



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# **SÉPTIMA SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, del 20 al 22 de marzo del 2013*

---

SPBA7/FR (Esp.)  
17 de abril del 2013  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión</b> .....	3
<b>Mesa Directiva</b> .....	4
<b>Adopción del orden del día y del programa de reuniones</b> .....	4
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Anteproyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 .....	4
Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al 2014-2015 .....	10
Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.....	13
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	15
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS.....	16
<b>Asuntos administrativos y financieros</b>	
Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al año 2012.....	18
Modificaciones al Reglamento Financiero y las Reglas Financieras .....	20
Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros .....	21
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS.....	23
Plan Maestro de Inversiones de Capital .....	24
Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	25
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	27
<b>Asuntos de información general</b>	
Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso.....	30
Proyecto de orden del día provisional para la 152. <sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo .....	32
<b>Otros asuntos</b> .....	33
<b>Clausura de la sesión</b> .....	34
<b>Anexos</b>	
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	
Anexo D: Informe de la Sesión Especial del SPBA	

## INFORME FINAL

1. La séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C., los días 20 y 21 de marzo del 2013. Se celebró una reunión adicional el 17 de abril del 2013 usando un sistema de conferencias por Internet a fin de concluir el debate sobre dos asuntos. El informe de esta reunión se encuentra en el anexo D.

2. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes siete Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Argentina, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, República Dominicana y Suriname. Los delegados de Brasil, Canadá, Colombia, México, Panamá y Perú asistieron en calidad de observadores.

### **Apertura de la sesión**

3. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]) inauguró la sesión y observó que era su primera reunión de los Cuerpos Directivos como Directora. Reiteró su gratitud a los Estados Miembros por haberle encomendado la tarea de conducir la Organización y subrayó la importancia de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, tanto para ella como para el resto del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP o la Oficina). Estas reuniones brindaban al personal la oportunidad de poder escuchar directamente las opiniones de los Estados Miembros acerca de una variedad de temas y también de que el personal pudiera proporcionar a los Estados Miembros información oportuna sobre las actividades de la Oficina, lo que contribuye a velar por la transparencia y la rendición de cuentas en su trabajo. Esperaba que el debate fuera franco y abierto.

4. Dos de los puntos del orden del día del Subcomité eran de especial importancia: el anteproyecto de Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015. Estos dos documentos se estaban preparando en el contexto más amplio de la reforma de la OMS y las deliberaciones continuas sobre el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y a la luz de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y la agenda mundial para el desarrollo después del 2015. Pidió disculpas por la publicación tardía de los documentos sobre esos puntos y prometió que en el futuro la Oficina se esforzaría siempre por que los documentos de los Cuerpos Directivos estuviesen disponibles con suficiente antelación ante de las reuniones para que los Estados Miembros pudieran examinarlos a fondo. Agradeció a los Estados Miembros que estaban participando en los procesos consultivos del Plan Estratégico y del Programa y Presupuesto, y también manifestó su agradecimiento al Gobierno de la Argentina por

haber dirigido la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas.

### **Mesa Directiva**

5. Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité en su séptima sesión:

<i>Presidencia:</i>	El Salvador	(Dr. Matías Villatoro)
<i>Vicepresidencia:</i>	República Dominicana	(Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo)
<i>Relatoría:</i>	Jamaica	(Dra. Jean Dixon)

6. La Directora fue la Secretaria *ex officio* y el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP) actuó como Secretario Técnico.

### **Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPBA7/1, Rev. 1 y SPBA7/WP/1)**

7. El Subcomité adoptó sin modificaciones el orden del día provisional presentado por la Directora (documento SPBA7/1, Rev. 1). El Subcomité también adoptó un programa de reuniones (documento SPBA7/WP/1).

### **Asuntos relativos a la política de los programas**

#### ***Anteproyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (documento SPBA7/2)***

8. El doctor Víctor Raúl Cuba (Perú, Presidente del Grupo Consultivo de los Países) introdujo el anteproyecto del Plan Estratégico 2014-2019 en nombre del Grupo Consultivo de los Países (CCG), que había sido conformado por el Comité Ejecutivo en septiembre del 2012<sup>1</sup> como una manera de asegurar la apropiación de los Estados Miembros del Plan Estratégico y su participación en la elaboración tanto del Plan como del Programa y Presupuesto 2014-2015 (véanse los párrafos 26 a 36 más adelante). El CCG había celebrado una reunión virtual el 19 de febrero del 2013 a fin de examinar los esbozos del Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto, y había formulado una serie de observaciones y recomendaciones generales, que se encontraban en el *aide-mémoire* en el anexo B del documento SPBA7/2.

