



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION



## 47th DIRECTING COUNCIL 58th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 25-29 September 2006

---

CD47/SR/5  
27 September 2006  
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-  
SPANISH

### PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FIFTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA QUINTA REUNIÓN

Wednesday, 27 September 2006, at 8:45 a.m.  
Miércoles, 27 de septiembre de 2006, a las 8.45 a.m.

*President/  
Presidente:*

*Hon. Dr. Leslie Ramsammy*

Guyana

*Contents  
Contenido*

- Item 4.15:* Report of the WHO Commission on Intellectual Property Rights, Innovation, and Public Health (*Cont.*)
- Punto 4.15:* Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública de la OMS (*Cont.*)

*(continued overleaf)  
(continúa al dorso)*

**Note:** This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify the Conference Documents Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Responsible Officer, Governing Bodies Team, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 2006. The final text will be published in the *Proceedings* of the Council.

**Nota:** Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Oficial Responsable de Equipo, Cuerpos Directivos, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 2006. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas del Consejo.

**CONTENTS** (*cont.*)  
**CONTENIDO** (*cont.*)

<i>Item 4.1</i>	Development of a Health Agenda for the Americas, 2008-2017
<i>Punto 4.1</i>	Elaboración de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017
<i>Item 4.2</i>	Methodology for the Formulation of the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2008-2012
<i>Punto 4.2</i>	Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012
<i>Item 4.3</i>	Performance Assessment Report of the Biennial Program Budget of the Pan American Health Organization, 2004-2005
<i>Punto 4.3</i>	Informe de Evaluación de la ejecución del Presupuesto por Programas Bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005
<i>Item 4.13</i>	Human Resources in Health – Critical Challenges for the Region of the Americas: Round Tables
<i>Punto 4.13</i>	Los recursos humanos de salud: retos fundamentales para la Región de las Américas: Mesas redondas

*The meeting was called to order at 8:45 a.m.  
Se abre la reunión a las 8.45 a.m.*

ITEM 4.15: REPORT OF THE WHO COMMISSION ON INTELLECTUAL  
PROPERTY RIGHTS, INNOVATION, AND PUBLIC HEALTH  
(*continuation*)

PUNTO 4.15: INFORME DE LA COMISIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD  
INTELLECTUAL, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA DE LA OMS  
(*continuación*)

Dr. ZUCKER (Assistant Director-General, Health Technology and Pharmaceuticals), responding to comments made at the fourth meeting, thanked delegates for their contributions. WHO welcomed the draft resolution proposed by Brazil. Canada had mentioned the efforts that had been made on the part of Canada's Access to Medicines Regime (CAMR); Suriname, Argentina and others had referred to trade and the WTO agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS).

Areas such as pharmacogenomics would clearly become more important as science advanced, with increasing emphasis on genetics and tailoring of drug therapy to the individual. Venezuela had emphasized the fact that intellectual property should not constitute an obstacle to scientific and technological advance. Taking forward the findings of the Commission was just one part of the process of improving the quality, availability of and access to medicines. The intergovernmental working group and others involved, including WHO, Member States, public health experts and scientists, should recognize the need to examine the data available in order to shape decisions on future

action. WHO stood ready to answer any questions Member States might have in the areas covered by the report.

A delegação do Brasil, como foi dito pelo Ministro no dia anterior, havia proposto durante a última Assembléia Mundial da Saúde que este tema fosse incluído na agenda das reuniões regionais da OMS, para manter vivo o tema, pois em Genebra, quando o mesmo foi apresentado, não houve ocasião de fazer uma discussão mais aprofundada do relatório correndo-se o risco de que o tema não fosse abordado de maneira adequada pelos Estados Membros. A importância deste tema que é estratégico é bem conhecida; a questão da pesquisa em saúde que acaba resultando nos 3 grandes eixos que são os medicamentos, as vacinas e os diagnósticos que estão presentes em todos os sistemas de saúde como uma das preocupações centrais.

Ressaltou que existe muita pesquisa que é realizada, mas por outro lado existe pesquisa que deveria ser realizada, sobretudo para doenças negligenciadas ou doenças que têm uma importância muito grande para o sistema de saúde dos países em desenvolvimento, pelo que deve-se manter viva a importância do tema nas reuniões regionais, uma vez que na própria OMS o assunto havia sido abordado de maneira pouco densa.

Explicou então a estrutura que foi dada à redação do projeto de resolução, referindo que há muito pouca linguagem nova no projeto, mencionando que quase tudo era linguagem já aceita, talvez necessitando uma pequena acomodação lingüística para

que fosse exatamente como os parágrafos já passados em outros foros. Continuando, disse que existiam dois parágrafos um pouco mais novos no preâmbulo; um deles referindo-se a uma declaração assinada pelos países da América do Sul, com relação a acesso a medicamentos, e que entendia que várias delegações presentes não faziam parte dessa declaração, assim como não faziam parte dessa delegação em Genebra.

