálculo del costo que hasta la fecha había supuesto la aplicación de las recomendaciones, así como de lo que se tenía previsto gastar en el futuro. Se recalcó que era necesario hacer un mayor esfuerzo por obtener la máxima eficacia en función de los costos, e incorporar las recomendaciones en el cambio institucional que estaba en marcha en la Oficina. Con respecto al puesto de mediador, uno de los delegados preguntó por qué se había establecido como requisito una experiencia de 13 años. Otro delegado solicitó más información sobre el puesto de oficial de seguridad de la información y la naturaleza de las funciones correspondientes. Por último, se pidió al Sr. Boswell que explicara la manera como la Oficina se proponía vincular todo el proceso de poner en práctica las recomendaciones con la notificación respectiva a los Cuerpos Directivos.

63. El Sr. Boswell dijo que no se había recibido ninguna retroalimentación por parte del Auditor Externo, pero que recientemente la Oficina de la Auditoría Nacional (NAO) del Reino Unido le había enviado un extenso correo electrónico, en el que se describía la manera como dicha Oficina había manejado varios de los asuntos abordados en las recomendaciones. Sin embargo, los representantes de la NAO comenzarían su examen anual de la OPS la semana siguiente y uno de los componentes sería el seguimiento de las recomendaciones. En cuanto al requisito de experiencia para el puesto de mediador, dijo que 13 años era el requisito ordinario de la CAPI para un puesto P5; y que para un puesto P4 era de 9 años. En lo que se refería al puesto de oficial de seguridad de la información, a la Oficina le complacería proporcionar a los Miembros la descripción de los requisitos y las funciones correspondientes tan pronto como estuviera a su disposición. Dado que el puesto se había aprobado recientemente, el anuncio de la vacante aún no se había publicado. La Oficina también proporcionaría un informe sobre las consecuencias económicas de la puesta en práctica de las recomendaciones. En ese sentido, señaló que, salvo el contrato con el Centro de Recursos de Ética, hasta la fecha el proceso no había implicado ningún costo adicional, ya que todo el trabajo se había hecho internamente.

64. En respuesta a la pregunta de cómo la Oficina se proponía vincular la totalidad del proceso con la notificación respectiva, señaló que la Directora había tratado ese asunto en su ponencia sobre el cambio institucional. Uno de los 11 componentes de la hoja de ruta

para la transformación institucional era la transparencia y la rendición de cuentas, y la ejecución de las recomendaciones entraba en ese campo. Con respecto a la notificación, dijo que, como ya había mencionado, en junio presentaría otra puesta al día al Comité Ejecutivo y en septiembre un informe al Consejo Directivo.

Estrategia para el futuro de los centros panamericanos (documento SPP39/5)

65. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OPS) presentó el documento sobre este tema, señalando que se había preparado de conformidad con la resolución CSP20.R31, en la que se había exhortado a la Directora a que emprendiera evaluaciones periódicas de los centros panamericanos y rindiera cuentas al respecto a los Cuerpos Directivos. El documento SPP39/5 tenía por objeto definir una estrategia para el futuro de los centros panamericanos.

66. La Oficina consideraba que el funcionamiento de los centros panamericanos debía examinarse a la luz de las realidades nacionales y del complejo entorno institucional en el ámbito internacional. Dentro de la Organización, los factores contextuales de importancia comprendían las actividades de renovación de la OPS, la aprobación histórica de la Política del Presupuesto Regional por Programas en 2004, el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y el marco para la cooperación técnica y el desarrollo sanitario nacional. También era importante enmarcar el debate en el contexto de los desafíos socioeconómicos de los países, las capacidades nacionales, el grado de desarrollo sanitario nacional, las disparidades generalizadas y persistentes en los países y entre ellos, y la agenda inconclusa.

67. 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 volumen importante de pericia 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. De los ocho centros actuales ubicados en siete países, tres eran subregionales: el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Los cinco restantes eran regionales: el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el 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 Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). Además, la OPS colaboraba con 204 centros colaboradores de la OMS situados en la Región.

68. En el documento SPP39/5 se proporcionaba información concreta sobre la situación actual de cada centro panamericano, incluida la importancia de la cooperación técnica prestada y el grado en que contribuía al avance de los indicadores de salud y al desarrollo institucional de los países. Se describían, además, los asuntos de gobernanza, financieros y administrativos comunes a todos los centros. Uno de los asuntos en común era el de la gobernanza, la cual requería la capacidad para construir una visión compartida entre los distintos interesados directos, a saber, los Cuerpos Directivos, el país anfitrión, los donantes, los funcionarios y los colegas de la OPS. La complejidad de los mecanismos de gobierno no permitía la armonización perfecta de los centros panamericanos con la Organización y creaba un elemento de tensión en la relación, tanto para los centros como para la Oficina, en particular con respecto a la aplicación de los reglamentos y estatutos de la OPS y las restricciones que imponían a los centros. Otro asunto común era la relación con los países anfitriones y los asuntos relacionados con el personal.

69. El asunto de la sostenibilidad financiera había supuesto durante mucho tiempo el mayor desafío para los centros panamericanos, tal como se había puesto de manifiesto en los informes financieros del Director y en los informes del Auditor Externo. Los centros panamericanos tenían principalmente cinco fuentes de ingresos: el presupuesto ordinario de la OPS, las cuotas directas del país, las subvenciones (fondos extrapresupuestarios), las ventas de productos y servicios, y las contribuciones 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.

70. Se pidió al Subcomité que considerara las preguntas planteadas al final del documento SPP39/5, con miras a determinar si los centros panamericanos debían seguir existiendo y funcionando como hasta la fecha, o bien, si las instituciones nacionales podían desempeñar sus funciones; y, en este último caso, si la Oficina debía elaborar un calendario con prioridades definidas para evaluar y orientar regularmente a los centros panamericanos, al objeto de que se convirtieran en centros nacionales con capacidad internacional de referencia.

71. El Subcomité expresó 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, los Miembros opinaron que, en vista de los adelantos en materia de comunicaciones y tecnología, había llegado el momento de examinar de manera individual qué centros aún tenían una función útil por desempeñar. Como se señalaba en el documento SPP39/5 y en la ponencia, en 1985 el Comité Ejecutivo había puesto de manifiesto que los centros panamericanos no estaban destinados a ser permanentes, y que funcionarían hasta que los países y la capacidad nacional de las instituciones adquirieran su propia capacidad técnica e institucional. Sin embargo, para que se pudiera adoptar una decisión fundamentada con respecto a su

futuro, se requería efectuar un análisis franco y abierto desde un punto de vista financiero y programático, manteniendo abiertas todas las opciones, incluida la de clausurar algunos centros en caso necesario.

72. Los delegados consideraron que el criterio fundamental para que un centro regional o subregional siguiera existiendo consistía en determinar si proporcionaba algo que los países no podían suministrar de manera individual. En algunos casos, la Región ya contaba con instituciones de excelencia que podrían asumir determinadas funciones de algunos de los centros panamericanos, las cuales serían absorbidas gradualmente por las instituciones nacionales del país anfitrión aun cuando siguieran prestando servicios a toda la Región. Por otra parte, los 204 centros colaboradores de la OMS situados en la Región podrían desempeñar algunas de las funciones de los centros panamericanos; o bien, estas podrían llevarse a cabo mediante el intercambio de profesionales, la movilización de recursos en las universidades, la mayor utilización de profesionales nacionales en lugar de internacionales, y las alianzas con el sector privado, las fundaciones o las organizaciones no gubernamentales. Otra posibilidad era que los centros panamericanos hubieran madurado hasta el punto en que fuera necesario que funcionaran por cuenta propia y que la OPS desempeñara una función de socio, más que una función directriz.

73. Por otro lado, se señaló 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, y los países de la subregión estaban muy agradecidos por el apoyo que la OPS les prestaba. Dada la amplia variedad de capacidad técnica en el ámbito nacional, los centros panamericanos cumplían la importante función de ayudar a los países peor dotados. En opinión de algunos delegados, la participación de la OPS en dicha cooperación técnica siempre sería fundamental, al menos hasta cierto punto. En vista de la situación económica de la subregión, la obtención de fondos extrapresupuestarios se consideraba esencial para la sostenibilidad de los centros panamericanos. Algunos delegados respaldaron la iniciativa de recaudar fondos extrapresupuestarios, no solo mediante proyectos, sino también mediante la venta de servicios, ya que, en muchos casos, estos se vendían a las comunidades sanitarias de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado, las cuales podrían actuar como socios importantes del desarrollo sanitario. Si este era el caso, opinaban que no se debería excluir dicho criterio, sino más bien ponerse en práctica con el debido cuidado. Sin embargo, otros delegados consideraron que, si los centros panamericanos se volvían más activos como consecuencia de la venta de servicios, tenderían a convertirse en empresas comerciales, lo cual iría en contra de sus mandatos.

74. No obstante, se reconocía que en la época actual los recursos financieros eran limitados y los costos de funcionamiento aumentaban continuamente. La mayoría de los países anfitriones habían efectuado una aportación considerable, económica o en especie,

para cubrir los costos de las actividades de los centros panamericanos y, por consiguiente, sus gobiernos necesitaban examinar la utilidad de estos, así como las posibilidades reales de que dicho apoyo continuara en el futuro. La evaluación de un centro panamericano también debía incluir un análisis de la capacidad del país anfitrión para prestar todas las funciones acordadas desde un principio. En caso de que el país anfitrión no pudiera desempeñar las funciones que aún se consideraran fundamentales, la OPS tendría que intervenir.

75. También se señaló que la propia Oficina Sanitaria Panamericana tenía un número considerable de programas regionales, y que era importante velar por que los centros panamericanos no realizaran las mismas actividades, asignando los escasos recursos. Hubo opiniones encontradas en cuanto a si los centros panamericanos debían funcionar como ejecutores o facilitadores de la cooperación técnica; uno de los delegados propuso que debían cumplir ambas funciones.

76. Una de las principales preocupaciones era 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 sugirió 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.

77. El Subcomité mencionó haber tenido algunas dificultades para entender las cifras, y pidió a la Oficina que en las versiones futuras del documento incorporara más datos sobre la situación financiera de los centros panamericanos, incluidos gráficos presupuestarios, estados de la repercusión económica, etcétera. Aunque el Comité Ejecutivo debía examinar el asunto de nuevo, los Miembros opinaron que no se podía permitir que la situación financiera de los centros panamericanos siguiera siendo precaria. Los déficit financieros, aunados a presupuestos cuyo 70% se destinaba a gastos relacionados con el personal, harían imposible mantener los programas pertinentes.

78. 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 preguntó si entre los criterios se encontraba la pertinencia para la situación sanitaria de la Región, y pidió que se incluyera la lista completa de los criterios en el documento que se presentara al Comité Ejecutivo, para orientar el debate al respecto. También se mencionó que en la próxima versión del documento se debía proporcionar más información sobre las abreviaturas y las siglas.

79. La Dra. Etienne dijo que había tomado nota de las recomendaciones del Subcomité con respecto del documento y que se ocuparía de que en la versión siguiente se incorporaran los cambios y las modificaciones sugeridas. La Oficina también

desplegaría esfuerzos para realizar un análisis más detallado de la situación de cada centro panamericano, pero en vista del número de centros, tendría que procurar que el documento no fuera demasiado largo. Ya se habían realizado algunos exámenes técnicos y administrativos de algunos de los centros, los cuales podían ponerse a la disposición del Subcomité y, posteriormente, del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo. Quizá habría dificultades para llevar a cabo las evaluaciones del resto de los centros panamericanos antes de la sesión del Comité Ejecutivo que se celebraría en junio, pero la Oficina proporcionaría el calendario respectivo.

80. La oradora coincidió con las observaciones de los delegados caribeños en cuanto a las grandes disparidades en materia de capacidad que existían entre los países. Dijo que estaba convencida de que los Cuerpos Directivos tendrían en cuenta ese aspecto cuando consideraran el tema. La Oficina realizaría análisis francos y abiertos de cada centro panamericano, examinando todos los aspectos técnicos y financieros pertinentes, y evaluando la capacidad de las instituciones nacionales para prestar cooperación técnica.

81. La Directora recordó a los presentes que ya se habían probado varios métodos para abordar los problemas relativos a los centros panamericanos, y que era importante aprender de esas experiencias. En algunos casos, la solución propuesta había empeorado la situación. Por ejemplo, se había hecho un intento para fomentar una mayor autosuficiencia de los centros panamericanos mediante la venta de productos y servicios, pero la medida había ocasionado un desajuste entre las actividades de los centros y las prioridades generales de la OPS. Y, lo que era más grave aún, al poner a competir a los centros y a los organismos nacionales en el mismo campo, se había entrado en conflicto con el mandato principal de la Organización, a saber, fortalecer la capacidad nacional.

82. Asimismo, era necesario tener presente que los centros panamericanos desempeñaban funciones desiguales: la investigación, el adiestramiento, la producción, el desarrollo de tecnología, y la utilización de economías de escala y servicios compartidos. Quizá algunas de estas funciones fueran importantes para determinados grupos de países, pero lo eran menos para la Región en su conjunto.

83. En cuanto a PANAFTOSA, la OPS había fundado este centro panamericano a petición de los organismos relacionados con la salud veterinaria, en particular la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal, conocida en aquella época como la Oficina Internacional de Epizootias (OIE). PANAFTOSA había logrado algunos adelantos técnicos de suma importancia para la salud humana. En la reunión organizada por el Departamento de Agricultura y Ganadería de los Estados Unidos, que había tenido lugar en Houston el año anterior, se había formado un grupo de trabajo para examinar la manera de apoyar el trabajo en el campo de la salud pública veterinaria, en particular, el relacionado con la fiebre aftosa. El tema también se examinaría en la próxima Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), y se esperaba

encontrar la manera de depender menos del apoyo tradicional prestado por los ministerios de salud. Sin embargo, seguir colaborando con los profesionales en el campo de la sanidad animal y la salud humana coincidía con el mandato general de la OPS, ya que la mayoría de las enfermedades humanas emergentes recientes habían tenido su origen en los animales.

84. No era tarea fácil concebir un criterio que abordara de manera uniforme todos los problemas que afectaban a los centros panamericanos, un grupo diverso de instituciones cuya gobernanza, mecanismos financieros, edad, estado y funciones eran dispares. Sin embargo, la Oficina comprendía lo que los Estados Miembros buscaban, a saber: que se examinaran los centros panamericanos de forma individual y en función de los parámetros dados, y que se ideara una estrategia general para preservar y aumentar la capacidad de cooperación técnica en la Región sin empeorar las desigualdades entre los países.

La cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas (documento SPP39/4)

85. La Dra. Mariela Licha Salomón (Coordinadora de la Unidad de Apoyo a los Países, OPS) presentó el documento que la Oficina preparó sobre este tema, observando que se trataba de un informe sobre el avance realizado en materia de la estrategia planteada en un documento titulado "La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI", elaborado en 1998. El concepto de la cooperación técnica entre países tenía su origen en el Plan de Acción de Buenos Aires, que a su vez había surgido de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, celebrada en 1978. La OPS contaba con una larga tradición de apoyo a la cooperación entre países y, al introducir en 2004 la estrategia para el cambio institucional en 2004, había renovado su compromiso al respecto.