9. El CCG había reconocido la importancia de armonizar el plan regional con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, pero había destacado la necesidad de prestar la debida atención a las prioridades y especificidades regionales, y de

---

<sup>1</sup> Decisión CE151(D9).

diferenciar entre los contextos regionales y mundiales. También se había hecho hincapié en la necesidad de procurar que los determinantes de la salud se reflejaran explícitamente de una manera transversal. El CCG también había hecho recomendaciones específicas con respecto a las seis categorías planteadas en el Plan Estratégico; esas recomendaciones también aparecían en el *aide-mémoire*.

10. La doctora Amalia del Riego (Asesora Principal, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP) presentó un panorama del anteproyecto de Plan Estratégico, e indicó que Plan y el Programa y Presupuesto para el 2014-2015 se estaban elaborando simultáneamente como parte del mismo proceso, lo que aseguraría una congruencia absoluta entre los dos documentos. Ese proceso estaba en curso y el documento seguiría evolucionando, para reflejar las contribuciones recibidas de los Estados Miembros por intermedio del CCG. Algunas consideraciones clave que estaban configurando el proceso eran la apropiación y participación de los Estados Miembros y del personal de todos los niveles de la Oficina; el equilibrio en la respuesta a los mandatos regionales y mundiales y las prioridades colectivas de los países; la finalización del Plan Estratégico 2008-2013 de la OPS actual y del tercer programa y presupuesto bajo ese Plan; la visión de la Directora (“En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad”); la consolidación de la gestión basada en resultados, haciendo hincapié en la rendición de cuentas, la transparencia, la simplicidad y la eficiencia; y la simplificación y convergencia programática con el Duodécimo Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas de la OMS, aplicando un “enfoque de triple A”: adopción del marco de la OMS, adaptación de este marco para reflejar las especificidades regionales, y agregado de elementos para tener en cuenta las prioridades regionales específicas que no estuvieran bien señaladas en el programa mundial.

11. En consecuencia, se propusieron modificaciones y agregados en varias de las categorías establecidas en el Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo. Por ejemplo, en la categoría de enfermedades prevenibles mediante vacunación, la Región se centraría en el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en lugar de la propia erradicación, puesto que la enfermedad ya se había erradicado en las Américas; y en el área de la integración de las cuestiones de género, equidad y derechos humanos, el Plan Estratégico incluiría un componente en relación con aspectos interculturales de la salud y los grupos marginados, de manera de indicar la importancia de la diversidad cultural en la Región. Esas modificaciones y agregados, que habían sido recomendados por el CCG, aparecían subrayados en el cuadro 1 del documento SPBA7/2.

12. De manera compatible con la Política del Presupuesto de la OPS adoptada en septiembre del 2012,<sup>2</sup> el Plan Estratégico asignaría la prioridad a siete países clave: Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname. Se recomendó

---

<sup>2</sup> Resolución CSP28.R10 (2012).

que Guyana también se considerara como un país clave puesto que así estaba clasificado en el Plan Estratégico 2008-2013 actual y seguía siendo un país pobre muy endeudado.

13. El plan incorporaría varios temas transversales, definidos como enfoques programáticos para mejorar los resultados en materia de salud y reducir las desigualdades en torno a la salud. Esos temas serían aplicables a las seis categorías. Los temas propuestos fueron la equidad de género, la equidad en la salud, los derechos humanos, la diversidad cultural y los determinantes sociales de la salud. La promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social en cuanto a la salud también se incorporarían como enfoques estratégicos. Se estaba elaborando un marco de establecimiento de prioridades para guiar la asignación de recursos y proyectar la movilización de recursos necesaria para la ejecución del Plan Estratégico. Ese marco estaría en consonancia con la Política del Presupuesto de la OPS y el marco de gestión basada en resultados. La metodología del establecimiento de prioridades sería objetiva y científica, y sería validada y aplicada por el CCG.