Ressaltou, no entanto, que como isso figurava apenas no preâmbulo, isso era apenas um recordatório de que esse documento existe, ainda que com isso não se assumia nenhum tipo de compromisso, sendo a lembrança de um fato histórico; o mesmo com relação a um parágrafo sobre a iniciativa UNITAID, uma iniciativa, como se sabe, que havia sido lançada durante a Assembléia Geral das Nações Unidas na semana anterior por Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido à qual já se tinham associado mais 40 países. Disse que a delegação entendia que vários estados presentes não faziam parte dessa iniciativa, mas que a semelhança da argumentação do parágrafo sobre a declaração era também apenas um recordatório de um fato histórico, não tendo importância de compromisso.

Continuando, afirmou ser a parte resolutiva igualmente uma linguagem factual extraída, em grande parte, de resoluções já aprovadas anteriormente, sobretudo da resolução WHA59.24, que se relaciona com o tema que estamos abordando no momento.

Finalizou mencionando ser possível a existência de alguma imprecisão lingüística na redação dos parágrafos, cujos espíritos refletiam claramente a linguagem aprovada e

que a delegação do Brasil estava preparada para discutir, defender e acomodar o que fosse necessário para a aprovação da resolução.

The PRESIDENT invited comments on the draft resolution.

Mr. ABDOO (United States of America) indicated that he wished to propose a number of amendments in order to align the language used in the draft resolution with that in Health Assembly resolution WHA59.24 on public health, innovation, essential health research and intellectual property rights: towards a global strategy and plan of action, which had been adopted by consensus in May 2006.

The PRESIDENT, noting that there were no further comments, suggested that the United States amendments should be submitted in writing and that the item should remain open pending informal discussion of those amendments by the interested parties.

*It was so agreed.  
Así se acuerda.*

ITEM 4.1: DEVELOPMENT OF A HEALTH AGENDA FOR THE AMERICAS,  
2008-2017  
PUNTO 4.1: ELABORACIÓN DE LA AGENDA DE SALUD PARA LAS  
AMÉRICAS, 2008-2017

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) comunica que en su 138.<sup>a</sup> sesión, celebrada en junio de 2006, el Comité Ejecutivo examinó el informe del Grupo Consultivo Especial que se formó como consecuencia de los debates con respecto a la

Agenda de Salud para las Américas durante la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación, en marzo del mismo año.

El Comité refrendó las recomendaciones del Grupo Consultivo Especial en cuanto al proceso para la formulación de la Agenda de Salud y la composición y las atribuciones del grupo de trabajo que debía establecerse para preparar el primer proyecto de la Agenda de Salud que habría de someterse a la consideración del Comité Ejecutivo en su 139.<sup>a</sup> sesión, la cual se celebrará inmediatamente después del Consejo Directivo.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R19, por la cual recomienda que el Consejo Directivo refrende las recomendaciones contenidas en el documento CD47/8 con respecto a la elaboración de la Agenda de Salud para las Américas.

El Dr. ALLEYNE (Panamá) recuerda que durante la pasada reunión del Consejo Ejecutivo se estableció un grupo integrado por los Estados Miembros de Antigua y Barbuda, Argentina, Chile, Canadá, Cuba, Estados Unidos y Panamá, además de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, que elaboró un mecanismo de comunicación electrónica para intercambiar observaciones y opiniones. A partir de una agenda preliminar preparada con Chile y Panamá, se fueron estructurando, mediante ese mecanismo de comunicación, teleconferencias y una reunión de los integrantes del grupo, sucesivos borradores de la agenda, hasta un total de 10 en los que se fueron incorporando las contribuciones de grupos externos tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, y otros organismos y organizaciones no gubernamentales.

Los puntos fundamentales de la agenda, que son el enunciado de su intención, principios y valores, son la tendencia de la situación de la salud en las Américas y las áreas de acción. El enunciado de la intención consta de varios componentes básicos, a saber, los compromisos de los gobiernos; la visión de un continente más saludable; la respuesta a las necesidades de salud en las poblaciones; el instrumento político, como un instrumento político de más alto nivel, que no es estratégico ni son programas, sino una visión colectiva de las Américas; la articulación complementaria del 11º. Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud; y la orientación de la elaboración de los futuros planes nacionales.

Los principios y valores se fundamentan en los derechos humanos; la solidaridad del panamericanismo; la equidad en salud; la participación; y las tendencias de la situación de la salud en las Américas, vinculada al contexto de la situación de la salud en forma general y la respuesta a los sistemas de salud en forma puntual.

Se establecieron áreas de acción; entre otras, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria de cada país, el abordaje de los determinantes de la salud, la ciencia y tecnología y la solidaridad y la seguridad sanitaria.

La agenda, una vez presentada al Comité Ejecutivo, se pondrá a disposición de todos los miembros de la Organización Panamericana de la Salud, para que todos los países, organizaciones no gubernamentales y otros grupos participen en el proceso de elaboración que culminará con el lanzamiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, a mediados de 2007.