86. Tal como indicaban los datos contenidos en el documento, en los tres bienios anteriores se había observado un aumento continuo en el número de proyectos de cooperación técnica entre países presentados, y la proporción de ellos que incluía un componente de seguimiento y evaluación también había aumentado. De los proyectos patrocinados entre 1998 y 2003, 28% habían incluido por lo menos a uno de los países clave. Había un predominio manifiesto de los proyectos que se llevaban a cabo entre los países vecinos o entre los países de la misma subregión. Los 181 proyectos aprobados en los tres últimos bienios pertenecían a cinco áreas de trabajo, aunque cerca de una quinta parte de ellos abarcaban dos o más áreas. Las áreas de trabajo 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 aumentar las asociaciones entre el sector sanitario y otros sectores e interesados directos, así como la participación social. Un desafío importante para la Oficina y los países consistía en aumentar el número de proyectos clasificados dentro del área de salud familiar y comunitaria, los cuales se relacionaban con varios Objetivos de Desarrollo del Milenio y abordaban muchos problemas que aquejaban a los países prioritarios.

87. Las modalidades principales de cooperación técnica entre países eran tres: la modalidad de contribución (34% de los proyectos en los tres bienios anteriores) consistía en una transferencia unidireccional de recursos tecnológicos de un país a otro u otros; la modalidad de intercambio, o cooperativismo (52%), mediante la cual los países colaboraban para alcanzar objetivos comunes y cuyo origen estaba en la idea de que todos los países tenían algo que ofrecer a los otros, independientemente de su grado de desarrollo sanitario nacional; y la modalidad de reciprocidad (14%), que permitía a los países combinar sus puntos fuertes y capacidades respectivos de forma complementaria.

88. En el documento SPP39/4 se describían los principales resultados de los 181 proyectos analizados; el resultado más importante había sido el fortalecimiento de la capacidad nacional para afrontar problemas particulares. También se resumían las enseñanzas extraídas y se presentaba información sobre la medida en que se habían llevado a cabo las recomendaciones contenidas en "La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI". Aunque la Oficina opinaba que había aplicado a cabalidad las recomendaciones, en el caso de una de ellas —aprovechar todo el potencial de las tecnologías avanzadas de comunicación e información (incluida la internet), al objeto de facilitar el uso de la cooperación técnica entre países en materia de salud— reconocía que quedaba mucho por hacer. La Oficina continuaría esforzándose por perfeccionar y adaptar los sistemas de información con el fin de mejorar la comunicación y la información en materia de cooperación técnica entre países.

89. Entre los desafíos para el futuro se encontraba la necesidad de definir con mayor claridad los resultados previstos de los proyectos; mejorar los métodos y procedimientos para el seguimiento y la evaluación, así como establecer mecanismos para lograr una mayor sistematización y difusión de las experiencias y la información en materia de cooperación técnica entre países; y fortalecer la coordinación entre las relaciones exteriores y los sectores de la salud con respecto a las actividades de cooperación técnica entre países.

90. El Subcomité aplaudió el apoyo que la Organización había prestado a la cooperación técnica entre países, recalando que el concepto reflejaba un valor básico del panamericanismo y la profunda razón de ser de la Organización. Era una de las formas más eficaces de invertir en el desarrollo sanitario nacional, y generaba enseñanzas y experiencias valiosas para todos los países que participaban en la relación, independientemente de su grado de desarrollo. Más aún, esta clase de cooperación podría

ser un medio excelente para ejercer un efecto multiplicador en los recursos porque, aun cuando en los proyectos solo participaban dos o tres países, su repercusión, en cuanto a las enseñanzas extraídas y la determinación de las prácticas óptimas, podría ser mucho más amplia. Dada la importancia de la cooperación técnica entre países, se exhortó a la Oficina a que, de ser posible, aumentara la asignación presupuestaria para esa finalidad; simplificara los procesos de examen y aprobación de proyectos; e ideara formas diversas para poner en práctica los proyectos, utilizando más las capacidades de las instituciones y examinando la posibilidad de integrar los recursos y las capacidades de otros organismos de cooperación. También se alentó a la Oficina a que intensificara los esfuerzos encaminados a velar por que las iniciativas y los procesos de integración subregionales siguieran beneficiándose de las posibilidades ofrecidas por la cooperación técnica entre países. Por otra parte, se señaló que la OPS debía explorar junto con la OMS las posibilidades de aumentar la cooperación técnica entre los países de América y los países de otras regiones.

91. Al Subcomité le complació que la Oficina estuviera incorporando a los proyectos un componente de evaluación, y pidió que se incluyera más información al respecto en las versiones futuras del documento, particularmente acerca de las personas que llevarían a cabo las evaluaciones y los métodos que se utilizarían para sistematizar ese importante aspecto del trabajo en el proyecto. Se recalcó que todos los proyectos de cooperación técnica entre países debían incorporar indicadores del desempeño y de las evaluaciones, los cuales debían utilizarse para determinar si los objetivos de los proyectos se habían alcanzado y si era necesario que los países o la Oficina tomaran medidas al respecto.

92. Los Miembros subrayaron la necesidad de establecer un proceso sistemático para velar por el seguimiento de los principios de la gestión orientada a la consecución de resultados. Se señaló que las normas de la cooperación técnica entre países debían ponerse al día para que reflejaran la aplicación de dicho criterio. A pesar de que el aumento en el porcentaje de proyectos con informe final fue recibido con beneplácito, se exhortó a la OPS a que exigiera la elaboración de un informe final para cada uno de los proyectos. Posteriormente, dichos informes serían distribuidos ampliamente, aprovechando al máximo los medios de comunicación avanzados, ya que proporcionarían a la Oficina y a los Estados Miembros información valiosa sobre los resultados de los proyectos y las repercusiones del propio proceso de cooperación técnica entre países. Se hizo hincapié en que se necesitaba encontrar una manera sistemática de difundir las prácticas óptimas. Se señaló que incluso los proyectos cuyos resultados no habían sido del todo favorables ofrecían enseñanzas importantes y que, en vista de que la cooperación técnica entre países representaba una inversión, era importante determinar cuán eficaz había sido en cada caso.

93. Los Estados Miembros recibieron con beneplácito la proporción relativamente grande de proyectos de cooperación técnica entre países que se habían llevado a cabo en las zonas fronterizas, e instaron a que se siguiera ese curso, ya que las fronteras eran

zonas donde había necesidades compartidas y fuertes vínculos culturales, económicos y espirituales entre los países vecinos. Por otra parte, a menudo se caracterizaban por concentraciones elevadas de pobreza y necesidades sanitarias no atendidas. A este respecto, se destacó la importancia fundamental de la cooperación técnica entre países como un medio para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

94. A los Miembros les complació constatar que la Oficina había ofrecido a varios países de América Latina oportunidades de adiestramiento relativo al concepto, la gestión y el funcionamiento de la cooperación técnica entre países, e instaron a que ese tipo de oportunidades también se ofrecieran en el Caribe y América del Norte. Uno de los delegados observó que no todos los ministerios de salud parecían conocer el proceso de cooperación técnica entre países, lo cual señalaba la necesidad de intensificar el esfuerzo entre las representaciones de la OPS/OMS para que actuaran como facilitadores informando a los países sobre las oportunidades de cooperación técnica entre países y ayudándolos a emprender y llevar a cabo los proyectos.

95. Por otro lado, se propuso que la OPS también debía publicar la información sobre la cooperación técnica entre países en su sitio web, incluidas las directrices para presentar propuestas, ejemplos de propuestas, informes y resúmenes de proyectos, entre otros. Cabía la posibilidad de que la Oficina elaborara una guía de países con los posibles programas de cooperación técnica entre países que estos quisieran ofrecer. Se alentó a la Oficina a que difundiera más ampliamente las prioridades para la cooperación técnica en la Región, de modo que los países pudieran utilizar dicha información para elaborar anteproyectos.

96. En cuanto al documento, los Miembros propusieron que la próxima versión incluyera un análisis aclaratorio del proceso de aprobación de los proyectos de cooperación técnica entre países, incluido un cronograma que indicara los pasos desde la presentación de la propuesta hasta su aprobación o rechazo, junto con una explicación de los criterios para otorgar fondos a ese tipo de proyectos. Consideraban, además, que en el documento se debía aclarar qué porcentaje del presupuesto de la Organización se asignaba a las actividades de cooperación técnica entre países, qué se hacía con los fondos no utilizados y cómo se reasignaban. La Delegada de los Estados Unidos de América dijo que su delegación presentaría un conjunto detallado de recomendaciones, y que le pedía a la Oficina que las tuviera presentes al preparar la versión siguiente del documento.

97. La Dra. Licha Salomón aceptó la propuesta de realizar un análisis de todo el proceso de aprobación y dijo que la próxima versión del documento incluiría información sobre los criterios para la evaluación técnica y la aprobación de los proyectos. Con respecto a la propuesta de enumerar las prioridades de la Región para la cooperación técnica, explicó que conforme el criterio de cooperación técnica entre países, los países

priorizaban las esferas donde ni ellos ni la Oficina tenían capacidad técnica o pericia, pero otros países sí.

98. Los recursos gastados en los proyectos de cooperación técnica entre países representaban cerca de 1% del presupuesto ordinario de la Organización. El financiamiento de algunos proyectos provenía de una tercera fuente, cuyos fondos eran donados por un tercer país que no participaba directamente en el proyecto. Por consiguiente, la suma moderada que la Oficina suministraba podría influir eficazmente para dar lugar a una repercusión mucho mayor. Por lo general, los proyectos de cooperación técnica entre países eran muy económicos. Por ejemplo, normalmente la OPS pagaba gran parte de los gastos de viaje de los expertos nacionales, pero el costo real de sus servicios era sufragado por las entidades donde trabajaban, las cuales les seguían pagando su sueldo normal.

99. La funcionaria estuvo de acuerdo con la propuesta relativa a los informes finales de los proyectos y su difusión, y reconoció que la Oficina necesitaba poner más empeño en dicha esfera para que otros países pudieran beneficiarse de la experiencia de los países participantes. Aclaró que todos los proyectos tenían un componente de evaluación, y que el problema era que los países no siempre elaboraban y presentaban un informe final. La Oficina estaba muy consciente de la importancia de los informes finales e insistía a los países que siempre debían proporcionarlos. El manual sobre la cooperación técnica entre países estaba actualmente en proceso de revisión y, sin duda, incluiría los elementos de gestión orientada a la consecución de resultados. El suministro de adiestramiento en el Caribe y, posteriormente, en América del Norte, se estaba concretando, particularmente en México, donde había resultado muy beneficioso.

100. La Directora explicó que el documento SPP39/4 representaba una respuesta a la petición que se había hecho a la Oficina de preparar un informe sobre los progresos realizados en todos los proyectos que se habían llevado a cabo con el presupuesto específico para la cooperación técnica entre países. El documento de política sobre la cooperación técnica entre países propiamente dicha había sido presentado y aprobado por los Cuerpos Directivos en 1998. Si los Estados Miembros deseaban emprender una revisión de la política, los procesos y métodos en materia de cooperación técnica entre países, la Oficina prepararía de buen grado un documento con esa finalidad, aunque este no había sido el objetivo del documento presentado al Subcomité.

101. La OPS era el único organismo del sistema de las Naciones Unidas que había previsto de manera específica en su presupuesto la promoción de la cooperación técnica entre países. En ese sentido, era el único organismo que había adoptado seriamente la Declaración de Buenos Aires. De acuerdo con la estrategia adoptada en 1998, esos recursos estaban destinados a servir como capital generador de inversiones para fomentar y facilitar los proyectos de este tipo. Más de la mitad de los proyectos de cooperación técnica entre países representaban solo cerca de \$20.000 a \$25.000 en fondos de la OPS;

los países suministraban el resto. Las cantidades reales del presupuesto de la Organización eran mínimas: \$2,7 millones durante el bienio para los 38 países de la Región. La Oficina no asignaba ni personal ni recursos de forma específica a la cooperación técnica entre países ni existía una unidad concreta encargada de esta. El mecanismo de cooperación técnica entre países de la Organización era muy "ligero", pero había servido para concientizar y fomentar los sistemas nacionales de cooperación entre los países y estimular el establecimiento de relaciones más cercanas entre el sector de la salud y los mecanismos de relaciones exteriores que definían la cooperación entre los países como un elemento de política exterior.

102. En relación con la petición del Subcomité referente a que la Oficina debía proporcionar más información sobre los criterios para otorgar fondos para la cooperación técnica entre países, recalcó que en este ámbito la orientación provenía de los países, no de la Oficina. No había ninguna asignación regional en sí para esta cooperación. La OPS no disponía de un fondo para dividirlo entre los proyectos, los países eran los que decidían dedicar una porción de su presupuesto bienal a la cooperación técnica entre países, y también eran ellos los que tomaban la decisión de emprender un proyecto de esta naturaleza y buscar la aprobación y el apoyo de la OPS. De manera análoga, la OPS no establecía las prioridades de estos proyectos de los países. Las prioridades para la Región estaban claramente definidas en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 y otros documentos de política aprobados por los Cuerpos Directivos. La Oficina podía formular algunas recomendaciones sobre el enfoque de los proyectos, pero la decisión de emprenderlos y los objetivos que debían perseguirse eran decisiones soberanas de los países interesados.

103. Así pues, la Oficina necesitaba orientación por parte de los Estados Miembros. A juicio de los Miembros del Subcomité, ¿se debía establecer un fondo especial en el presupuesto, lo cual implicaría una competencia entre los países para obtener financiamiento para los proyectos de cooperación técnica entre países? O bien, ¿preferían que se conservara el criterio actual, es decir, que un porcentaje de la proporción del presupuesto bienal para cada país se reservara para la cooperación con otros países? En todo caso, sería necesario tener en cuenta las restricciones impuestas por la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas, de conformidad con la cual se reducirían los recursos regionales y se aumentarían las asignaciones a los países.

104. El Presidente dijo que las observaciones formuladas indicaban que para el Subcomité, fomentar el concepto y la práctica de la cooperación técnica entre países era un aspecto fundamental del ámbito de competencia de la OPS. Sugirió que sería de utilidad que los documentos originales elaborados en 1998 se volvieran a distribuir antes de la sesión de junio del Comité Ejecutivo, al objeto de que los Estados Miembros conocieran a cabalidad la estrategia y el enfoque actuales de cooperación técnica entre países.

Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 (documentos SPP39/3, SPP39/INF/1, SPP39/INF/2 y SPP39/INF/3)

105. La Dra. Karen Sealey (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) presentó este tema e hizo una reseña histórica del contexto en el cual el presupuesto bienal por programas (BPB) estaba formulándose y también describió el enfoque estratégico y programático que se estaba aplicando en el proceso. Con respecto al contexto, observó que si bien en los treinta años precedentes había habido un crecimiento nominal del presupuesto ordinario, si se tomaban como base los dólares constantes de 1986, en realidad había descendido 22,2%, lo que había significado una reducción del financiamiento de la programación de la cooperación técnica. Al mismo tiempo, la proporción del presupuesto de la OPS aportada por la OMS había disminuido en forma sostenida, particularmente después de la adopción por la Asamblea Mundial de la Salud de la resolución WHA51.31, que había cambiado la fórmula para la distribución de los recursos entre las regiones. Eso había aplicado una presión cada vez mayor sobre la porción del presupuesto correspondiente a la OPS para dar cabida a los aumentos de costos obligatorios durante los dos bienios anteriores; esa presión había sido afrontada en gran parte por los Estados Miembros mediante mayores cuotas.

106. En ese contexto, la Oficina había empezado a elaborar un anteproyecto de BPB para el bienio 2006-2007 que pretendía abordar las limitaciones de recursos existentes y eso reflejaba las diversas políticas que estaban guiando el trabajo de la Organización. Con ese fin, estaba aplicando un enfoque estratégico y programático, cuya característica central era el criterio de un presupuesto para un solo programa, según el cual el BPB presentado mostraría la totalidad del programa propuesto de cooperación técnica para el bienio, independientemente de la fuente de financiamiento. Anteriormente, los proyectos de presupuesto habían presentado sólo los fondos del presupuesto ordinario y los fondos comprometidos esperados de otras fuentes (contribuciones voluntarias). El nuevo enfoque era compatible con la gestión orientada a la consecución de resultados y con las nuevas tendencias en la movilización de recursos. El proyecto mostraría el programa total que la Oficina deseaba ejecutar y los resultados que preveía lograr. Al mismo tiempo, indicaría las áreas que en ese momento carecían de financiamiento, con lo cual se esperaba facilitar la movilización de las contribuciones voluntarias.

107. Otro criterio estratégico importante era la alineación con el proceso de planificación mundial y la estructura del presupuesto por programas mundial de la OMS. La alineación con la OMS había empezado en el bienio 2004-2005, cuando las áreas de trabajo se habían reducido de 68 a 42. Para el período 2006-2007, la OPS tendría las mismas 36 áreas de trabajo que la OMS, salvo que una, Presencia básica en los países, se había dividido en tres áreas de trabajo diferenciadas, lo que era un reflejo de la situación avanzada de la Región con respecto a la cooperación a nivel de país. Las áreas de trabajo

representaban los elementos fundamentales de planificación para el presupuesto por programas. Se habían redactado enunciados para cada área, que incluían los temas, los desafíos, los objetivos y los resultados previstos, tanto a nivel de país como a nivel regional. Cada unidad de la Sede, oficina de país y centro panamericano vincularía sus propios resultados previstos a los resultados previstos a nivel regional. Como consecuencia, sería posible ver cómo los diversos componentes de la Organización estaban trabajando con miras a obtener los resultados previstos regionales y, además, la forma en que la Región estaba contribuyendo a alcanzar los resultados previstos mundiales de la OMS.

108. Con respecto a las normas de política para el BPB, una de las principales era el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. En fecha reciente, la Directora había presentado un marco de cooperación técnica centrada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para poner en práctica el plan estratégico, con lo cual sería más fácil examinar el trabajo de las diversas unidades para velar por que la Oficina se concentrase efectivamente en las prioridades para el cumplimiento de esos objetivos y para el desarrollo sanitario a nivel de país. El marco comprendía tres partes: abordar la agenda inconclusa, proteger los logros alcanzados y enfrentarse a los nuevos retos.

109. Otra pauta normativa importante era la Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada por los Estados Miembros en septiembre de 2004. La oradora recordó a los Miembros que el 45.º Consejo Directivo había solicitado a la Oficina que presentara al SPP criterios claros para determinar la porción variable de las asignaciones de país, y la Oficina estaba proponiendo tres criterios, que consistían en asignar prioridad a: 1) los países con importantes trastornos en su economía, 2) los países en riesgo de no cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y 3) los países donde las reducciones de la parte básica del presupuesto pusieran en riesgo la viabilidad operativa. El anteproyecto de BPB también reflejaba la nueva asignación subregional dispuesta en conformidad con la política del presupuesto para formalizar e intensificar el apoyo de la OPS al programa de acción sanitaria de los diversos movimientos subregionales de integración. Se presentaba más información sobre la aplicación de la Política del Presupuesto Regional por Programas en el documento SPP39/INF/1.

110. Para concluir, la Dra. Sealey dijo que era importante reconocer que el proceso para elaborar el BPB se había modificado significativamente para lograr que la atención se centrara efectivamente en los países y aplicar un criterio de gestión orientada a la consecución de resultados, a fin de mostrar la totalidad de los recursos necesarios para lograr los resultados deseados y señalar las carencias en el financiamiento, lo que permitiría a la Organización movilizar y utilizar los recursos de manera más estratégica.

111. El Sr. Román Sotela (Jefe de la Unidad de Planificación y Presupuesto por Programas, OPS) presentó a continuación el anteproyecto de presupuesto. Señaló que el

presupuesto ordinario aprobado para el bienio en curso, 2004-2005, tenía un monto de \$259.530.000.¹ El anteproyecto para 2006-2007 ascendía a \$275.490.000, cantidad que incluía un aumento de \$15.960.000 (6,2%) en el presupuesto combinado de la OPS/OMS, destinado estrictamente a cubrir los aumentos de costos obligatorios en concepto de puestos. La distribución entre las áreas de trabajo se mostraba en el anexo al documento SPP39/3. La aportación prevista de la OMS sería de \$82.383.000, con lo cual la OPS debería aportar \$193.107.000, lo que representaba un aumento de \$6.307.000 (3,4%) con respecto a 2004-2005. La parte de la OPS sería financiada por \$178.607.000 de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros —un aumento de \$5.307.000 (3,1%) sobre el presupuesto de 2004-2005— y \$14.500.000 en concepto de ingresos varios. Esta última cifra era \$1.000.000 (7,4%) mayor que la cantidad de ingresos varios incluida en el presupuesto aprobado para 2004-2005.

112. Al formular el proyecto de presupuesto ordinario, la Oficina había tenido en cuenta varias consideraciones estratégicas. Primero, había incluido en los cálculos el aumento previsto de \$9,6 millones en el financiamiento ordinario de la OMS, que aumentaría de 28 a 29,9% la porción aportada por esta al presupuesto de la OPS. Al mismo tiempo, había procurado limitar los aumentos solamente a los costos de los puestos, sin incluir ningún aumento por los costos inflacionarios en la porción programática del presupuesto, y se había esforzado en mantener en un mínimo el aumento de las cuotas. Además, la Oficina seguía buscando maneras de mejorar la eficiencia y la eficacia en materia de gestión. La Directora, al hablar sobre la transformación institucional, había descrito con pormenores las medidas que se estaban tomando a ese respecto, y el documento SPP39/INF/3 suministraba información adicional.

113. En lo concerniente a las contribuciones voluntarias para 2006-2007, la cuantía propuesta era de \$275.731.000. De esa cantidad, se calculaba que cerca de \$132.000.000 provendrían de las contribuciones voluntarias de la OMS y \$143.731.000 de las contribuciones directas a la OPS. A guisa de comparación, a fines del primer año del bienio en curso, la OPS había recibido contribuciones voluntarias que totalizaban aproximadamente \$144 millones: \$128 millones de las contribuciones directas a la OPS y \$16 millones del fondo común de contribuciones voluntarias de la OMS.

114. El monto total del anteproyecto de presupuesto global de la OPS/OMS para 2006-2007 era por lo tanto de \$551.221.000, dividido casi a partes iguales entre los fondos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias. La distribución del presupuesto

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

total por sección de asignaciones era esencialmente la misma que la distribución del presupuesto ordinario; el desglose se mostraba en el anexo al documento SPP39/3.

115. El Subcomité aplaudió la alineación más estrecha del programa y el presupuesto de la OPS con los de la OMS, así como el hincapié que se hacía en la transparencia y la presupuestación basada en la consecución de resultados. A los delegados les complació que la propuesta reflejara la consideración de lo que se necesitaba para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las implicaciones del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, así como el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para 2003-2007 y las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. También se recibió con beneplácito el mayor énfasis en el trabajo a escala subregional y la asignación correspondiente de fondos.

116. Aunque se reconocía que los Estados Miembros estaban imponiendo cada vez mayores exigencias a la Organización y que la inflación y los costos crecientes en concepto de personal aumentarían los costos de operación de la OPS, algunos delegados cuestionaron la necesidad de un aumento de la porción del presupuesto ordinario correspondiente a la OPS, especialmente si se tenía en cuenta el aumento esperado de la asignación de la OMS para la Región. A este respecto, el Subcomité alentó a todos los Estados Miembros de las Américas a que pusieran todo su empeño en lograr la aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud de la solicitud de la Región de \$82,4 millones del presupuesto ordinario de la OMS. Se pidió a la Oficina que comentara qué repercusiones estaba teniendo el cambio del valor del dólar de los Estados Unidos en los costos de la Organización.

117. Se señaló que sería difícil que los países aceptaran un aumento de 3,1% en sus cuotas de la OPS cuando la OMS también estaba pidiendo un aumento sustancial de las contribuciones señaladas. Se recalcó la necesidad de ejercer una disciplina presupuestaria y de ser cuidadoso en el establecimiento de prioridades, así como la necesidad de seguir esforzándose por aumentar la eficacia en función de los costos del trabajo de la OPS. El Subcomité solicitó que la próxima versión del anteproyecto de presupuesto incluyera información más detallada sobre las medidas que se estaban tomando para acrecentar la eficiencia dentro de la Organización y que también se aclarara cómo se fijaban las prioridades. Los delegados observaron que el anteproyecto de presupuesto revelaba aumentos en prácticamente todas las áreas, lo cual dificultaba ver los aspectos específicos que estaban priorizándose. Se sugirió que en las presentaciones futuras del presupuesto al SPP se incluyera información más detallada de esa especie, en particular, el análisis del desempeño de los diversos programas como base para el establecimiento de prioridades. Tal información le permitiría al Subcomité actuar mejor como un filtro para resolver los problemas antes de la sesión del Comité Ejecutivo.

118. El Subcomité también indicó que la siguiente versión del anteproyecto debía presentar varias opciones y mostrar la repercusión programática de cada una de esas

opciones. Por ejemplo, una opción podría ser el monto del aumento propuesto en el documento SPP39/3, en especial el aumento de 3,1% en las cuotas. Otro podría referirse sólo al aumento en los fondos de la OMS, pero con un crecimiento nominal cero en la porción correspondiente a la OPS. Otra posibilidad sería mantener el presupuesto ordinario total al nivel del de 2004-2005. Ese tipo de información, también, dejaría claro dónde estaban las prioridades y le daría a los Estados Miembros una base más concreta para la toma de decisiones.

119. Los delegados solicitaron aclaración sobre cómo se usaría la porción variable de las asignaciones de países y sobre el criterio de presupuesto de un solo programa, en particular por lo que correspondía a la porción sin financiamiento y la focalización de las contribuciones voluntarias. Se señaló que la cantidad asignada para la cooperación técnica entre países parecía haber disminuido más de 50%, y se pidió a la Oficina que explicara las razones de una reducción de tal magnitud, especialmente frente al debate anterior del Subcomité acerca de la cooperación técnica entre países, el cual había dejado claro que los Estados Miembros otorgaban gran importancia a esa modalidad de la cooperación. Igualmente, se solicitó información adicional sobre la asignación para el área de Gestión del conocimiento y tecnología de la información, que parecía haber aumentado sustancialmente con respecto al bienio anterior. Los Miembros expresaron la esperanza de que se asignara financiamiento suficiente y estable para el trabajo en el área de la salud de los pueblos indígenas y para la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas, pues ambas eran áreas importantes de trabajo para la OPS y los Estados Miembros en el marco de las Cumbres de las Américas. Al mismo tiempo, se plantearon preguntas en cuanto a lo adecuado del trabajo de la OPS en el área de la fiebre aftosa. Aun cuando se reconoció que los temas agropecuarios y de comercio como la fiebre aftosa tenían implicaciones para la salud humana, se recalcó que el centro de atención de la OPS debía ser la salud humana.

120. La Dra. Sealey agradeció al Subcomité las observaciones formuladas, que serían muy útiles a la Oficina al preparar el documento para presentarlo al Comité Ejecutivo. En respuesta a observaciones y pregunta concretas de los delegados, aclaró que la porción variable de las asignaciones de país se usaría para responder a las necesidades o los retos urgentes en los países, aplicando los tres criterios ya mencionados. Era imposible decir exactamente cómo se usarían los fondos porque todavía no se sabía dónde surgirían esas necesidades o esos retos; sin embargo, a fines del bienio 2006-2007, la Oficina explicaría cabalmente cómo se había aplicado la porción variable.

121. En cuanto a la asignación para la cooperación técnica entre países, aunque por las cifras pareciera que la asignación a esa área se había reducido, de hecho no era así. El bienio 2006-2007 tenía que considerarse como un período de transición tras la adopción de la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas. Anteriormente, determinada proporción de la asignación para cada país se había destinado a la cooperación técnica entre países; sin embargo, como resultado de la nueva política

presupuestaria, habían cambiado las asignaciones de casi la mitad de los Estados Miembros, y en algunos casos habían aumentado considerablemente. En esos casos, era poco realista a esperar que los países podrían aumentar dicha cooperación al mismo grado en solo un bienio. Si bien la Oficina sin duda seguiría colaborando con los países para alentar y facilitar la cooperación técnica entre países durante 2006-2007, los aumentos tendrían que introducirse paulatinamente durante varios años. La Oficina prepararía información adicional para el Comité Ejecutivo sobre el enfoque de la cooperación técnica entre países durante 2006-2007, teniendo en cuenta que era un período de transición en el nuevo marco de política. También presentaría el marco que estaba preparando para la aplicación del componente subregional del presupuesto, que en gran medida incluiría la cooperación técnica entre países en los diversos bloques subregionales.

122. En lo referente a la asignación al área de Gestión del conocimiento y tecnología de la información, explicó que la mayor parte del aumento procedía de las contribuciones voluntarias; la asignación del presupuesto ordinario no cambiaría significativamente con respecto a 2004-2005. El aumento del financiamiento general de esa área era un indicio de que no se trataba de un programa vertical, sino una modalidad de la cooperación técnica que se aplicaba en toda la Organización. Hacían falta recursos considerables para esa finalidad, no solo para la adquisición del equipo informático sino, especialmente, para reciclar al personal a fin de que adquiriera las aptitudes y la cultura que se necesitaban para esta nueva manera de trabajar. En cuanto a la asignación para la fiebre aftosa, esta reflejaba la historia del trabajo de la Organización en esa área y lo que estaba haciendo actualmente. Sin duda, desde luego, esa parte del programa podría ajustarse si los Estados Miembros así lo deseaban.