14. Las versiones preliminares completas del Plan Estratégico y del programa y presupuesto se harían circular entre los miembros del CCG a más tardar el 15 de abril en preparación para una reunión presencial del Grupo a finales de abril. Se mantendrían consultas virtuales con los Estados Miembros del 11 al 13 de junio y las versiones preliminares completas, en las que se hayan incorporado las contribuciones recibidas, se someterían a la consideración del Comité Ejecutivo en su 152.<sup>a</sup> sesión (del 17 al 21 de junio). Las versiones revisadas con las contribuciones recibidas del Comité se harían circular a más tardar el 22 de julio y se celebraría una reunión virtual del CCG el 30 de julio a fin de considerar las versiones revisadas de ambos documentos. De ser necesario, se celebrarían reuniones informativas virtuales sobre las versiones revisadas con los Estados Miembros del 9 al 12 de septiembre, antes del 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo (30 de septiembre al 4 de octubre) y las propuestas finales se someterían luego a la consideración del Consejo para su aprobación.

15. El Subcomité recibió con beneplácito la manera transparente y participativa en la que se estaba elaborando el Plan Estratégico y manifestó su gratitud al Gobierno del Perú por su conducción del CCG y a la Oficina por su facilitación del proceso de consulta. Se señaló que, a pesar de que incluir a los Estados Miembros en la formulación del Plan quizá hiciese que el proceso sea más lento y más difícil, aumentaría su sentido de pertenencia del Plan y su compromiso con su ejecución. Se manifestó apoyo general a la estructura del Plan descrita en el documento SPBA7/2, aunque algunos delegados comentaron que, debido a la escasez de detalles sobre el contenido del Plan, era difícil visualizar el producto final y ver cómo se usaría el documento para guiar la planificación y la presupuestación, en particular con respecto a las áreas que estaban vinculadas o eran transversales. Varias delegaciones indicaron que presentarían por escrito los cambios propuestos para el anteproyecto.

16. Los delegados consideraron importante que el Plan estuviese alineado y en sintonía con el Programa General de Trabajo de la OMS, pero también subrayaron la necesidad de adaptarlo para reflejar las características regionales específicas y para atender las necesidades y las prioridades regionales, en particular aquellas identificadas en la Agenda de Salud para las Américas. Entre esas prioridades, abordar los determinantes sociales de la salud, reducir las brechas y las inequidades, y asegurar un enfoque de la totalidad del ciclo de vida se consideraron especialmente importantes. También se subrayó la necesidad de emprender una acción intersectorial para abordar los determinantes de la salud que estaban fuera del control directo del sector de la salud. Los delegados señalaron algunas otras áreas que debían ponerse de relieve en el Plan Estratégico, como la importancia de satisfacer los requisitos de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (2005); el mejoramiento de la infraestructura sanitaria; el fortalecimiento de los sistemas reguladores para asegurar la disponibilidad de productos médicos inocuos, eficaces y de alta calidad; y el mejoramiento de la capacitación de los recursos humanos para la salud. La seguridad alimentaria y la prevención y el control del dengue también se consideraron temas importantes.

17. Un delegado, a pesar de que se manifestó de acuerdo en que el Plan Estratégico debía poner de relieve las prioridades regionales al nivel programático, dijo que las categorías del Plan Estratégico de la OPS debían ser las mismas que las del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Le inquietaba que las diferencias entre las categorías de los dos documentos pudieran crear confusión, atentar contra la coherencia dentro del sistema de la OMS y dificultar el seguimiento del progreso. Otros delegados se manifestaron en desacuerdo y argumentaron que la alineación con la OMS no significaba que la estructura del Plan Estratégico tenía que ser idéntica a la del Programa General de Trabajo y que las diferencias mostraban la importancia mayor que la Región acordaba a ciertos temas, en particular a los determinantes sociales de la salud.

18. Varios delegados opinaron que los determinantes de la salud no recibirían prioridad ni recursos adecuados a menos que estuvieran incluidos explícitamente en una categoría. Un delegado cuestionó la utilidad de que las categorías del Plan Estratégico coincidieran con las del Programa General de Trabajo de la OMS, dado que no solo la OMS no asignaría recursos adicionales a la Región de las Américas para áreas en las que se observase una falta de progreso sino que, por lo general, no le entregaba a la Región su asignación total del presupuesto de la OMS. Una delegada subrayó que los Estados Miembros de la Región de las Américas, en particular aquellos que eran miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS, debían abogar en nombre de la Región para asegurar que los intereses y las prioridades regionales se tuvieran en cuenta de manera adecuada en el Duodécimo Programa General de Trabajo. Se opinó que este asunto debía ser tratado en mayor profundidad por el CCG. Para facilitar el debate, se pidió a la Oficina que aclarase las dificultades que pudieran surgir si las categorías del Plan Estratégico fueran diferentes de las del Programa General de Trabajo, en especial con respecto al seguimiento, la evaluación y la presentación de información.