**BRASIL:**

Agradecendo a apresentação feita agora sobre o ponto 4.1, ressaltou que o Brasil naturalmente apoiava os esforços de construir uma agenda para as Américas e, tendo em vista a importância do tema, que o Brasil não gostaria de ficar de fora da construção dessa agenda, o que não havia ocorrido até o momento, possivelmente por algum problema de comunicação, dado que não haviam recebido o exato endereço eletrônico em que as discussões correriam de maneira virtual.

Informou também que não tiveram acesso aos documentos mencionados no início pelo Ministro do Panamá. Concluiu dizendo que, pela importância do tema, a posição do Governo era a de solicitar que o Brasil faça parte deste grupo de trabalho.

Mr. PREVISICH (Canada) said that Canada had been pleased to participate as a member of the Ad Hoc Consultative Group for the period from June to September 2006 in developing the draft Health Agenda for the Americas and applauded the collaborative approach taken. The draft Health Agenda would provide an important conceptual framework for the Region, in particular for the elaboration of the five-year strategic plan for the Pan American Sanitary Bureau. The nine-month period allowed for wide dissemination and further consultation, analysis and feedback appeared reasonable, and should yield a document that could be accepted by consensus by the middle of 2007. Canada supported the draft resolution.

Dr. ST. JOHN (Barbados), speaking on behalf of the Member States of CARICOM, said that, at their meeting to discuss the best way of developing a health agenda, the participants had decided to pose a set of questions. Was the plan to be formulated on a participatory basis? Would it be driven by the priorities and needs of Member States? Should regional priorities and expected results be taken into account? How would the plan be communicated to stakeholders? How could the best use be made of a limited time frame? Document CD47/8 showed how those questions had been answered. The content of the draft Health Agenda for the Americas, which she had been privileged to see, reflected the depth of research carried out by the Working Group, which had clearly performed its work with dedication and commitment. She was confident that, with further input from Member States, it would be possible to craft the right health agenda for the Region. The Agenda should cover: equity and greater representation of the health issues affecting each country; reaching vulnerable and susceptible populations; knowledge and technology transfer; human resources in health; health financing mechanisms; health services development, especially in relation to the renewal of primary health care; streamlining of the Organization to ensure harmonization of programs and focus of resources; identification of new and re-emerging conditions that continued to place a burden on or had a potential to affect health; and realizing the United Nations Millennium Development Goals.

The CARICOM countries supported the draft resolution and the allocation of regional PAHO resources to support the process.

El Dr. RUÍZ MATUS (México) comenta que México ha participado activamente en la discusión de la Agenda de Salud para las Américas y coincide en la necesidad de que en el texto se retomen los compromisos adquiridos por los Estados de la Región.

Asimismo, se suma a la promoción y la aplicación de los principios y valores que la fundamentan, en particular la participación social en la definición de políticas públicas y en la evaluación de los resultados de la misma.

México ha participado enviando al grupo de trabajo comentarios y observaciones puntuales a cada uno de los puntos de los borradores de la Agenda. Considera importante que en la misma se consagre el principio de anticipación, para adelantarse a la morbilidad y fortalecer a los individuos frente a los determinantes negativos. En la Agenda debe constar con más claridad la necesidad de dar más énfasis a la promoción de salud y la prevención, favoreciendo la preservación de la salud y no sólo la atención de los enfermos.

En la Agenda hay que plantear la atención integral de las personas de acuerdo con la edad y el sexo, y no utilizar un enfoque segmentado por programas y estrategias, y se tiene que destacar la participación social, que debiera mantenerse o aumentarse progresivamente en la Región fortaleciendo las redes sociales de apoyo con la participación creciente de todos los sectores y reforzando constantemente las alianzas estratégicas pública y privada. En este punto, hay que impulsar el aval ciudadano, con la finalidad de mejorar la participación de la sociedad y la comunidad con corresponsabilidad.

Es necesario poner atención al rubro de protección contra los riesgos sanitarios, así como al desarrollo de la evaluación y análisis de riesgos, para sustentar en evidencias las decisiones regulatorias, y al establecimiento de agencias profesionales de ámbito federal y local para el monitoreo de la vigilancia, inspección e intervención.

También hay que explicitar en la Agenda el creciente deterioro del medio ambiente, así como los cambios de la estructura y dinámica de la población, que van de la mano de los estilos de vida dañinos para la salud.

México ha pedido que se ponga más énfasis en la salud reproductiva, las adicciones, la tuberculosis y algunas zoonosis. Por otra parte, la Agenda tiene que ser coherente con las resoluciones aprobadas por la OPS y la OMS, y tiene que asegurarse el adecuado seguimiento de esas resoluciones a nivel internacional y regional.

Por último, el orador informa de que su país respalda el proyecto de resolución presentado, pero solicita que en él se establezcan claramente los mecanismos de discusión y seguimiento en el corto plazo.