123. En lo que se refería al establecimiento de prioridades, la funcionaria recordó que el plan estratégico para 2003-2007 señalaba tres prioridades principales: los cinco países clave; las poblaciones especiales, incluidos los pueblos indígenas; y las áreas técnicas prioritarias. Aseguró al Subcomité que se había tenido sumo cuidado para lograr que el programa y el presupuesto propuestos fuesen un reflejo de esas prioridades, mediante la aplicación de la política presupuestaria regional, mediante los programas de las unidades regionales y mediante el marco de cooperación técnica de tres componentes. Sin embargo, para la próxima etapa del anteproyecto de presupuesto por programas la Oficina se esmeraría en presentar una imagen más de dónde radicaban las prioridades y cómo estaban abordándose. En cuanto al criterio del presupuesto de un solo programa, la idea era presentar la totalidad de los resultados que la Oficina deseaba lograr y la totalidad de los fondos que se necesitarían para hacerlo, incluidas las partes no financiadas, o sea, los déficit de financiamiento. De este modo, se podría mostrar a los socios de la Organización exactamente dónde se necesitaban más contribuciones voluntarias, lo que a su vez permitiría que las actividades de la OPS no estuviesen determinadas externamente sino que se guiaran por un programa elaborado para responder a las necesidades de los países.

124. El Sr. Sotela agregó que una parte de la finalidad que perseguía la Oficina al presentar un anteproyecto de presupuesto con unas partes sin financiar era tener acceso a una proporción más equitativa de las contribuciones voluntarias movilizadas por la OMS. La Región de las Américas había recibido tradicionalmente un porcentaje muy pequeño de esos recursos, mientras que todas las otras regiones habían recibido una proporción que era por lo menos igual a la parte que se les asignaba del presupuesto ordinario mundial. La proporción que recibía la Región del presupuesto ordinario de la OMS había variado entre 6,9 y 8,5% durante los últimos bienios, pero había recibido menos de 1% de las contribuciones voluntarias totales de la OMS. Al demostrar claramente dónde había lagunas de financiamiento en el presupuesto de la OPS, la Oficina estaba adoptando una actitud más dinámica encaminada a aprovechar más esos recursos.

125. Con respecto a la repercusión del valor del dólar de los Estados Unidos en los costos de la Organización, esta era un factor enorme en el aumento de \$15,96 millones de los costos relacionados con los puestos. En un presupuesto basado en el dólar, cuando esta moneda estaba en buenas condiciones, el efecto de los aumentos de los costos fuera de la Sede —que representaban 50% de los costos totales de la OPS por este concepto— era nulo. Sin embargo, como resultado del valor en descenso del dólar, en 2006-2007 los costos de los puestos sobre el terreno subirían cerca de 11%. Los costos para los puestos de Washington aumentarían un 9%, de suerte que el aumento promedio para los puestos sería de cerca de 10%. El aumento de los costos de los puestos también indicaba que estos estaban convirtiéndose en una proporción cada vez más grande del presupuesto total, a pesar de una reducción significativa del número de puestos. En 2006-2007, los puestos representarían cerca de 64% del presupuesto total, por comparación con 58% en 2004-2005. Este era un efecto de los aumentos relacionados con los puestos obligatorios, que eran ajenos a la voluntad de la Oficina.

126. La Directora opinó que había varias consideraciones importantes que debían tenerse presentes al examinar el anteproyecto de presupuesto por programas para 2006-2007. Primero y ante todo estaba el hecho de que el presupuesto, como la Organización misma, había experimentado una reestructuración importante. Las áreas de trabajo se habían reducido y reorganizado, y se había agregado el componente subregional, reduciendo por lo tanto el tamaño del componente regional. Además, cuando los puestos representaban más de 60% del presupuesto y cuando además los costos de los puestos aumentaban 10%, ello significaba que los puestos tenían una extraordinaria influencia en la manera como se estructuraba el presupuesto. En un presupuesto relativamente pequeño como el de la OPS, trasladar un solo puesto determinaba una vasta diferencia en la proporción del presupuesto total asignado a un área determinada. Todo ello dificultaba comparar el anteproyecto de 2006-2007 con los presupuestos de bienios anteriores. La Oficina era muy consciente de esa dificultad, y también estaba firmemente comprometida con la transparencia en el proceso de elaboración del presupuesto y haría todo lo posible por responder a las preguntas de los Miembros para atender sus inquietudes. Para tal efecto, se podría considerar la posibilidad de crear un foro para la discusión del

presupuesto en el sitio web de la Organización, a fin de darle a todos los Estados Miembros, incluidos los que no estaban representados en el SPP ni en el Comité Ejecutivo, la oportunidad de comentar y hacer preguntas antes de la sesión del Consejo Directivo.

127. Otra consideración era que el aumento propuesto de 3,4% era inferior al aumento real de costos porque se habían eliminado 23 puestos —la reducción más grande jamás ocurrida en un bienio— y porque la Oficina había logrado ahorros de eficiencia. Desde luego, continuaría tratando de hacer tales ahorros, pero era preciso reconocer que había un límite al número de medidas de eficiencia que podrían introducirse y, por otro lado, que tales medidas a menudo entrañaban gastos en sí mismas. Por ejemplo, la Organización estaba comprometida a aprovechar óptimamente la tecnología de la información, pero la aplicación de esa tecnología exigía una inversión considerable.

128. Como había mencionado en su intervención acerca de la transformación institucional, una de las maneras en que la Oficina estaba tratando de trabajar más eficientemente —y de compensar la reducción del personal— era mediante el uso de servicios compartidos y comunes, particularmente administrativos, de tecnología de la información y de documentación e información. Compartir tales servicios podría producir economías de escala considerables. La gobernanza era otra esfera en la cual podrían lograrse ahorros adicionales de eficiencia. La oradora señaló que el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo había decidido recientemente formar un grupo de trabajo para examinar la composición, las funciones y la frecuencia de reuniones de ese cuerpo. Quizá también valiera la pena considerar la posibilidad de reducir la frecuencia de las sesiones del SPP a cada dos años, de tal manera que sesionara sólo durante los años de aprobación del presupuesto. La Directora recalcó que no deseaba dar la impresión de que la Oficina estaba tratando de limitar la gobernanza o supervisión de los Estados Miembros, pero quizá fuese posible encontrar mecanismos alternativos a las reuniones que permitiesen una gobernanza fuerte y eficaz, pero a un costo menor. Creía que era importante examinar todas las opciones para aumentar la eficacia en función de los costos al objeto de preservar la cooperación técnica sustantiva y las funciones normativas de la Organización.

129. Con respecto a las inquietudes planteadas acerca de las actividades de la OPS en el área de la fiebre aftosa, como se había mencionado en la exposición acerca de los centros panamericanos esas actividades se remontaban a 1950. Sin duda, la situación había cambiado desde entonces, y podría ser el momento de reconsiderar la participación de la Organización en las actividades relacionadas con la fiebre aftosa; esa era una decisión que competía a los Estados Miembros. La próxima Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) proporcionaría un buen foro debatir el asunto. Sin embargo, la Directora deseaba señalar que el programa de sanidad agropecuaria había rebasado ampliamente el tema de la fiebre aftosa y a la fecha incluía la seguridad alimentaria, los alimentos genéticamente modificados y otros temas

relacionados con el comercio y la inocuidad de los alimentos. De hecho, la inocuidad de los alimentos tenía su propia asignación en el presupuesto porque era una prioridad determinada por los Estados Miembros tanto en los Órganos Deliberantes de la OMS como en los Cuerpos Directivos de la OPS.

130. En cuanto a financiar la iniciativa de los ministros de salud y de ambiente, las cuatro prioridades que iban a tratarse en la reunión de junio de dichos ministros en la Argentina —agua, saneamiento, residuos sólidos y productos químicos— formaban parte del área de Salud y ambiente, incluida en la sección de asignaciones de Desarrollo sostenible y salud ambiental. Después de Desarrollo de sistemas de salud, dicha sección tenía asignada la proporción más grande del presupuesto por programas.

131. Por último, con respecto a las contribuciones voluntarias de la OMS, si bien la Oficina estaba trabajando para conseguir una proporción más justa para la Región y los directivos de la OMS parecían estar dispuestos a asignar una parte mayor de esas contribuciones a las Américas, era importante que los Estados Miembros, en particular los donantes principales, promovieran esta causa en nombre de la Región.

132. En respuesta al último comentario de la Directora, el Delegado del Canadá señaló que el tema de las contribuciones voluntarias debería plantearse durante las reuniones de los ministros de salud de las Américas que precederían a la Asamblea Mundial de la Salud. En lo relativo a la sugerencia de que el SPP podría reunirse cada dos años para aumentar la eficiencia y reducir los costos, el orador opinó que la propuesta merecía consideración, a condición de que pudiera encontrarse un medio alternativo que permitiera a los Estados Miembros intervenir en las actividades administrativas, de gobernanza, presupuestarias y de planificación.

Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documentos SPP39/7 y SPP39/7, Add. I y Add. II)

133. El Sr. Jerome H. Walcott (Barbados, Presidente del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI) presentó un resumen de las actividades del Grupo de Trabajo hasta la fecha. Recordó que el mandato de este tenía su origen en la resolución CD44.R14, adoptada por el 44.º Consejo Directivo en septiembre de 2003. El Grupo de Trabajo estaba formado por cinco países principales: Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba y Perú. Sin embargo, como era de composición abierta varios otros países habían participado activamente, a saber: Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos de América y México. En el 45.º Consejo Directivo, en septiembre de 2004, se había presentado un resumen de las actividades emprendidas y los documentos preparados por los diversos países participantes. A la sazón se habían realizado tres reuniones del Grupo de Trabajo, y posteriormente la cuarta reunión se iba a celebrar en Río de Janeiro, en diciembre del mismo año. En esa reunión, el Grupo de Trabajo había examinado varios documentos preparados tanto por los países como por la Oficina acerca de una variedad de temas,

incluidos ciencia y tecnología, recursos humanos de salud y su despliegue, y recursos financieros para la salud. Las ideas expuestas en los documentos se habían discutido y analizado, y se habían hecho recomendaciones para modificarlos. Además, el Grupo de Trabajo había examinado el primer borrador de un documento refundido, preparado por la Oficina sobre la base de los diversos documentos preparados por cada país.

134. El siguiente paso había consistido en extraer las recomendaciones para formar otro capítulo del documento, que se presentaría finalmente en forma de un proyecto de resolución al 46.º Consejo Directivo. La quinta reunión se había celebrado en Washington, en febrero de 2005. Se habían examinado los documentos modificados, con la excepción del documento modificado sobre los recursos financieros, que no había estado listo en ese momento. El Grupo de Trabajo había examinado el segundo proyecto del documento refundido, como resultado de lo cual se había preparado el tercer proyecto, que se estaba presentando al Subcomité.

135. Además, en la reunión más reciente el Grupo de Trabajo había empezado a examinar las recomendaciones, y había establecido un comité de redacción que se había reunido durante la presente sesión del Subcomité. Se preveía tener todo preparado para la sexta reunión del Grupo de Trabajo, que se tenía planeado realizar en Barbados, en abril. En esa reunión, el Grupo de Trabajo analizaría las recomendaciones y la última versión del documento refundido, con miras a tener el documento definitivo, que incorporaría las recomendaciones, a más tardar el 2 de mayo. Ese documento se distribuiría a todos los Estados Miembros de la OPS con la solicitud de que dieran a conocer su opinión. El orador señaló que, con la excepción de los países que había mencionado antes, hasta la fecha la participación de los Estados Miembros había dejado mucho que desear.

136. También se tenía planeado celebrar otra reunión en Ginebra, en la cual el documento y las recomendaciones podrían ser examinados por las delegaciones que asistieran la Asamblea Mundial de la Salud. Posteriormente, se esperaba someter formalmente la versión definitiva a la consideración del Comité Ejecutivo, en junio. Las modificaciones finales se harían en julio y agosto. El informe final del Grupo de Trabajo, con las recomendaciones, se presentaría al Consejo Directivo en septiembre, y se esperaba que las recomendaciones se convertirían entonces en una resolución de dicho cuerpo.

137. El Subcomité agradeció los esfuerzos desplegados por el Grupo de Trabajo, que en sus actividades abarcaba temas de gran importancia para la Región en su totalidad. El Subcomité estaba seguro de que las recomendaciones y resoluciones posteriores que se derivasen de las actividades del Grupo de Trabajo serían útiles a todos los Estados Miembros y a la Oficina, y de que ese diálogo continuo y abierto propiciaría la creación de mecanismos eficaces que le permitirían a la OPS funcionar de un manera que tuviese en cuenta las nuevas realidades mundiales y mantener su liderazgo en la Región y el mundo.

La cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud (documento SPP39/10)

138. 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 a la cooperación centrada en los países y su uso de la estrategia de cooperación en los países, que era el instrumento metodológico para operacionalizar el mencionado enfoque a fin de acelerar el desarrollo sanitario nacional, que era su objetivo máximo. Explicó que uno de los temas más importantes para la OPS y la OMS en ese momento era cómo lograr la máxima eficiencia y repercusión de 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 la estrategia de cooperación en los países a las características de la Región, con miras a aplicarlo en cada país como la orientación estratégica a mediano plazo de cooperación técnica centrada en los países.

139. La condición clave para lograr la eficacia en materia de cooperación técnica era la especificidad. La cooperación internacional en la esfera de la salud debía basarse en un estudio sistemático del proceso del desarrollo sanitario nacional y las políticas y los planes de cada país. La estrategia de cooperación en los países proporcionaba un instrumento para conseguir la especificidad; al mismo tiempo, era un método para evaluar el nivel actual del desarrollo sanitario nacional y un instrumento para programar la cooperación técnica a mediano plazo. La aplicación de la estrategia de cooperación en los países conducía a la definición de una visión de mediano plazo (4 a 6 años) para la actuación de la Organización con cada Estado Miembro, proporcionando así un marco estratégico para la actuación conjunta. La meta era darle forma a una propuesta de cooperación integrada que, en conformidad con el concepto y los objetivos del desarrollo sanitario nacional, permitiera formular una estrategia única y un solo presupuesto por programas para el país. La mencionada estrategia intentaba lograr un equilibrio razonable entre las prioridades nacionales y regionales y las orientaciones y estrategias mundiales; en particular, permitía a la OPS armonizar su cooperación técnica con el objetivo central de los organismos de desarrollo de las Naciones Unidas, a saber: formar la capacidad institucional y, de este modo, dar a los países una base sostenible para resolver sus propios problemas en el contexto de sus propias prioridades, cultura y valores.

140. El primer resultado de aplicar dicha estrategia en un país dado sería un convenio entre este 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, con lo cual sería posible hacer coincidir y adaptar el tipo de personal de esta con los requisitos de dicha cooperación. También permitiría definir la infraestructura necesaria, en particular en el área de la información y comunicación, y generar un marco

para la movilización de los recursos y el establecimiento de lazos de asociación estratégicos con los actores clave interesados en la cooperación en el país.