19. Varios delegados destacaron la necesidad de procurar que en el nuevo Plan Estratégico se corrigieran las deficiencias encontradas en el Plan Estratégico 2008-2013 actual. Se propuso que en el análisis de la situación contemplado en la sección IV del Plan se debía tener en cuenta el progreso respecto de los diversos objetivos estratégicos y resultados previstos a nivel regional planteados en el Plan actual. También se sugirió que en el Plan Estratégico 2014-2019 debían determinarse las prioridades de liderazgo para el Director y la Oficina que estuvieran en consonancia con las determinadas para el Director General de la OMS en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo, aunque adaptadas al contexto regional. Algunos ejemplos incluían el desarrollo del sistema de salud de Haití (que la Directora ya había priorizado), la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la erradicación de la violencia contra la mujer, la promoción de la cobertura sanitaria universal y el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.

20. Con respecto al marco de establecimiento de prioridades a elaborarse conjuntamente con el Plan Estratégico, una delegada opinó que las prioridades determinadas en el Programa General de Trabajo de la OMS eran demasiado amplias y subrayó la necesidad de determinar prioridades que reflejasen la función y los recursos de la Organización y que ayudasen a asignar recursos para que se pudiese ejecutar el Plan. Otra delegada instó a un uso más eficiente y coherente de los recursos, en especial a nivel de país, y observó que una mayor coherencia entre las áreas programáticas y menos duplicación y fragmentación entre los programas de la OPS a ese nivel contribuiría a lograr una mejor gestión de los recursos. Varios delegados destacaron la necesidad de simplificar los procedimientos de vigilancia y notificación. Con ese fin, se consideraba esencial contar con puntos de partida, indicadores y parámetros claros para poder hacer comparaciones. Se subrayó la importancia de adaptar los productos y los resultados a mediano plazo (efectos) establecidos en el Programa General de Trabajo de la OMS al contexto regional.

21. La doctora Del Riego observó que el debate en el Subcomité era una manifestación de la apropiación de los Estados Miembros del Plan Estratégico. El asunto de la armonización del plan de la OPS con el Programa General de Trabajo de la OMS era algo que los Estados Miembros debían decidir. La función de la Oficina era apoyar a los Estados Miembros en el proceso de consulta y suministrar toda la información necesaria. Dijo que había tomado nota en detalle de todas las observaciones y recomendaciones sobre el contenido del documento y aseguró al Subcomité que la Oficina, en coordinación con el Gobierno de Perú y el CCG, garantizaría que se tuvieran en cuenta a medida que se avanzaba en la elaboración del Plan.

22. Las enseñanzas extraídas de las diferencias entre los objetivos estratégicos del Plan Estratégico actual de la OPS y los del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS habían mostrado que no solo era difícil para la OMS incorporar datos de los informes de la Región en sus informes mundiales, sino que también había sido difícil



para la Oficina ajustar sus sistemas y mecanismos de información para asegurar que sus informes estuvieran en consonancia con la cadena de resultados de la OMS. Las diferencias seguramente habían creado también retos para los Estados Miembros en su notificación de los indicadores de impacto y resultados. De acuerdo con lo solicitado, la Oficina suministraría mayor información para facilitar el debate en el CCG sobre este asunto.

23. La Directora dijo que, a pesar de que los Estados Miembros habían indicado claramente que la planificación estratégica de la OPS debía estar en consonancia con la de la OMS, el nuevo Plan Estratégico no tenía que ser idéntico al Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Había espacio para las especificidades y las diferencias regionales en la denominación de las categorías. Parecía probable que hubiera mayores diferencias entre el Duodécimo Plan General de Trabajo y el plan de la Región de las Américas que en el caso de otras regiones debido a la naturaleza dual única de la OPS y porque la Región estaba más avanzada en algunas áreas. Precisamente se había incorporado cierto grado de flexibilidad en el proceso de formulación del Programa General de Trabajo de la OMS a fin de permitir dicha especificidad regional.