El Dr. ASTURIAS, (Guatemala) considera trascendental la armonización de las metodologías para evaluar una agenda común y llegar al consenso a ese respecto, así como que el proceso de elaboración sea participativo y abierto. Por esa razón, respalda las observaciones de la delegación del Brasil. La metodología y el diseño de la preparación de la Agenda panamericana sentarán las bases de la priorización de los problemas, su abordaje y, eventualmente, su control.

El Lic. TOBAR (Argentina) recuerda que su país ha participado activamente en el grupo de trabajo y señala que, dado el carácter federal de la Argentina, la etapa de consulta y elaboración de consenso que ahora se inicia deberá necesariamente incluir a las entidades subnacionales. Propone que, para obtener el máximo respaldo a la Agenda, esas consultas incluyan también a entidades regionales tales como el MERCOSUR, el Organismo Andino de Salud y la CARICOM.

La Dra. AMARAL (Chile) expresa su satisfacción por el acuerdo logrado en el grupo de trabajo respecto de los valores y principios que orientan la Agenda y en la definición de las áreas estratégicas de desarrollo que hay que impulsar en el próximo diseño. En la elaboración del documento definitivo no hay que transformar el texto actual en un tratado detallado y extenso que pierda su sentido presente de orientación básica y de rápida lectura, fundamento de los planes estratégicos de la OPS y otras agencias con intereses en salud en la Región. El calendario y las actividades diseñadas para asegurar la participación de la totalidad de los países en la confección de la Agenda definitiva han de contar con la acogida y el compromiso político necesarios para que el documento final sea sentido como propio por todos los Estados Miembros.

El Dr. ALVARADO (Venezuela) propone que la expresión “estilos de vida” que se utiliza a menudo en el texto de la Agenda sea sustituida por la expresión “condiciones de vida”, puesto que la primera tiene un matiz culpabilizador y da a entender que el modo de vida ha sido una opción elegida por el individuo, mientras que la segunda evoca más

las condiciones sociales. Las consecuencias de la violencia, la falta de agua o la pobreza, por ejemplo, no se pueden considerar estilos de vida por los que ha optado la población, sino condiciones de vida a las que hacen frente.

Considera que hay que dar más relevancia en la Agenda a la participación social y comunitaria, que se aborda de forma insuficiente.

El Dr. ALLEYNE (Panamá) da las gracias en nombre del grupo de trabajo por las observaciones recibidas, pues todas ellas fortalecen la Agenda de Salud para las Américas. El período de siete meses de consulta que ahora comienza permitirá que el texto definitivo incorpore una visión mancomunada que guiará al conjunto de las Américas. Los medios técnicos puestos a punto por la Secretaría facilitarán el intercambio de ideas y puntos de vista, para que el borrador actual pase a ser un documento definitivo avalado por el conjunto de los Estados Miembros, con el aporte de otros organismos y organizaciones no gubernamentales.

El Dr. GUTIÉRREZ (OPS), aclara que en la próxima sesión del Comité Ejecutivo se definirá el mecanismo de participación de los diversos actores que intervienen en la elaboración del documento. Los siete meses en que el texto estará en consulta permitirán una participación plena no sólo de los gobiernos sino también de las agencias internacionales.

La DIRECTORA da las gracias a los miembros del grupo de trabajo y a quienes participaron a través del mecanismo de consultas, y en particular agradece la labor del Ministro de Salud de Panamá y el apoyo prestado por su Gobierno.

La idea de contar con un documento de trabajo inicial partió de los propios gobiernos, que consideraron útil contar con ese instrumento para orientar las discusiones. Merece señalarse que el Comité Ejecutivo, antes de decidir la creación del grupo de trabajo, ordenó una revisión completa de todos los mandatos a nivel regional, global, de las Naciones Unidas, de la propia Organización Mundial de la Salud y de otras organizaciones relacionadas con la salud y los mandatos de las reuniones de ministros subregionales de la Región de las Américas, para dotar el texto de una base de mandatos que sirva para arrancar con los compromisos establecidos por todos los gobiernos.

Por otra parte, se ha realizado ya una intensa labor de sensibilización de las demás organizaciones. La propia Directora presentó el proceso al Grupo de Directores Regionales de las organizaciones de las Naciones Unidas y va a hacerlo también en la reunión de directores de las organizaciones de las Naciones Unidas prevista para finales de año. Se ha expuesto el proceso también a observadores como España y Portugal, quienes se han mostrado muy interesados; al Fondo Indígena; a la Organización Iberoamericana de Juventudes y a la Conferencia Interamericana de Mujeres. Se va a presentar el documento a organizaciones religiosas de la Región, para tener en cuenta sus opiniones y su contribución, así como a diversas escuelas de salud pública.