141. La experiencia hasta la fecha había demostrado que en el nivel de política 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, promovía la coordinación entre las entidades de cooperación internacional que trabajaban en el país, lo que daba pie a una mayor eficacia y eficiencia en el establecimiento de metas y programas comunes. La estrategia de cooperación en los países había demostrado gran potencial en los siete países donde se había aplicado inicialmente, y por ese motivo la Oficina proponía ampliar su aplicación en todos los países de la Región para fines del bienio 2006-2007.

142. Se solicitó al Subcomité que formulara sus observaciones sobre el enfoque general de la cooperación centrada en los países y la manera como la Oficina podría utilizarla para lograr el mayor efecto posible en la programación y la ejecución de su cooperación técnica durante el período 2006-2007.

143. El Subcomité expresó un apoyo sólido a la estrategia de cooperación en los países como un método para definir un programa de acción sanitaria nacional que se basara en las necesidades y las prioridades determinadas por el país mismo, que entonces recibiría el apoyo de los recursos aportados por la comunidad donante y los organismos de cooperación internacional. De esta manera, la estrategia constituía un enfoque más estratégico para llevar a cabo la cooperación técnica. Los Miembros señalaron que la aplicación del enfoque de atención centrada en los países armonizaría más estrechamente el trabajo de la OPS con la Iniciativa de Atención Centrada en los Países de la OMS y con los enfoques que estaban aplicando otras organizaciones de desarrollo internacional. En ese sentido, se pidió a la Oficina que comentara sobre el vínculo entre el método de la estrategia de cooperación en los países y los métodos como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y el sistema de evaluación común para los países/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ECP/MANUD). También se pidió mayor información sobre la forma como la estrategia de cooperación en los países se vinculaba con el presupuesto bienal por programas, el Plan Estratégico de la Oficina, la iniciativa de la OPS en el siglo XXI y el Programa General de Trabajo de la OMS.

144. Con respecto al documento, el Subcomité opinó que en gran parte era conceptual y que sería más útil a los Estados Miembros si la próxima versión facilitara información más concreta acerca de cómo se estaba aplicando en realidad la estrategia de cooperación en los países, quiénes participaban en el proceso y qué implicaba este, cuáles países ya habían aplicado la estrategia y cuáles tenían programado hacerlo en el futuro. Se señaló que la aplicación de la estrategia implicaba un despliegue de recursos para un país, al

menos en cuanto a tiempo y personal; por consiguiente, sería importante que los países comprendieran el costo-beneficio y la inversión mínima necesaria que entrañaba aplicar la estrategia. En referencia al diagrama en el documento que ilustraba los factores determinantes de la salud, un delegado instó a la Oficina a incluir el concepto de género, que era un factor determinante transversal conocido pero que podría olvidarse fácilmente si no se mencionaba explícitamente.

145. Se sugirió que la OPS debería considerar la posibilidad de crear una sección especial en su sitio web donde podría colocar los resúmenes de las estrategias de cooperación en los países, de modo parecido a lo que se hacía en los sitios web de la OMS, del Grupo del Banco Mundial y de otros organismos. Esa información sería útil a otros Estados Miembros y quizá facilitaría una posible colaboración técnica.

146. Varios delegados señalaron que el enfoque de atención centrada en los países aplicado a la cooperación técnica que se describía en el documento y se había presentado en la ponencia parecía ser parte integrante de lo que la OPS había venido haciendo durante años en cuanto a formar la capacidad y el liderazgo nacionales y apoyar el desarrollo sanitario nacional. Por consiguiente, podría ser útil emprender una evaluación de los programas regionales de la Organización (por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización), aplicando un criterio centrado en un país para determinar la mejor manera de aprovechar o cambiar lo que estaba haciéndose en cada país, teniendo en cuenta los puntos flacos que se llegasen a reconocer.

147. El Dr. Brito estuvo de acuerdo en que sería útil colocar la información acerca de la iniciativa de atención centrada en los países en el sitio web de la OPS. También dijo que le parecía muy valiosa la sugerencia de que ciertos programas podrían usarse como "trazadores" para evaluar la cooperación técnica de la Organización en determinados países. Eso agregaría otra dimensión valiosa a las evaluaciones de la estrategia de cooperación en los países. En cuanto al nexo con el ECP/MANUD y los DELP, uno de los beneficios de aplicar la estrategia de cooperación en los países era que involucraba no solo a los interesados directos nacionales sino a los asociados para el desarrollo externo, con lo cual se vinculaba automáticamente con la planificación y programación de otras organizaciones.

148. Con respecto al documento, señaló que la Oficina incorporaría en las versiones futuras información más específica sobre los países donde se había aplicado la estrategia y el cronograma de trabajo, así como algunos de los problemas que se habían encontrado y los resultados logrados. El orador pasó a describir el método de la estrategia de cooperación en los países, recalando que, a pesar de que la OPS lo estaba adaptando a las características de la Región, el enfoque que se estaba adoptando en las Américas formaba parte y era compatible con el enfoque mundial de la OMS. El primer paso en la aplicación de la estrategia de cooperación en los países consistía en efectuar un análisis estratégico para determinar el mejor punto para comenzar, teniendo en cuenta los factores

internos y externos al país. Había una entrevista con el ministro de salud, seguido de consultas extensas con diversas instituciones del sector de la salud y de otros sectores, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y otros interesados directos. Se definían las atribuciones y se especificaban claramente los resultados propuestos. Se formaba un equipo con la función de colaborar con la oficina de país y con sus homólogos nacionales para recopilar toda la información necesaria. El primer resultado era una especie de hipótesis de trabajo que luego tenía que validarse en un diálogo continuo con las autoridades nacionales, para desembocar al final en un plan de cooperación a mediano plazo, incluida la movilización de recursos. Al final del proceso, había otra entrevista con el ministro de salud.

149. La Dra. Mariela Licha Salomón (Coordinadora de la Unidad de Apoyo a los Países, OPS) dijo que se podían consultar los documentos resumidos sobre todas las aplicaciones de la estrategia de cooperación en los países efectuadas hasta la fecha. Abarcaban Costa Rica, Bolivia, Guyana, México y Nicaragua; estaban finalizándose las de los países del Caribe Oriental. En 2005, la estrategia de cooperación en los países se aplicaría en Colombia, Honduras y Guatemala. La inversión mínima requerida por los países consistía en destacar un funcionario del ministerio de salud, preferentemente de la oficina de asuntos internacionales, para participar en todo el proceso y apoyarlo. En contraposición al proceso del sistema de ECP /MANUD, el trabajo lo llevaba a cabo totalmente el personal regional y de país de la OPS, no se contrataban consultores externos. Por tal motivo, tanto el proceso como el producto resultante eran muy ricos. La aplicación de la estrategia indicaba claramente el nicho que correspondía a la OPS y proporcionaba un marco para su cooperación técnica en el país. Lo que es más, servía como un verdadero instrumento de cambio a nivel de país, a través de la renovación de la oficina de país que ocurría al concluir cada aplicación de la estrategia, y a nivel regional, mediante los ajustes que se hacían en los programas regionales para colocar a la OPS en el nicho que se había reconocido.

150. La Directora dio algunos antecedentes históricos de la evolución de la Iniciativa de Atención Centrada en los Países de la OMS, observando que había habido mucha confusión a lo largo de los años en cuanto a lo que significaba exactamente la cooperación centrada en los países y la forma en que la presencia de la OMS en un país debía contribuir al desarrollo sanitario nacional. Tal era el motivo de que el documento preparado para el Subcomité fuese de índole conceptual. No se proponía describir los métodos ni dar a conocer los resultados de la aplicación de la estrategia hasta la fecha, sino de explicar los conceptos fundamentales en que se apoyaba el enfoque de la OPS con respecto a la cooperación centrada en los países. Ese era un primer paso necesario antes de proceder a aplicar el método; en ese sentido, la aplicación de la estrategia que se había llevado a cabo en distintos países hasta la fecha debía ser vista como una serie de pruebas piloto que servirían para refinar el enfoque conceptual. El objetivo de la Oficina al someter este tema a la consideración del Subcomité había sido conocer el punto de vista de los Miembros sobre si la Organización iba por buen camino conceptualmente,

además de explicar la manera en que la estrategia de cooperación en los países se relacionaba con otros instrumentos de planificación y programación de la OPS, en particular el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) y el presupuesto bienal por programas. Más adelante, la Secretaría presentaría más información sobre los métodos y una evaluación de las experiencias obtenidas con su aplicación.

151. Se consideraba que la estrategia de cooperación en los países venía a llenar un vacío en la planificación de la cooperación técnica a nivel de país. El AMPES y el BPB se basaban en un ciclo de planificación de dos años. El Plan Estratégico abarcaba un período de cuatro o cinco años, pero tenía un alcance regional. Por el contrario, la estrategia de cooperación en los países brindaba un marco a mediano plazo para la planificación y la asignación de recursos a nivel nacional. En los países donde se había aplicado, la estrategia resultante ya estaba usándose para programar o reprogramar los recursos del BPB. La estrategia de cooperación en los países brindaba a estos la oportunidad de medir su desarrollo sanitario nacional, comprender sus puntos fuertes y sus puntos flacos, y recuperar la capacidad de planificación sanitaria, que en muchos casos se había perdido en los últimos años. También les permitía establecer objetivos de salud y determinar qué función particular deseaban que la OPS desempeñase para ayudarlos a alcanzar esos objetivos. Al mismo tiempo, la estrategia era un instrumento que el ministerio de salud podía usar para negociar el apoyo de terceros y que la OPS podía esgrimir para movilizar las contribuciones voluntarias y, en particular, obtener una proporción más justa de las contribuciones voluntarias de la OMS.

152. Al adaptar el método de la estrategia de cooperación en los países para aplicarla en la Región, una cosa que la OPS había tratado de hacer había sido incorporar lo que podría describirse como una caja de herramientas que contenía todos los métodos que la OPS ya tenía establecidos, como la evaluación de programas del PAI, la medición de las funciones esenciales de salud pública y las herramientas de análisis del sector de la salud. Si las conversaciones acerca de la estrategia en un país determinado revelaban que algunos de esos estudios o evaluaciones no se habían realizado anteriormente pero eran necesarios, las herramientas necesarias se podrían conseguir fácilmente. La idea era poner al descubierto y colmar las lagunas en los conocimientos. Sin embargo, al llevar a cabo la estrategia de cooperación en los países era necesario basarse en el trabajo ya hecho por los países o por otras organizaciones, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. No tenía sentido duplicar esos esfuerzos. En cuanto al nexo con los DELP o el sistema de ECP/MANUD, en gran parte era una cuestión de tiempo: la estrategia que se terminase primero podría luego apoyar a las otras.

153. A petición de la Directora, la Dra. Sealey suministró alguna información adicional sobre la manera como la aplicación que se había hecho de la estrategia de cooperación en varios países encajaba en la planificación y la presupuestación general de la Organización. Dijo que se preveía que la estrategia suministraría información rica para la

planificación estratégica tanto en el plano regional como en el mundial. Una de las aportaciones al plan estratégico que la OMS estaba tratando de elaborar sería un análisis de las estrategias de cooperación en los países de todas las regiones para ver dónde había denominadores comunes en cuanto a las prioridades, que debían formar parte del plan mundial. La OPS haría lo mismo a escala regional cuando llegase el momento de elaborar su próximo plan estratégico.

154. Con respecto al vínculo con el presupuesto bienal por programas, como había dicho la Dra. Roses, en los países donde se había aplicado la estrategia, esta ya estaba sirviendo como punto de referencia para formular el BPB siguiente. En la preparación del BPB de 2006-2007, la Oficina había observado que, en esos países, el análisis de la situación había sido mucho más analítico y la estrategia de cooperación técnica había sido mucho más estratégica, y la calidad general del presupuesto bienal por programas de esos países había sido, por lo tanto, mucho mejor que antes. A medida que se elaboraban más estrategias de cooperación en los países, los resultados correspondientes se analizarían y transmitirían a las unidades regionales para que tuvieran una imagen más clara de dónde estaban las prioridades de la Región y utilizaran esa información en su programación regional.

155. El Delegado de México, que también habló por petición de la Directora, describió algunos aspectos de la estrategia de cooperación en los países como se había llevado a cabo en su país. Aunque, como había mencionado la Directora, la experiencia había sido como una prueba piloto encaminada a perfeccionar el método, había resultado enriquecedora porque había brindado la oportunidad de reunir a los diversos sectores interesados: el gobierno, la comunidad académica, los prestadores de asistencia sanitaria y otros. El análisis resultante había sido beneficioso no solo para que la OPS planificara sus actividades sino también había sido provechoso al país como un proceso de reflexión y examen. En condiciones ideales, a su parecer, una vez que el método se perfeccionara, debía producir un documento de los resultados que incluiría una evaluación de las necesidades de salud en el país, una descripción de las funciones necesarias y la capacidad de la oficina de país, y una evaluación de la cooperación y los recursos adicionales que se necesitaban.

156. En conclusión, la Directora propuso que el documento conceptual sobre el enfoque de la cooperación centrada en los países, junto con los métodos correspondientes y los resultados logrados, debía publicarse no solo en el sitio web de la OPS, sino también en los sitios web de los países. La estrategia de cooperación sería un producto de cada país, y era importante que esa información se pudiera consultar fácilmente como una herramienta para la comunidad sanitaria a nivel nacional.

Actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas

157. Se distribuyeron varias notas descriptivas preparadas por la Oficina y se presentaron tres ponencias sobre este tema por funcionarios de la Oficina. Primero, la Dra. Carol Vlassof (Jefa, Unidad de Infección por el VIH/SIDA, OPS) facilitó información actualizada sobre el progreso hacia el cumplimiento de la meta fijada por la Cumbre Extraordinaria de las Américas, celebrada en Monterrey (México), en enero de 2004. Dicha meta consistía en proporcionar tratamiento con antirretrovíricos (ARV) a todas las personas que lo necesitaran, tan pronto como fuera posible y para conseguir que al menos 600.000 personas con SIDA estuviesen recibiendo tratamiento para el año 2005. Los datos más recientes indicaban que la Región estaba muy cerca de alcanzar el objetivo. Al comienzo de 2004, cuando se anunció la meta, aproximadamente 500.000 personas estaban bajo tratamiento. Una encuesta provisional realizada por la OPS entre julio y octubre de 2005 había revelado que en octubre el número había aumentado a aproximadamente 574.000. Los datos de marzo de 2005 indicaban que el total estaba ya alrededor de 592.000. La funcionaria advirtió, sin embargo, que los datos de marzo se habían recogido muy rápidamente en respuesta a la solicitud del Subcomité de que se le presentara un informe sobre los progresos realizados, y no abarcaban a todos los países. Incluían a México y Brasil, pero no al Canadá ni los Estados Unidos.

158. Sea como fuere, si bien la Región en su totalidad estaba acercándose a la meta fijada para el 2005 o quizá ya la había sobrepasado, seguía habiendo una brecha significativa de tratamiento en América Latina y el Caribe (ALC). A comienzos de 2004, había habido 196.000 personas bajo tratamiento; para octubre, el número había aumentado a 256.000, pero la meta para ALC, de conformidad con la Iniciativa de "tres millones para 2005", era de 370.000; es decir, había todavía un déficit de cerca de 90.000 personas.