24. Como había explicado la doctora Del Riego, eran los Estados Miembros quienes debían decidir sobre el formato final del Plan y estaba dentro de sus prerrogativas cambiar los títulos de las categorías o incluir otras áreas programáticas. Sin embargo, debía tenerse presente que si el plan regional difería considerablemente en cuanto a su alcance con el Duodécimo Programa General de Trabajo, tanto los Estados Miembros como la Oficina tendrían dificultades con respecto a la presentación de información y la evaluación. También debía recordarse que el Plan Estratégico guiaría el trabajo tanto de los Estados Miembros como de la Oficina y que los Estados Miembros también se evaluarían en cuanto a su capacidad de cumplir con el Plan. A pesar de que la Oficina sería la única responsable de los productos, los Estados Miembros y la Oficina compartirían la responsabilidad de los resultados a mediano plazo y del impacto general del Plan. La Oficina seguiría apoyando el trabajo del CCG, al asegurar que todos los Estados Miembros tuvieran la oportunidad de hacer comentarios y contribuciones para la formulación del Plan.

25. El Subcomité respaldó la estructura general del Plan Estratégico 2014-2019 según lo descrito en el documento SBPA7/2, con las modificaciones y los agregados sugeridos por los Estados Miembros y recomendó que el debate de la cuestión de las categorías y la convergencia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS debía seguir dentro del CCG.

***Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al 2014-2015 (documento SPBA7/3)***

26. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Programa y Presupuesto, OSP) presentó un resumen de las secciones clave del esbozo del programa y presupuesto propuesto para el 2014-2015 contenido en el documento SPBA7/3, y brindó información sobre el contexto de recursos para el presupuesto y la aplicación de la nueva Política del Presupuesto de la OPS. El programa y presupuesto coincidiría con las categorías, áreas programáticas, los resultados a mediano plazo y los productos, y con los indicadores de los resultados a mediano plazo y de los productos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y, por lo tanto, también coincidirían con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS (véanse los párrafos 8 a 25 anteriores). Sin embargo, se definirían indicadores de metas específicas para el bienio. Las prioridades programáticas para el bienio se establecerían en conformidad con el marco de fijación de prioridades al que se había hecho referencia durante las deliberaciones en torno al nuevo Plan Estratégico (véase el párrafo 13 anterior y el párrafo 10 en el documento SPBA7/2).

27. De acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, el presupuesto para las diversas áreas programáticas incluiría información sobre los recursos que provendrían del presupuesto ordinario, las contribuciones voluntarias y las contribuciones voluntarias nacionales. Estos últimos recursos no se habían mostrado como una fuente por separado en los presupuestos anteriores. Con respecto al contexto de recursos y las tendencias presupuestarias, se preveía que la asignación de la Región de US\$ 80,7 millones<sup>3</sup> del presupuesto ordinario de la OMS seguiría siendo la misma y no se tenía previsto que la situación con respecto a los ingresos varios mejorara significativamente (véase el *Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al año 2012*, párrafos 59 a 67 abajo). El análisis de la brecha de financiamiento entre los fondos previstos y los fondos realmente recibidos en el 2008-2009, 2010-2011 y la primera mitad del 2012-2013 mostraba un déficit cada vez mayor en cuanto a las contribuciones voluntarias recibidas, en gran parte porque la Región generalmente recibía solo 25% a 30% de su proporción asignada de las contribuciones voluntarias de la OMS. Tampoco se había previsto que esa situación fuera a mejorar.

28. De conformidad con la nueva política presupuestaria, el presupuesto se distribuiría entre los distintos niveles funcionales de la siguiente manera: 40% para el apoyo técnico directo a los países, 7% para el componente subregional, 18% para el componente entre países y 35% para el componente regional. La asignación de los países incluiría un componente mínimo, que aseguraría una presencia mínima de la OPS en cada país en el que la Organización mantenía una oficina y una asignación mínima para cubrir los gastos generales de funcionamiento; un componente basado en las necesidades; y un

---

<sup>3</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en este informe se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

componente orientado a la consecución de resultados. De acuerdo con la nueva política, algunas asignaciones de país aumentarían con respecto al bienio en curso, mientras que otras disminuirían. Los cambios se escalonarían a lo largo de dos bienios. La Oficina se había comprometido a movilizar los recursos necesarios para que las asignaciones de los países clave fueran al menos iguales a las cantidades que habían recibido en el 2012-2013. Como se había mencionado en las deliberaciones en torno al Plan Estratégico, se proponía mantener a Guyana como un país clave en el presupuesto 2014-2015. Se solicitó al Subcomité que considerara la posibilidad de respaldar esa propuesta.