Cabe señalar que en la versión más reciente del documento ya se han tenido en cuenta las observaciones del Banco Mundial, que se ha adherido a todos los principios de la Agenda y se ha mostrado muy interesado en adoptarla y apoyarla. Se han incorporado también los comentarios del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

## **INSERT RESOLUTION**

### **BRASIL:**

O Delegado do Brasil disse não ter nenhuma objeção com relação à proposta apresentada, querendo apenas reiterar o que a delegação dissera no início deste ponto, de que o Brasil não vinha participando desses trabalhos e que a importância do mesmo é estratégica para toda a Região e que o país não queria ser excluído. Mencionou que o Brasil era parte da OPAS, e quer ser informado de quando se realizam as reuniões para que possa tomar as providências para participar ativamente em todo o processo; e ter conhecimento de todos os documentos elaborados para a construção da agenda para as Américas.



Enfatizou a importância de que todos os processos da Organização sejam abertos à participação coletiva dos Estados, não sendo possível construir itens relevantes para a Organização sem a participação ativa dos Estados Membros.

Finalizando, pediu ao Secretariado que quando houvesse reuniões que interessem ou possam interessar a todos os Estados Membros, que comunicassem, informassem e os convidassem a participar, ficando a maneira de participar a ser decidida por cada Estado Membro.

The PRESIDENT said that the Secretariat would ensure that Brazil was kept informed and given every opportunity to participate in finalizing the Agenda for Health.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) da seguridades al delegado del Brasil de que ese país participará plenamente en las consultas venideras, y que sus opiniones se tendrán en cuenta, igual que las de todos los demás países. El Brasil nunca fue excluido de los debates, y nunca lo será.

*Decision:* The proposed resolution was adopted.<sup>1</sup>

*Decisión:* Se aprueba el proyecto de resolución.<sup>1</sup>

ITEM 4.2: METHODOLOGY FOR THE FORMULATION OF THE STRATEGIC  
PLAN FOR THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, 2008-2012  
PUNTO 4.2: MÉTODO PARA FORMULAR EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 2008-2012

---

<sup>1</sup> Resolución CD47.R3.

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) recuerda que el Comité Ejecutivo, en su 136.<sup>a</sup> sesión, celebrada en junio, examinó el método propuesto para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012. El método había sido respaldado anteriormente por el Subcomité de Planificación y Programación en su 40.<sup>a</sup> sesión, en el mes de marzo anterior.

En el curso del examen de este tema por el Comité, se aclaró que el Plan Estratégico definiría la respuesta de la Oficina a las metas determinadas por los Estados Miembros en la Agenda de Salud para las Américas. El Plan Estratégico trazaría, específica y exclusivamente, el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se esperaba comenzar a formularlo después de finalizar el proyecto de la Agenda de Salud. Como se mencionó anteriormente, el primer proyecto de la Agenda de Salud será presentado al Comité Ejecutivo cuando éste se reúna el viernes, 29 de septiembre, inmediatamente después de terminar el 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

El Comité aprobó la resolución CE138.R21, por la cual recomienda que el Consejo Directivo apruebe el método y el cronograma para la formulación del Plan Estratégico como se especifica en el documento CD47/9.

The PRESIDENT, responding to a query from Mr. ABDOO (United States of America), said that his delegation's proposed amendment to the draft resolution would be taken up later in the session.

ITEM 4.3: PERFORMANCE ASSESSMENT REPORT OF THE BIENNIAL PROGRAM BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2004-2005

PUNTO 4.3: INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS BIENAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2004-2005

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) recuerda que en su 138.<sup>a</sup> sesión, celebrada en junio, el Comité Ejecutivo examinó la evaluación de la ejecución del presupuesto bienal por programas para 2004-2005. Al Comité le pareció que el informe proporcionaba un panorama razonablemente bueno de los resultados previstos, los logros y las enseñanzas extraídas del presupuesto bienal por programas 2004-2005.

Los miembros del Comité reconocieron que el informe representaba un intento de aplicar la presupuestación y la gestión orientados a la consecución de resultados, y aplaudieron el intento de vincular las asignaciones de los fondos del presupuesto ordinario y los fondos extrapresupuestarios con los objetivos declarados en cada área de trabajo.

Señalaron que el informe ponía de relieve la necesidad de enunciar claramente los resultados previstos e indicadores desde el principio, como el primer paso crucial para lograr la gestión orientada a la consecución de resultados.

El Comité consideró que las enseñanzas extraídas en el informe eran particularmente útiles, y le complació observar que esas lecciones ya se estaban aplicando en el bienio 2006-2007 en curso. Se sugirió que también sería útil, para fines de la programación futura, incluir un análisis de los obstáculos que habían impedido el

logro de los resultados previstos en algunas áreas. Se alentó a la Oficina a que en el futuro incluyera a los países en las evaluaciones de la ejecución del presupuesto de fin de bienio, ya que sus puntos de vista podían ayudar a enriquecer el análisis de los resultados, especialmente en la parte cualitativa.