159. La OPS había identificado los siguientes cuellos de botella que estaban obstaculizando los esfuerzos para ampliar el tratamiento: sistemas y servicios de salud inadecuados o que no se ampliaban con la rapidez suficiente; descentralización e integración insuficientes de los servicios, lo cual limitaba la llegada del tratamiento a las zonas rurales; el uso frecuente de diferentes protocolos de tratamiento por los prestadores de asistencia sanitaria públicos y privados; la escasez de recursos humanos capacitados; el estigma impuesto a los grupos vulnerables; la escasa demanda espontánea de orientación, pruebas y tratamiento; las desigualdades sociales, incluidas la pobreza, las crecientes brechas económicas y las inequidades por razón de sexo; la capacidad insuficiente en los países para absorber la entrada sin precedentes de nuevos recursos financieros; y la armonización insuficiente de los recursos y la coordinación entre los socios (es decir, el cumplimiento insuficiente del principio de "los tres".) La OPS

seguiría colaborando con los países para superar esos cuellos de botella y mejorar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en la Región.

160. El Dr. Hernán Rosenberg (Jefe Interino de la Unidad de Apoyo a Proyectos, OPS) trazó un panorama del estado que guardaban a la fecha los proyectos contra la infección por el VIH/SIDA financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en la Región, así como de las actividades de la OPS para ayudar a los países a obtener y mantener las subvenciones del Fondo Mundial. Hasta la fecha, el Fondo Mundial había aprobado un total de \$480 millones en financiamiento para proyectos relacionados con el SIDA en la Región para un período de cinco años. Para la primera fase de dos años, un total de \$197 millones se había asignado para 22 proyectos, incluidos 18 proyectos propios de determinados países y 4 proyectos que abarcaban varios países. El financiamiento durante la segunda fase del quinquenio dependía de la disponibilidad de fondos y la evaluación del desempeño de los proyectos durante la primera fase. El desempeño se evaluaba atendiendo a un conjunto de indicadores cuantitativos preestablecidos, que se aplicaban rigurosamente.

161. Hasta el momento, sólo dos países de las Américas habían sido evaluados y obtenido la aprobación para la segunda fase: Haití y Honduras, aunque este último fue aprobado después de una apelación. Los informes sobre el desempeño de Argentina, Cuba, El Salvador y Chile hacían prever una evaluación favorable. Sin embargo, otros países estaban teniendo serias dificultades con relación a la gobernanza, la gestión y las adquisiciones. En el área de la gobernanza, los problemas se clasificaban en dos categorías: internos y externos. Los problemas externos de gobernanza tenían que ver con la representación de la región de América Latina y el Caribe en la Junta Directiva del Fondo Mundial y la participación regional en las decisiones de la junta relativos a asuntos cruciales, como la fijación de los criterios de admisibilidad. Como era del conocimiento del Subcomité, conforme a los criterios vigentes basados en los ingresos, la mayoría de los países americanos no eran aptos para recibir subvenciones del Fondo mundial.

162. Desde el punto de vista de la gobernanza interna y la gestión de los proyectos, una de las dificultades principales tenía que ver con los mecanismos de coordinación de país, que era la entidad a nivel de país que preparaba las propuestas para obtener las subvenciones, recibía el financiamiento y supervisaba la ejecución de proyectos. Dicha entidad incluía representantes de muchos sectores, incluidos el gobierno, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad académica. A pesar de que permitía la participación intersectorial amplia y un sentido de propiedad local de los proyectos, no era un mecanismo fácil de administrar, pues agrupaba agentes que no necesariamente estaban habituados a colaborar entre sí y que a veces tenían intereses y prioridades dispares.

163. La OPS estaba colaborando con los países para resolver las dificultades que habían surgido y lograr la renovación de las subvenciones en la segunda fase, ya que de no aprobarse dicho financiamiento ello significaría una pérdida enorme de recursos

(aproximadamente, \$283 millones, es decir, 59% del total aprobado para el quinquenio) que comprometería gravemente la capacidad de los países para seguir llevando a cabo las actividades cruciales de tratamiento y prevención del SIDA. La Organización estaba prestando apoyo, en particular, para fortalecer el diseño y la gestión de proyectos. La experiencia había indicado que los países necesitaban ayuda para establecer puntos de comparación exactos, fijar metas e indicadores de monitoreo realistas y fortalecer sus sistemas de salud para poder absorber y hacer un uso eficaz de la gran afluencia de nuevo financiamiento. La OPS también ayudaría a los países a preparar propuestas de subvención para presentarlas en la ronda 5. Hasta la fecha, la Organización había gastado alrededor de \$759.000 en concepto de actividades para apoyar a los países en sus tratos con el Fondo Mundial. Esa suma se venía a agregar a la cantidad asignada para las actividades de la Unidad de Infección por el VIH/SIDA dirigidas a ampliar la respuesta a la enfermedad y alcanzar las metas de la Iniciativa de "tres millones para 2005" y de la Declaración de Nuevo León.

164. El Dr. José Luis DiFabio (Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, OPS) describió las actividades que la OPS había emprendido para apoyar a los Estados Miembros en las adquisiciones de medicamentos antirretrovíricos. En respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros, la OPS había colaborado con la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) a organizar tres rondas de negociaciones conjuntas encaminadas a obtener precios más favorables de los medicamentos. La primera ronda había tenido lugar en el Caribe, la segunda en Centroamérica y la tercera en América del Sur. En la primera y segunda rondas, los países habían negociado con productores de medicamentos de innovación. La tercera ronda también había incluido a productores de medicamentos genéricos precalificados por la OMS y había abarcado reactivos de diagnóstico así como antirretrovíricos.

165. Una evaluación de las negociaciones, realizada por la OPS con apoyo de economistas de la Universidad Estatal de Ohio (Estados Unidos de América), había indicado que estas habían logrado su objetivo principal: la reducción del precio de los antirretrovíricos y los reactivos de diagnóstico, en particular en el caso de la tercera ronda, gracias a la participación de los fabricantes de medicamentos genéricos. Al reducir el precio, las negociaciones habían permitido aumentar el número de tratamientos proporcionados, mejorando de ese modo el acceso al tratamiento con antirretrovíricos. La evaluación había revelado asimismo que los países consideraban que las negociaciones habían sido un éxito político y social; además, habían conducido a unificar las actividades interinstitucionales dentro de los ministerios de salud y habían dado lugar a una mayor solidaridad entre los países en los diversos grupos subregionales. Otro resultado positivo había sido el establecimiento de los precios de referencia, no solo para los gobiernos de los países involucrados, sino para otros compradores dentro de los países (instituciones de seguridad social, aseguradoras privadas, fuerzas armadas, etc.) y para los países que no habían intervenido en las negociaciones.

166. Sin embargo, la evaluación también había revelado los siguientes problemas: debido a los requisitos impuestos por el marco normativo de las adquisiciones dentro de los países —que no siempre se habían considerado durante las negociaciones—, los antirretrovíricos no se habían adquirido necesariamente de los fabricantes que habían participado en las negociaciones; los precios finales pagados a veces eran sustancialmente mayores o inferiores que los negociados; los fabricantes no tuvieron presentes los requisitos de concesión de licencias para cada país y, por consiguiente, algunos productos no podían adquirirse en algunos países; los criterios técnicos de la bioequivalencia requeridos para la precalificación de los fabricantes que deseaban participar en las negociaciones no siempre eran compatibles con los requisitos nacionales de los países participantes; los distribuidores locales en cada país no siempre estaban dispuestos a aceptar los precios negociados con la empresa matriz; y las negociaciones no incluían por lo general un compromiso firme por parte de los países para comprar ni por parte de los vendedores para vender. En consecuencia, la evaluación había confirmado lo que se había señalado el año anterior en el examen por los Cuerpos Directivos del tema del acceso a los medicamentos: aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos no era solo cuestión de reducir los precios; era igualmente importante resolver los puntos flacos de los sistemas de reglamentación, de suministros y de distribución.

167. La OPS seguiría apoyando a los Estados Miembros en sus esfuerzos para aumentar el acceso a los medicamentos en general y a los antirretrovíricos en particular. Con ese fin, los resultados de la evaluación se difundirían y se examinarían con los Estados Miembros para permitirles estar mejor preparados para las rondas futuras de negociación. La evaluación también se ampliaría a los países centroamericanos y del Caribe para definir más claramente las áreas donde se necesitaba apoyo técnico de la OPS. Además, la OPS exploraría las opciones para la adquisición conjunta de medicamentos antirretrovíricos y reactivos de diagnóstico mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

168. El Subcomité recibió con beneplácito el informe sobre el progreso hacia la consecución de la meta de la Declaración de Nuevo León y pidió que también se presentara información actualizada al Comité Ejecutivo en junio. Varios Miembros presentaron información sobre los esfuerzos de sus países para aumentar el acceso al tratamiento con antirretrovíricos y superar los cuellos de botella mencionados por la Dra. Vlassoff. Se subrayó la necesidad de adiestramiento adecuado para el personal médico sobre la manera de administrar el tratamiento con antirretrovíricos y vigilar a los pacientes, así como la importancia de colaborar con la sociedad civil —en particular, con asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias— tanto en la prestación del tratamiento y otros servicios como en la prevención. Los delegados también recalcaron la necesidad de un enfoque intersectorial amplio de los temas relacionados con el SIDA y de una respuesta de salud pública para apoyar el tratamiento clínico de la enfermedad. La Delegada de Barbados dio a conocer datos actualizados de

su país sobre el número de personas bajo tratamiento y la disminución consiguiente de la morbilidad y la mortalidad.

169. Se pidió a la Oficina que comentara sobre la política de la OPS con respecto a las pruebas sistemáticas del VIH como parte de la atención médica general y si había alguna política propuesta sobre el cumplimiento del tratamiento. Con relación a esto último, se señaló que el incumplimiento de las pautas de tratamiento por parte de los pacientes podría tener una grave repercusión sobre la salud de la población. También se solicitó información sobre una reunión celebrada recientemente en la República Dominicana, en la cual se habían tratado temas relacionados con el financiamiento del Fondo Mundial y el acceso a los antirretrovíricos.

170. Con respecto a las negociaciones para los antirretrovíricos, el Delegado de Jamaica preguntó si las reducciones de precios relativamente moderadas obtenidas en el Caribe indicaban alguna debilidad en el proceso de negociación o reflejaban la elección de medicamentos y, en particular, la necesidad de usar más medicamentos genéricos. También preguntó qué función había desempeñado la Fundación Clinton en la negociación de los precios de los medicamentos antirretrovíricos en la Región. El Delegado de Argentina anunció que en América del Sur se estaba organizando una segunda ronda de negociaciones y que en agosto de 2005 se celebraría en su país una reunión de negociación. Se facilitaría más información a los Estados Miembros involucrados tan pronto como estuviese lista.

171. El Delegado de los Estados Unidos de América agradeció a la Oficina la información actualizada y también expresó su gratitud a los Miembros del Subcomité por haber aceptado incluir este punto del orden del día. Su delegación había estado preocupada por que la Región no estaba progresando con suficiente rapidez hacia el cumplimiento de la meta de la Declaración de Nuevo León y se sentía reconfortada al saber que la brecha no era tan como grande como había creído. De todos modos, no había ninguna razón para darse por satisfechos. Aún había que salvar grandes obstáculos para lograr que todos los que necesitaban tratamiento lo recibieran. Un problema importante era que la gran mayoría de los países de la Región no llenaban los requisitos para aspirar a las subvenciones del Fondo Mundial. Su país había procurado constantemente que se cambiaran los criterios de admisibilidad, pero se había enfrentado con la oposición férrea de los países europeos y aun de algunos países americanos. Hacía falta llevar a cabo un fuerte cabildeo colectivo por todos los Estados Miembros de la Región y por la OPS para persuadir a esos países de que cambiaran sus políticas sobre la ayuda internacional para los países de ingresos medianos y medianos altos. Era preciso señalar que esas políticas no eran uniformes ni coherentes.

172. Con respecto a la reunión en la República Dominicana, el orador tenía entendido que uno de sus resultados había sido un convenio para prestar atención especial a los países que estaban teniendo dificultades con las subvenciones del Fondo Mundial y que, por consiguiente, estaban en peligro de perder el financiamiento en la segunda fase. Era

imprescindible ayudar a esos países a mejorar el desempeño de sus proyectos, tanto para evitar la pérdida de los fondos de la segunda fase como para disipar la idea que tenían algunos miembros de la Junta Directiva del Fondo Mundial de que las subvenciones concedidas a los países americanos no se estaban administrando bien. A menos que se cambiara esa idea, no habría ninguna esperanza de convencer alguna vez a la Junta Directiva de que ampliara los criterios de admisibilidad para que más países de la Región pudieran recibir recursos del Fondo Mundial. Con respecto a los medicamentos antirretrovíricos, el orador señaló que su país había establecido un proceso de examen acelerado de los medicamentos al amparo del Plan de Emergencia del Presidente Bush para el Alivio del SIDA (PEPFAR por la sigla en inglés) y estaba pidiendo solicitudes de empresas farmacéuticas de todo el mundo. Ya se habían aprobado las solicitudes de dos productores de antirretrovíricos genéricos, con lo cual estos medicamentos llenaban los requisitos de las adquisiciones en el marco del PEPFAR y el Fondo Mundial. El delegado alentaba a los fabricantes de antirretrovíricos genéricos de la Región a que presentaran sus solicitudes.

173. La Dra. Vlassoff dijo que la reunión en la República Dominicana había sido la primera de un comité consultivo técnico formado por especialistas técnicos de alto nivel en diversas áreas relacionadas con la infección por el VIH/SIDA. El grupo serviría como un acervo de conocimientos en el que la OPS podría apoyarse para ayudar con los proyectos del Fondo Mundial. En su primera reunión, el comité había formulado un conjunto de más de 30 recomendaciones, que pronto se colocarían en el sitio web de la Organización. Con respecto a las pruebas sistemáticas del VIH, la OPS las recomendaba de acuerdo con la política de la OMS, que favorecía el enfoque de "dar la opción de no aceptar"; es decir, someter a tamizaje a los pacientes como parte de la atención médica regular, pero dándoles la opción de rehusar la prueba. En cuanto al cumplimiento del tratamiento, estuvo de acuerdo en que era un tema crucial. Hasta la fecha, el foco de interés tanto de la OPS como de los países había sido principalmente mejorar la cobertura y la calidad de los servicios y aumentar el acceso al tratamiento de las personas que vivían con el SIDA, pero había llegado el momento de empezar a centrarse en el cumplimiento. La Organización proporcionaría actualizaciones regulares acerca de sus esfuerzos en ese sentido.