Mr. PREVISICH (Canada) said that the Performance Assessment Report provided Member States with a reasonably good overview of the expected results, Achievements and Lessons learned in all areas of work, the Program within the Organization and the related budgeting and expenditure. It could be further honed and used as a tool by the Secretariat for streamlining its areas of work for maximum efficiency, and for selecting qualitative and quantitative indicators. Then, in turn, could serve to strengthen the next planning cycle, including the five and ten year Strategic Plan, for the collective action of all countries as part of the Health Agenda for the Americas.

The Health and Human Security area of work had achieved 94% of its objectives while spending 122% of the original budget of US\$ 7.8 million, an impressive result. It might be useful for Member States to receive further information on the specific country commitments that were being fulfilled as a result of the support offered. In the Nutrition and Food Security and Food Safety areas of work, the achievement levels hovered at 64% and 63% respectively, whereas expenditure had exceeded the respective budget allocations of 108% and 114%. An analysis of the cost effectiveness of the money spent was accordingly recommended. The only areas of achievement under Social Protection in

Health area of work pertained to gender and health, for which the Secretariat was to be congratulated. The other objectives had remained sadly underachieved, however. If PAHO was serious about equity issues, the approach being adopted in that Area of work should be given additional attention. The same was true for Health Services Delivery, which had achieved only 62.9% of its Expected results, with a rather poor rating of 8.3% in the category of programs to ensure and improve the quality of care.

Mr. ABDOO (United States of America) said his delegation supported the remarks by the delegate of Canada and commended the Director and her staff for the excellent report. The United States looked forward to receiving equally good reports in the future as an assessment tool.

El Dr. GUTIÉRREZ (OPS) aclara que la Organización se encuentra en un proceso de cambio y trata de mejorar los informes que prepara. El presente informe tiene ciertas limitaciones, como se ha reconocido. Se trata sólo de una autoevaluación, carente de líneas basales. No obstante, supone un primer paso que permitirá, a partir de la evaluación siguiente, incluir la gerencia basada en los resultados y la agregación de resultados, en consonancia con la OMS. El orador da las gracias por todas las observaciones recibidas, algunas de las cuales ya se han tenido en cuenta en el addendum al informe.

*The meeting was suspended at 10:00 a.m. and resumed at 10:30 a.m.  
Se suspende la reunión a las 10.00 a.m. y se reanuda a las 10.30 a.m.*

ITEM 4.13: HUMAN RESOURCES IN HEALTH – CRITICAL CHALLENGES FOR  
THE REGION OF THE AMERICAS: ROUND TABLES  
PUNTO 4.13: LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD: RETOS  
FUNDAMENTALES PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS:  
MESAS REDONDAS

The PRESIDENT drew attention to document CD47/19 and introduced Dr. Gilles Dussault of the Institute of Hygiene and Tropical Medicine at the New University of Lisbon in Portugal. Dr. Dussault had worked for six years at the World Bank Institute, after a long career at the University of Montreal. Policies on human resources for health had been a constant interest during his career. He currently chaired an evaluation committee of the Canadian Health Services Research Foundation. He invited Dr. Dussault to make a presentation.

El Dr. DUSSAULT (Instituto de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad Nueva de Lisboa) dice que los recursos humanos en salud son una de las cuestiones fundamentales para el éxito de las políticas nacionales que procuran mejorar el desempeño de los sistemas de prestación de servicios de salud. Una fuerza laboral con buen desempeño es el factor crítico y determinante del desempeño de los servicios. Las buenas condiciones de las infraestructuras y equipos no sirven de nada si las personas que prestan los servicios no están disponibles, están ausentes de su trabajo o están en huelga. Por otra parte, los trabajadores de salud bien entrenados sin las herramientas y los

suministros apropiados tampoco pueden hacer mucho. Y aún cuando se tienen todos los ingredientes, si los trabajadores no están motivados, los servicios no se desempeñan bien.

En los últimos años se ha intensificado con éxito la promoción para generar políticas de recursos humanos en salud y para convencer a los encargados de las decisiones de que adopten medidas para mejorar el desempeño del personal. Ahora el desafío estriba en pasar de la promoción a la acción, para lo cual hay que conocer mejor los problemas que deben abordarse.

Para poder definir las estrategias de mejora del desempeño, es preciso definir el “desempeño del personal de salud” y comprender mejor los factores que influyen en él. Una fuerza de trabajo con buen desempeño es una que es suficiente en número, está distribuida de forma equilibrada por categorías ocupacionales, por niveles de atención y zonas geográficas, adecuadamente capacitada y motivada para dar servicios eficaces de manera eficiente.

Los problemas que hay que abordar son conocidos y se refieren a los desajustes en el número y la distribución de los trabajadores por categoría ocupacional. La mayoría de los países de bajos ingresos padecen escasez de personal de salud en todas las categorías. Escasez aquí se define desde una perspectiva de salud pública, no económica: significa no tener suficientes trabajadores para satisfacer las necesidades de salud de una población. En los países de ingresos medianos, y tal vez los ricos, son más frecuentes los desajustes entre los diversos grupos ocupacionales. Otro problema es el de los desajustes geográficos que existen en todas partes, no sólo entre zonas rurales y urbanas, sino

también entre las zonas de diferentes niveles socioeconómicos de las grandes ciudades. También existe el problema de los desajustes de género, que suelen pasarse por alto aunque pueden tener consecuencias importantes. Otro problema es la desconexión entre la capacitación de los trabajadores y el conocimiento y las aptitudes que necesitarán cuando entren al mercado laboral. Además, están los problemas de productividad: escasa productividad, es decir, subutilización de la capacidad disponible, o productividad excesiva, o productividad inapropiada, como la inducida por la remuneración por servicios prestados. También cabe citar la insatisfacción de muchos trabajadores con sus condiciones de trabajo, en particular las del contrato de trabajo. Por último, está el problema de la migración en busca de oportunidades mejores. La migración del sector de salud a otros sectores, de zonas rurales a zonas urbanas, de países pobres a países ricos es un problema importante para los países que exportan, pues conlleva más escasez y mayores desajustes, la pérdida del rendimiento de la inversión en formación y un acceso reducido a los servicios. Los países receptores también experimentan problemas por depender de la migración para paliar la escasez: cómo garantizar la calidad, cómo resolver el problema del ajuste cultural, los problemas de idioma y de valores; todo ello genera una incapacidad para desarrollar estrategias de contratación dentro de sus propios países.

El orador manifiesta que una vez conocidos los problemas, hay que diseñar una estrategia firme y potencialmente efectiva. Los problemas deben verse como los síntomas y las consecuencias de “enfermedades” más profundas. Es fundamental reconocer los



factores determinantes que influyen en ellos y cómo lo hacen; de lo contrario, no se encontrarán soluciones específicas. Se necesita mayor claridad conceptual acerca de las dimensiones del desempeño del personal de salud y de sus factores determinantes, y de las conexiones entre ellos. Un primer paso es comprender los nexos entre el personal de salud y el desempeño de los sistemas de prestación de servicios. Puede definirse el desempeño de un sistema de prestación en términos de acceso equitativo, eficacia, eficiencia, capacidad de respuesta a las expectativas de los usuarios y protección contra el riesgo financiero inducido por los problemas de salud. Esto viene condicionado por el desempeño del personal de salud y muchos otros factores, como las políticas de salud, insumos, infraestructura, información y conocimiento, recursos financieros y procesos como la rectoría y administración gerencial. El segundo paso es definir el nexo entre el desempeño del personal de salud y el de los sistemas de prestación de servicios. El desempeño de la fuerza de trabajo tiene cuatro dimensiones importantes: cobertura, es decir, el grado en que el personal de salud presta servicios a los diversos subgrupos de la población y suministra la amplia gama de servicios necesarios; productividad, que se refiere a los resultados extraídos de los insumos disponibles; calidad técnica, es decir, el grado en que los proveedores producen servicios según las normas profesionales como cabe esperar en el ambiente en que trabajan; y calidad de servicio, es decir, el grado en el que los proveedores prestan servicios aceptables para los usuarios, satisfacen sus expectativas y están organizados de manera que los hacen accesibles social y culturalmente.

Esas cuatro dimensiones del desempeño del personal de salud se ven afectadas por numerosos factores dentro y fuera del sector de salud, que pueden organizarse en cuatro categorías: factores individuales, relacionados con los trabajadores; factores organizacionales; factores del sector de salud, y factores ambientales más amplios.

El orador continúa su intervención en inglés.

Various messages could be derived from that analysis. The first was that there was a need to augment knowledge and information levels. Uninformed interventions were more likely to be arbitrary or based on criteria such as political advantage, personal interest, or pressure of professional groups. Although such factors would always be present, good information could limit their potentially negative impact. Health professionals were sensitive to economic incentives when choosing a career, a specialty, or a practice location, or in deciding how much effort to invest in their work, but economic incentives were not sufficient to influence major decisions. What worked with a specific group, for instance doctors, did not necessarily work with another group, such as pharmacists or nurses. What worked in one country or at a particular time might not work at another. It was difficult to know which incentive or combination of incentives would work at a specific time and place.

To policymakers it told that economic incentives, although important, had to be complemented with professional incentives such as access to continuing education, learning tools, contacts with colleges, career growth opportunities, and with personal incentives such as housing support and support for the education of children. It told

them that studies were needed to understand the needs and expectations of the various categories of health personnel with a view to designing properly adapted packages; that incentives were likely to have an impact that was limited over time and that packages had to be assessed and reviewed from time to time; and that involving the major stakeholders, starting with the health workers themselves, augmented the acceptability of interventions.