174. La oradora también informó de que la Organización tenía tres nuevos funcionarios para la iniciativa de "tres millones para 2005", uno a nivel regional, otro en Haití y el tercero en Guyana. Se estaba tratando de contratar un cuarto funcionario, que se ubicaría en Honduras y se ocuparía de Centroamérica. La OPS había recibido hasta la fecha cerca de un millón de dólares de la OMS para apoyar su trabajo en la Iniciativa de "tres millones para 2005", y prácticamente todo ese dinero había ido directamente a los países. Aunque la cantidad distaba mucho de la que se había esperado, esos fondos estaban ayudando a la Región a ampliar la respuesta a la infección por el VIH/SIDA en los países.

175. El Dr. Rosenberg estuvo de acuerdo en que había que desplegar un esfuerzo de cabildeo para modificar los criterios de admisibilidad del Fondo Mundial. Señaló que, al hacerlo, una de las cosas que debían recalcar era que las decisiones acerca de la admisibilidad no debían basarse exclusivamente en el nivel de ingresos porque si bien la infección por el VIH/SIDA tenía sin duda aspectos económicos, no era un asunto económico.

176. En respuesta a la pregunta sobre los precios de los medicamentos antirretrovíricos en el Caribe, el Dr. Di Fabio explicó que habían sido más altos porque en la primera ronda de negociaciones sólo habían participado productores de medicamentos de innovación. Sin embargo, los precios negociados para los medicamentos genéricos en la tercera ronda se les habían ofrecido posteriormente a los países del Caribe, lo cual les había permitido obtener antirretrovíricos a un precio más favorable. Manifestó su beneplácito por el anuncio del procedimiento acelerado de aprobación de los antirretrovíricos por los Estados Unidos y dijo que la OPS alentaría a los productores de medicamentos de las Américas para que presentaran sus solicitudes. También señaló que era importante no pasar por alto la importancia de los suministros de diagnóstico, en particular los reactivos, ya que aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos no lograría gran cosa si los países no tenían los medios para determinar quiénes los necesitaban.

177. El Dr. James Fitzgerald (Asesor Regional en Gestión de Suministros Sanitarios, OPS) respondió a la pregunta acerca del papel de la Fundación Clinton y explicó que esta había firmado una serie de convenios directamente con fabricantes de medicamentos genéricos, según los cuales esos productores ofrecerían a los países medicamentos antirretrovíricos a precios muy rebajados (que les permitirían proporcionar el tratamiento a un costo de alrededor de \$140 por paciente al año), sobre la base de análisis de los costos de producción y las proyecciones de las ventajas de los costos que se derivarían de una demanda mayor y mayores volúmenes de producción. La OPS sabía que algunos países del Caribe estaban obteniendo acceso a esos precios y estaba tratando con la Fundación Clinton la posibilidad de facilitarlos a otros países de la Región mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

178. La Directora señaló que era evidente, a juzgar por las ponencias y las intervenciones de varios funcionarios de la Oficina, que el tema de la infección por el VIH/SIDA estaba recibiendo mucha atención dentro de la OPS, no solo de la unidad correspondiente sino del personal de muchas otras unidades y áreas en toda la Organización. La Oficina esperaba que ese enfoque integrado fuese emulado por los Estados Miembros, pues en los países que lo habían adoptado se había demostrado que era más eficiente y arrojaba mejores resultados.

179. El comité consultivo técnico recientemente formado mejoraría aún más la respuesta regional a la infección por el VIH/SIDA. La creación de grupos de expertos era una estrategia que la Organización había empleado con gran éxito en otros ámbitos, pues

proporcionaba un medio excelente de utilizar la capacidad técnica que existía en los Estados Miembros. El trabajo del comité quizá también proporcionaría una base para el lanzamiento de un plan o programa regional sobre la infección por el VIH/SIDA bajo el nuevo concepto de los programas regionales como iniciativas colectivas a nivel regional emprendidas por los Estados Miembros con apoyo de la Oficina y otros socios. Dicho programa podría proporcionar un mejor marco para movilizar los recursos adicionales que se necesitaban para garantizar la sostenibilidad de la cooperación técnica de la Organización en la esfera de la infección por el VIH/SIDA.

180. Con respecto a las cuestiones planteadas por el Subcomité con relación al Fondo Mundial, en su opinión se necesitaban cuatro cosas. En primer lugar, como habían señalado varios oradores, se necesitaba un cabildeo concertado por los Estados Miembros de las Américas, aunado a una representación más eficaz de América Latina y el Caribe en la Junta Directiva del Fondo Mundial. Como sin duda era del conocimiento del Subcomité, el puesto correspondiente a América Latina y el Caribe en la Junta Directiva había estado vacante durante gran parte del año anterior, cosa que había obstaculizado los esfuerzos para impulsar los intereses de dicha subregión. La OPS podría ayudar impartiendo orientación sobre el tema a los ministros de salud de la Región en ocasión de la próxima Asamblea Mundial de la Salud. También podría programarse una conversación entre los ministros y funcionarios del Fondo Mundial. Además, la Organización podría ayudar a obtener la asistencia del Grupo de América, que podría proporcionar una presencia permanente en Ginebra y sería una fuente de apoyo constante para el cabildeo.

181. En segundo lugar, había que contar con un sistema regional más eficaz de monitoreo y coordinación entre todos los socios involucrados en las actividades relacionadas con el SIDA. Muchas de las dificultades con los proyectos del Fondo Mundial podrían haberse evitado si se hubiese contado con dicho sistema para detectar problemas y coordinar una respuesta antes de que el problema alcanzara un punto crítico. En tercer lugar y en relación con lo anterior, tenía que haber un compromiso real con el principio de "los tres" (es decir, un plan nacional, una autoridad nacional y un sistema de monitoreo para el país). Por último, era preciso aplicar las enseñanzas extraídas de los programas que por muchos años habían logrado buenos resultados, como el Programa Ampliado de Inmunización y los proyectos sobre las otras dos enfermedades objeto de la atención del Fondo Mundial: la tuberculosis y la malaria. Esos programas también involucraban a muchos donantes y agentes, pero como se adherían mucho más estrechamente al concepto de "los tres", estaban evitando muchos de los problemas con que tropezaban los proyectos de infección por el VIH/SIDA.

182. Hablando a petición de la Directora, el Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS) informó de que la OPS estaba en conversaciones con funcionarios del Fondo Mundial encaminadas a firmar un memorando de entendimiento que permitiría a la Organización desempeñar una función más importante de apoyar a los

países no solo en el diseño, sino también en la ejecución de proyectos. La idea era implantar un marco para la cooperación técnica que proporcionaría reglas claras y transparentes para prestar apoyo técnico a los países al objeto de ayudarlos a mejorar el desempeño de los proyectos y, de ese modo, seguir recibiendo las subvenciones del Fondo Mundial. El funcionario apeló a los Estados Miembros que formaban parte de la Junta Directiva del Fondo Mundial para que alentara a esta a apoyar la firma del memorando de entendimiento.

183. En conclusión, la Directora dijo que la Oficina seguiría recabando datos y proporcionaría información actualizada adicional sobre el progreso hacia la consecución de la meta de la Declaración de Nuevo León durante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, la sesión del Comité Ejecutivo y las reuniones interministeriales de Argentina en junio, la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre y la Cumbre de las Américas en noviembre.

Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes (documento SPP39/6)

184. El Dr. José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, OPS) explicó que en el documento SPP39/6 se intentaba definir una estrategia que le permitiera a la OPS apoyar a los países en el ámbito de las donaciones de órganos y los trasplantes, dependiendo de la pericia que existía en los Estados Miembros, y habida cuenta de que la OPS no tenía la capacidad interna necesaria. Señaló que el documento no abarcaba el Caribe de habla inglesa, pero que después de una reunión que se celebraría en breve se obtendría la información necesaria, con lo que se completaría el enfoque propuesto. A continuación, reseñó algunos antecedentes históricos y mencionó que el primer trasplante realizado en la Región había sido un trasplante renal efectuado en 1957 en Argentina. Al analizar los aspectos que rodeaban a la donación de órganos, el documento se centraba principalmente en los trasplantes renales, pues estos representaban por amplio margen el tipo más común en la Región y ofrecían tasas elevadas de supervivencia y de mejoramiento de la calidad de la vida de los pacientes.

185. Hasta la fecha, alrededor de 45.000 personas en América Latina estaba en una lista de espera para el trasplante de un riñón. Por término medio, en la Región, 47% de los riñones donados provenía de cadáveres, y los demás de donantes vivos. Como resultado de la gran demanda y la escasez de cadáveres donantes, muchos países con poca capacidad de organización de donación de órganos se veían obligados a promover los trasplantes de donantes vivos. Esa era una causa de gran preocupación, ya que en los países con poca reglamentación un número cada vez mayor de personas estaban dispuestas donar un riñón, aunque no hubiese ningún parentesco de sangre con el receptor, a cambio de un pago.

186. El potencial de donación de un país se calculaba en 30 a 40 donantes por millón de habitantes, según los datos y la experiencia internacional en países como España, que ya había alcanzado ese nivel. En América Latina, el promedio era de 5,4 donantes por millón de habitantes. Sin embargo, como había demostrado Uruguay, se podía aumentar esa tasa extraordinariamente. Claramente, las tasas de donación de órganos debían y podían fortalecerse en las Américas. Alcanzar esa meta exigiría crear o fortalecer los programas nacionales de donación, con miras a reducir la brecha entre la demanda de órganos y su disponibilidad, protegiendo al mismo tiempo los derechos de los donantes y sus familias.

187. La OPS había organizado una reunión internacional sobre la donación de órganos y los trasplantes en Montevideo el 22 y 23 de febrero de 2005, a la que habían concurrido profesionales de la salud de 18 países de la Región y un representante de la Organización Nacional de Trasplantes de España (ONT). Entre los temas tratados había figurado un panorama general de la situación del trasplante de órganos y la donación de órganos, tejidos y células. De la reunión habían surgido dos recomendaciones principales. La primera era el establecimiento de un foro cooperativo sobre los asuntos relacionados con la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células, constituido por expertos de los departamentos de salud pertinentes de los Estados Miembros y de la Organización Nacional de Trasplantes de España. La segunda era la creación de un comité sobre la donación de órganos y los trasplantes, integrado por expertos en este campo, con la finalidad de formular una política regional sobre la donación de órganos y los trasplantes, emitir recomendaciones para los diferentes países y prestar apoyo técnico para idear soluciones apropiadas enderezadas a satisfacer las necesidades de donación de órganos de cada país.

188. Se solicitó al Subcomité que considerara la propuesta de un marco regional para el trabajo en esta esfera que se presentaba en el documento SPP39/6. Las actividades que se llevarían a cabo dentro de ese marco consistirían en determinar la situación de la donación de órganos y los trasplantes en la Región, incluida la legislación vigente y los sistemas de organización; evaluar el potencial de las donaciones y las posibilidades para mejorarlo; establecer políticas educativas para impartir adiestramiento en materia de prevención y donación de órganos para los profesionales de la salud en los países; mantener y aumentar el registro adecuado de las actividades relacionadas con la donación y los trasplantes y los centros de trasplantes; y determinar el estado actual del marco normativo y vigilar las adquisiciones, la preservación, la asignación y el trasplante de los órganos, los tejidos y las células, con el objeto de formular recomendaciones técnicas para garantizar las normas de calidad y de seguridad.

189. El Subcomité estuvo de acuerdo en que el tema era un muy importante, y expresó su apoyo al enfoque y las actividades propuestos en el documento. Sin embargo, aunque consideraba encomiable y esencial que la OPS estuviese trabajando en el ámbito de las donaciones y los trasplantes de órganos, el Subcomité observó que las actividades

propuestas representaban una meta ambiciosa y, por consiguiente, indicó que la próxima versión del documento debía exponer las ideas de la Oficina en cuanto a la inversión inicial que tendría que hacer la Organización. Precisamente porque era una meta ambiciosa, la Organización debía tener cuidado de no crear expectativas y luego incumplir el objetivo.

190. Se señaló que la creación del foro de expertos sería básicamente cuestión de formalizar lo que ya existía, pues los especialistas en trasplantes de la Región estaban en contacto constante, por lo menos dentro cada país. La OPS se consideraba la mejor entidad para ampliar las redes nacionales a la Región en su totalidad. Los Miembros propusieron firmemente que el foro debía funcionar por medios cibernéticos y no mediante reuniones en persona, para reducir el costo de su organización y funcionamiento. También se señaló que se necesitaba la ayuda de la OPS en los países para el establecimiento de comisiones de ética que velaran por los aspectos éticos de los trasplantes de células, tejidos y órganos, así como para imponer medidas nacionales para proteger a los grupos más vulnerables de la venta de tejidos y órganos y para abordar el problema importante del tráfico internacional de tejidos y órganos.

191. Varios delegados describieron la situación de la donación de órganos y los trasplantes en sus países respectivos y ofrecieron poner a disposición de la Oficina los datos pertinentes para su distribución a otros Estados Miembros que pudiesen estar interesados. También suministraron información sobre los reglamentos de carácter obligatorio o los convenios voluntarios que regían la donación de órganos. En cuanto al consentimiento para efectuar una donación, algunos países daban a las personas la opción de declinar y otros, la de aceptar la donación. Se señaló que una de las razones de que los programas de trasplantes de algunos países siguieran siendo muy pequeños era el costo elevado de los medicamentos inmunodepresores.

192. Los Miembros pusieron de relieve la necesidad de aumentar la concientización, tanto entre la gente con respecto a los beneficios humanitarios de ser un donante voluntario como entre las instituciones de salud por lo que toca a la necesidad de obtener y preservar debidamente los órganos, los tejidos y las células. Al mismo tiempo, varios Miembros recalcaron que, a pesar de que aumentar la disponibilidad de órganos para el trasplante era importante y necesario, revestía igual importancia el trabajo para prevenir las enfermedades renales y otros problemas de salud al objeto de reducir la necesidad de trasplantes.

193. Algunos delegados alentaron a la OPS a que se centrara en la aplicación de la resolución WHA57.18 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el trasplante de órganos y tejidos humanos, adoptada el año anterior. Aún había que trabajar mucho en los países para formar la capacidad necesaria, incluidos la recopilación y el examen de los datos sobre las prácticas nacionales, la seguridad, la calidad, las inquietudes éticas y las características epidemiológicas de los trasplantes humanos. Además, en la Región variaba

mucho la capacidad en las esferas de la reglamentación y el seguimiento de los trasplantes, incluidos el registro, la identificación, la vigilancia y la biovigilancia tanto del donante como del receptor.

194. El Subcomité señaló que un tema que no se tocaba en el documento era el de los xenotrasplantes. Varios Miembros señalaron que la bibliografía científica indicaba que muchas enfermedades graves se habían transmitido de los animales a los seres humanos, a menudo con consecuencias graves de salud pública. La OMS había indicado su voluntad de asumir la tarea normativa de establecer directrices con respecto a la reglamentación nacional de los xenotrasplantes, y se propuso que la Oficina debía hacerse eco de esa política en sus consultas con los Estados Miembros y en las discusiones más amplias sobre el trasplante de órganos, tejidos y células.

195. Varios delegados se refirieron a las cuestiones afines de la clonación y la fecundación in vitro, destacando que implicaban importantes aspectos de género y éticos, y propusieron que, de momento, esos dos aspectos no debían considerarse en el trabajo de la OPS en materia de trasplantes. Un delegado expresó el punto de vista de que, dado que la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Clonación Humana era muy reciente, era preciso que todos los países se tomaran el tiempo necesario para analizar sus implicaciones.

196. El Dr. Di Fabio agradeció las ofertas de los Miembros de suministrar información adicional. Estuvo de acuerdo en que lo ideal sería que el foro se comunicara por medios cibernéticos para mantener los costos al mínimo. Se necesitaban criterios muy claros en cuanto a la calidad y la seguridad. Tras mencionar los intercambios de información técnica y de reglamentación que se estaban produciendo en el MERCOSUR, recalcó nuevamente que la Organización estaba buscando un mecanismo para facilitar y usar la pericia que ya existía en la Región, no pretendía crear su propia capacidad interna. El foro, por lo tanto, sería un vehículo para la cooperación técnica entre países, de manera que los países más avanzados compartieran sus conocimientos con los menos avanzados.

197. En lo concerniente a la necesidad de formación de capacidad con relación a las inquietudes éticas, dijo que el Programa Regional de Bioética en Chile desempeñaría un papel destacado en el desarrollo de los aspectos bioéticos de las donaciones y los trasplantes. En relación con el costo de los medicamentos inmunodepresores, especuló que quizá estos podrían incluirse en una futura ronda de negociaciones de varios países sobre los precios de los medicamentos.

198. Estuvo de acuerdo en que la prevención era un factor principal para reducir las listas de espera para los trasplantes de órganos. Sin embargo, en ese momento, la OPS y los Estados Miembros tenían que tratar la situación que existía: listas de espera largas e insuficiencia de órganos donados. También estuvo de acuerdo en que el mandato principal de la OPS era la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. Tomando esta

como un marco de referencia general para su trabajo, la OPS había elegido la vía que deseaba seguir a nivel regional, pero al mismo tiempo iba a proporcionar toda la asistencia necesaria para permitir la aplicación de la resolución mundial en los países.

199. La Directora expresó su gratitud al Subcomité por su estímulo al manifestar que la OPS se estaba encaminando en la dirección correcta; también agradeció al Gobierno de España el apoyo que había prestado para el trabajo de la Organización en este campo. El tema de la donación de órganos y los trasplantes representaba una oportunidad para la OPS de demostrar un enfoque innovador que respondiera a una necesidad de cooperación técnica con un despliegue mínimo de recursos de la Organización y sin crear un puesto o un programa especial. Enfoques similares podrían usarse en otras áreas en las cuales sería beneficioso el trabajo con redes, asociaciones profesionales, instituciones académicas u otras fuentes de pericia existentes. La OPS podría colaborar con el comité de expertos para formular una lista específica de los resultados que se esperaba obtener en cuanto a normas, legislación y sistemas de organización. Al trabajar no solo con el foro y el comité sino también siguiendo un plan de trabajo, que podría ser bienal, sin duda sería posible encontrar maneras de movilizar los recursos adicionales que se necesitaran.

200. El foro ofrecería la oportunidad de analizar las experiencias de los países en el campo de la insuficiencia renal crónica, la donación de órganos y los trasplantes, incluida la dimensión bioética tan importante. La funcionaria dijo que creía que competía al foro decidir qué otros temas se abordarían en esta área de trabajo. Aun así, estuvo de acuerdo en que el tema de la clonación humana y la declaración de las Naciones Unidas sobre este asunto debían analizarse aún más antes de considerar la posibilidad de agregar la clonación como una parte del trabajo de la Organización en materia de trasplantes.

201. La Directora pidió al Subcomité que formulara su recomendación sobre si este tema debía someterse a la consideración del Comité Ejecutivo. El objetivo de la Oficina al presentarlo ante el Subcomité había sido el de obtener el parecer de los Miembros sobre si el enfoque propuesto era apropiado; no se había tenido la intención de incluirlo en el orden del día del Comité, pero la Oficina haría lo que indicara el Subcomité.

202. El Subcomité recomendó que el asunto fuera abordado por los Cuerpos Directivos en un año posterior. Entretanto, los Miembros opinaron que la Organización debía seguir adelante con las actividades descritas en el documento SPP39/6 y también debía seguir ayudando a los países a formar la capacidad necesaria para aplicar la resolución WHA57.18

Otros asuntos

Puesta al día sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional

203. El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) pasó revista a los pasos que se habían dado hasta la fecha en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. El más reciente de esos pasos había sido la reunión del grupo de trabajo intergubernamental, celebrada en febrero de 2005, para tratar de llegar a un acuerdo sobre el texto definitivo. Eso no había sido posible en la sesión de febrero, y el grupo de trabajo intergubernamental había decidido reunirse nuevamente en mayo, antes de la Asamblea Mundial de la Salud, con la intención de producir una propuesta final para su aprobación por dicho cuerpo. Si se aprobaba, el nuevo Reglamento entraría en vigor en 2006.

204. Los temas pendientes pertenecían a dos grupos principales. Un grupo comprendía los temas que tenían que ver con la soberanía nacional y el equilibrio entre esta y los intereses internacionales. Las causas principales de controversia estaban relacionadas con el poder de los gobiernos para imponer medidas de salud pública suplementarias aparte de las prescritas en el Reglamento y con los procedimientos para presentar las reservas con respecto a artículos específicos del Reglamento. Otro problema no resuelto era el de exonerar a las fuerzas armadas de cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional.

205. El segundo grupo de temas tenía que ver con la liberación de agentes biológicos, químicos o radionucleares. Las opiniones estaban muy divididas en torno a la cuestión de si el Reglamento debía mencionar explícitamente la "liberación intencional" de tales agentes. Casi 95% de los Estados Miembros que habían participado en la reunión intergubernamental habían favorecido eliminar toda mención de la palabra "intencional", de tal manera que se abarcara cualquier liberación de un agente biológico, químico o radionuclear, independientemente de que fuese accidental, natural o intencional. Una minoría pequeña de los países opinaba que el aspecto "intencional" debía mencionarse explícitamente.

206. Aunque aún había desacuerdos, los problemas no resueltos afectaban sólo a 6 de los 67 artículos del Reglamento; en consecuencia, se habían logrado avances verdaderamente significativos hacia el consenso. La OPS, tanto a nivel regional como en el plano nacional a través de sus oficinas de país, seguía promoviendo el diálogo encaminado a resolver las cuestiones pendientes antes de la Asamblea Mundial de la Salud. La Oficina tenía la esperanza de que eso podría lograrse, pues había acuerdo unánime entre los países sobre la urgencia de implantar el Reglamento Sanitario Internacional con el fin de proporcionar un código de conducta internacional para hacer frente a las emergencias mundiales de salud pública como la pandemia reciente del síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Además, mientras continuaban los debates, la

OPS ya había empezado a colaborar con los países para lograr que tuvieran la capacidad para aplicar el Reglamentos una vez que se aprobara.

207. Teniendo en cuenta que los asuntos pendientes tenían que ver con cuestiones políticas y de relaciones exteriores que rebasaban la esfera de acción del sector de la salud, la Directora dijo que la recomendación de la Oficina sería que el sector de la salud en cada país debatiera a fondo con el sector de relaciones exteriores, con miras a aclarar la posición nacional sobre dichos asuntos. La Oficina también alentaba encarecidamente a los Estados Miembros a que se siguieran esforzando por alcanzar el consenso antes de la sesión de mayo del grupo de trabajo intergubernamental con el fin de conseguir la aprobación del Reglamento por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud.

Puesta al día sobre los preparativos para la 14.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA14)

208. El Dr. Albino Belotto (Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria, OPS) anunció que la 14.^a RIMSA se celebraría en México, D.F., el 21 y 22 de abril de 2005. Recordando que la RIMSA había sido originalmente una reunión de los ministerios de agricultura y ganadería, señaló que la próxima sería la tercera con la nueva modalidad de una reunión conjunta entre ministerios de salud, agricultura y ganadería.

209. La RIMSA era el único foro de su tipo en la Región, y posiblemente en el mundo, que reflejaba la importancia cada vez mayor que la Región atribuía a la coordinación entre el sector de la salud y el agropecuario, que era necesaria para dar una respuesta regional a las zoonosis emergentes como el SARS y la encefalopatía espongiforme bovina (EEB), así como para tratar todos los aspectos de la cadena de producción de alimentos que repercutían en los dos sectores, promover un concepto más integrado de la inocuidad de los alimentos y abordar los efectos que la producción agropecuaria podría tener en la salud y el ambiente.

210. El tema fundamental de la 14.^a RIMSA sería la sinergia entre la salud, la agricultura y la ganadería para el desarrollo rural. El orden del día incluiría exposiciones especiales de tipo panel sobre numerosos temas, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cómo los sectores de la salud y agropecuario podían trabajar más eficazmente para erradicar la pobreza extrema y el hambre y promover el desarrollo rural, la cooperación y la coordinación internacional en materia de salud, agricultura y ganadería, así como el apoyo a los mandatos de las Cumbres de las Américas relativos al desarrollo rural y social.

211. El Gobierno de México estaba desplegando esfuerzos extraordinarios en la organización de la reunión. Acababa de confirmarse que el presidente Vicente Fox asistiría a la sesión inaugural, y muchos otros funcionarios de alto nivel también

participarían en la reunión. Además, estarían presentes los directores de diversas organizaciones agropecuarias y de salud, así como representantes del sector privado.

Otros asuntos planteados por los Estados Miembros

212. El Delegado del Canadá pidió aclaración acerca de las diversas reuniones que se celebrarían en Argentina antes y después de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo. También inquirió si la Oficina estaba haciendo planes para agregar algún punto importante —aparte de los examinados por el Subcomité— al orden del día del Comité Ejecutivo. Además, reiteró la solicitud de su gobierno de que todos los documentos preparados para los Cuerpos Directivos debían contener información sobre los recursos humanos y presupuestarios, y que debían colocarse en el sitio web de la Organización con mucha antelación a fin de dar el tiempo suficiente para que los Estados Miembros los examinaran y vinieran preparados para discutirlos.

213. El Vicepresidente dijo que la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas (RMSMAA) se celebraría el 16 y 17 de junio de 2005 en Mar del Plata. El orden del día de esa reunión estaba finalizándose y se distribuiría pronto. Entre otros temas, incluiría un debate de tipo panel entre ministros de trabajo, educación, ambiente y salud. El 18 de junio de 2005, los ministros de salud y ambiente celebrarían una reunión interministerial para evaluar el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio desde el punto de vista de la salud y el ambiente. La reunión inaugural de la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebraría la noche del lunes, 20 de junio de 2005.

214. Con respecto al orden del día del Comité Ejecutivo, la Directora dijo que durante la 135.^a sesión del Comité Ejecutivo se había propuesto agregar cuatro puntos sustantivos. Debido a las limitaciones de tiempo, no se habían incluido en el orden del día del Subcomité, pero, si los Miembros lo deseaban, podrían agregarse al orden del día de la 136.^a sesión. Esos cuatro puntos eran: el informe sobre los progresos realizados por la iniciativa de seguridad hematológica y la posibilidad de iniciar un programa regional sobre este tema; la evaluación de la situación de la malaria en la Región; el control de la tuberculosis en la Región; y la presentación de una declaración regional sobre el compromiso renovado con la atención primaria de salud. Además, durante la sesión en curso, el Subcomité había tratado la posibilidad de incluir un punto formal en el orden del día sobre la meta de la Declaración de Nuevo León sobre la provisión del tratamiento antirretrovírico.

215. El Delegado de los Estados Unidos de América señaló que los temas de la seguridad hematológica, la malaria y la tuberculosis se tratarían en la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo, y sugirió que quizá fuese mejor dejar pasar algún tiempo antes de estudiarlos a nivel regional.

216. El Dr. Stephen Corber (Gerente del Área de Prevención y Control de Enfermedades, OPS) explicó que se preveía que el foco de atención de las discusiones de la Asamblea de la Salud sobre esos temas fuese sustancialmente diferente del de la Región, y que por lo tanto no era probable que se duplicaran esfuerzos.

217. La Directora propuso que en las siguientes dos semanas podría distribuirse a los Miembros del Comité Ejecutivo un proyecto de orden del día, solicitando sus opiniones sobre los temas que debían incorporarse. Entretanto, podría examinarse la documentación de la OMS sobre los nuevos puntos propuestos para ver qué temas concretos se abordaban en ellos.

218. El Subcomité estuvo de acuerdo con la sugerencia de la Directora. Con respecto a la posibilidad de incluir un punto sobre la Declaración de Nuevo León, el Subcomité decidió que sería preferible pedirle a la Oficina que preparase y presentase la información actualizada para darla a conocer de manera informal, en lugar de agregar el asunto como un punto formal del orden del día del Comité Ejecutivo.

Clausura de la sesión

219. El Vicepresidente dijo que esperaba con interés dar la bienvenida a todos a la Argentina para la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio. Después del intercambio acostumbrado de expresiones de cortesía, declaró clausurada la 39.^a sesión del Subcomité.

Anexos

AGENDA

1. Apertura de la sesión
 2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
 3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
 4. Informe especial sobre el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas a la Región recientemente afectada por el maremoto
 5. Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007
 6. La cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas
 7. Estrategia para el futuro de los centros panamericanos
 8. Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes
 9. Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI
 10. Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
 11. Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004
 12. La cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud
 13. Otros asuntos
 14. Clausura de la sesión
- Punto adicional Actualización sobre la meta de proporcionar tratamiento al orden del día: con antirretrovíricos establecida en la Declaración de Nuevo León, adoptada en la Cumbre Extraordinaria de las Américas

LISTA DE DOCUMENTOS

SPP39/1, Rev. 3 y SPP39/WP/1, Rev. 2	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP39/INF/1, SPP39/INF/2, y SPP39/INF/3	Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud
SPP39/3,	Organización para el ejercicio financiero 2006-2007
SPP39/4	La cooperación técnica en materia de salud entre los países de las Américas
SPP39/5	Estrategia para el futuro de los centros panamericanos
SPP39/6	Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplantes
SPP39/7, Add. I y Add. II	Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI
SPP39/8	Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
SPP39/9	Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004
SPP39/10	La cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Argentina

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

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

Barbados

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

Ms. Antoinette Williams
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

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

Canada
Canadá

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

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

Ms. Basia Manitius
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. David Morris
Counsellor, Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Cuba

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses
Washington, D.C.

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

Jamaica

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

Dr. Barry Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

United States of America
Estados Unidos de América

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

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

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer
for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

Ms. Karen Welch
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Mark Abdoo
Special Assistant to the Director
OGHA/HHS
Washington, D.C.

**Observer Member States
Estados Miembros Observadores**

***Brazil
Brasil***

Sr. Sérgio Alexandre Gaudencio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Assessoria de Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

***Mexico
México***

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

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

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (*cont.*)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (*cont.*)

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

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

- - -