A second message was the importance of intervening at the determinant level. Before acting to augment productivity, for example, it was important to understand why productivity was low. Whether it was because of factors related to the workers themselves, such as insufficient training or lack of motivation, or organizational factors such as inefficient work procedures, lack of equipment, poor working conditions or major occupational risks, or health sector factors such as highly centralized decision-making or poor labour management, or because of broader environmental factors such as civil service policies, government remuneration policies, or even educational models. Interventions to improve productivity would probably need to be a mix of actions at different levels. They were not easy to design and required a strategy rather than a series of reactive, piecemeal actions.

A third message was that isolated actions were unlikely to have a major and lasting impact. Given the interconnections between the various factors at play, the effectiveness of acting on one category while ignoring others was very limited, hence the need to design comprehensive approaches. Very often in the past, interventions had been carried out at one level, training for example, as if improving training alone without

touching on working conditions or incentives would solve the problems. A huge waste of energy and resources had ensued, simply because the approach was not sufficiently comprehensive.

A fourth message was that interventions would be a mix short, medium and long term. Some problems, such as reforming the education of health workers, were more complex and would require long-term interventions. One problem was how to ensure continuity beyond changes of administrative and political leadership. How could sound interventions that required many years to unfold and produce effects be sustained in spite of such changes? The greater the support the intervention had from the main stakeholders, the higher the probability of continuity. Many actions could be delegated to the workers themselves and to their organizations, to ensure better continuity.

A final message was that alliances were needed for health workforce interventions to be effective. Many of the various dimensions and determinants of performance fell outside the control of the health sector. The education of the most qualified providers was usually under the control of universities and autonomous bodies, and conditions of remuneration and employment, career structures, and systems of incentives were often under the control of finance ministries or the civil service. Within the health sector itself, professional unions, associations, and councils, which might have different views on the nature of the problem's were and the acceptability of interventions, had to be dealt with. Health workers were not a passive input as the expression "human resources for health" implied. They were actors who could oppose change or facilitate it. To ignore that

reality, as was the case in many countries, was to guarantee the failure of most interventions.

His message to the health ministries was that, given the complexity of problems, the multiple concerns, the interconnections between various processes, the diversity of actors and of competing interests, health workforce issues or policies could not be addressed in a mechanical manner, through formal processes, by unprepared bureaucrats. Such problems required a clear understanding of their technical, economic, and political dimensions as well as advocacy and communications skills, vision, and perseverance. Ministries should be prepared to invest in a pool of highly qualified and visionary professionals, but they must also put in place mechanisms to retain them: once people developed skills, they were more marketable and could move to better job opportunities. Ministries needed to recognize that professionals had a role in policy design and implementation. That did not cost much, but was politically difficult. Ministries should seek alliances with other critical actors within and outside governments, in particular with international agencies.

PAHO could make a major contribution by supporting the establishment of a database to inform strategy; and training of individuals to collect, analyze and disseminate appropriate data.

Another task would be to collect, analyze and disseminate information on and good examples of action to enhance performance. There were various examples in the Region, such as Project UNI in Brazil, funded by the Kellogg Foundation, and Canada's

recent efforts on recruitment and retention of nurses. Useful experience from elsewhere in the world included work in: Thailand, which had a long track-record of policy development; the Islamic Republic of Iran on coverage; and Bangladesh, which was using community workers. Problems were specific to time and context, so that a blueprint or imported solutions were not suitable. Strategies to improve the performance of the workforce must be homemade but should be developed in the light of information about what was right, what worked and what did not work.

PAHO could also play an important role in mobilizing the commitment of political leaders and other stakeholders, including health-care workers themselves. Given its nature and status as a technical agency, it could offer unbiased advice and help ensure that health-workforce interventions could be sustained through changes at the political decision-making level. Those tasks could be performed by the network of observatories of human resources launched by the Organization. The network currently covered around a dozen countries; expansion across the Region would require a considerable investment by PAHO in collaboration with other interested parties. PAHO would need to take the initiative in seeking support in order to make progress. The Toronto Call to Action for a Decade of Human Resources in Health in the Americas (2006-2015) arising from the Seventh Regional Meeting of the Observatories of Human Resources in Health, held in Toronto, Canada, in October 2005, contained a series of proposals to countries and to PAHO.

His paper contained a few paragraphs about the financing of future activities, which he had not had time to cover in his presentation. The question of fiscal space was critical, and he would be happy to discuss that informally with anyone interested. The political and financial costs of action would be high so would the benefits, the cost of not addressing the problems would be even higher and there would be no benefits. He hoped that his remarks would help PAHO and Member States to address the issues involved, which were complex but must be tackled if populations were to receive the services they needed and deserved.

The PRESIDENT thanked Dr. Dussault for his presentation, which had set the stage for the round table discussions. He invited delegates who had registered their participation to proceed to the rooms designated for the three round tables, which he hoped would prove fruitful.<sup>2</sup>

*The meeting rose at 11:30 a.m.  
Se levanta la reunión a las 11.30 a.m.*

---

<sup>2</sup> A summary record of the three round tables is provided in the Annex.

<sup>1</sup> Las actas resumidas de las tres mesas redondas figuran en el anexo