29. En el debate que siguió, los Miembros del Subcomité apoyaron unánimemente la propuesta de incluir a Guyana como un país clave. También se apoyó la aplicación de la nueva política presupuestaria y los principios de la equidad, la solidaridad y el panamericanismo que la sustentaban. Se señaló que algunas asignaciones a los países aumentarían tanto como 174% según la nueva política y se pidió aclaración sobre si se contemplaba en la política algún límite máximo a los aumentos y las reducciones de las asignaciones a los países. También se señaló que las disminuciones de las asignaciones de algunos países podrían percibirse como una sanción por haber logrado mejorar las condiciones de salud a nivel nacional y, por consiguiente, podrían convertirse en un elemento disuasivo de un mayor avance.

30. El Subcomité recibió con beneplácito la cadena de resultados propuesta, que contribuiría a mejorar la rendición de cuentas y la transparencia, al igual que la gestión basada en resultados. El seguimiento y la evaluación se consideraron cruciales para una gestión basada en resultados eficaz y para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos sanitarios basados en pruebas científicas. Se opinó que la Oficina debía asumir la responsabilidad de establecer las metas, con la orientación de los Estados Miembros, y se hizo hincapié en que los indicadores de los productos y de los resultados a mediano plazo debían ser el resultado de un amplio consenso entre los Estados Miembros.

31. Se subrayó la importancia de priorizar las actividades, en particular dadas las limitaciones de recursos. Se destacó que la distribución de los recursos dentro de las categorías y las áreas programáticas debía tener en cuenta las prioridades establecidas en la Región. Al mismo tiempo, se señaló que el aumento de costos de las iniciativas y los programas de mayor prioridad debía compensarse mediante reducciones de costos y eliminación gradual de las actividades en áreas programáticas de menor prioridad. Una delegada, al señalar las dificultades financieras que enfrentaba su gobierno, similares a las de otros gobiernos de la Región, subrayó la importancia de ceñirse a una política de crecimiento nominal cero en el presupuesto de la Organización.

32. Varios delegados expresaron inquietud acerca de la brecha de financiamiento y el déficit crónico en los recursos de la OMS, que complicaban la planificación y

presupuestación de la Región. Se señaló que para el bienio 2012-2013 se proyectaba una insuficiencia tanto en los recursos de la OMS como de la OPS, y se solicitó a la Oficina que aclarara las razones de esa situación. La Delegada de México hizo circular un conjunto de cuadros y gráficos en los que se mostraba la diferencia en el monto presupuestado por la OMS para la Región de las Américas y el monto recibido realmente en los bienios desde el 2008-2009 hasta el 2012-2013, con proyecciones para el 2014-2015 y el 2016-2017. Recordó que en la Asamblea Mundial de la Salud en el 2011 los países de la Región habían exhortado a la OMS a que considerase la equidad y la justicia en la distribución de los recursos entre las regiones y sugirió que los países de la Región de las Américas debían organizar un esfuerzo regional encaminado a negociar una proporción más grande del presupuesto de la OMS para las Américas y asegurar que la Región recibiese su asignación total de la OMS. Se solicitó a la Oficina que validara las cifras proporcionadas por la Delegada de México para que pudieran servir como base para un proyecto formal de los Estados Miembros de la Región de las Américas. Este asunto se siguió debatiendo en una reunión especial que tuvo lugar el 17 de abril del 2013 usando un sistema de conferencias por Internet (véase el informe de la reunión en el anexo D).

33. La señora Ortiz agradeció la información suministrada a la Delegada de México y manifestó que la Oficina examinaría y validaría las cifras. En respuesta a los diversos pedidos de aclaración, explicó que la política del presupuesto establecía que la asignación de ningún país podía reducirse más de 50% en un único bienio y que no se establecía un aumento máximo. En cuanto a las razones de la brecha de financiamiento proyectada para el 2012-2013, las principales eran los déficits previstos en los ingresos varios y en la recepción de las contribuciones voluntarias de la OMS.

34. La Directora, al expresar su agradecimiento a los Estados Miembros por sus esfuerzos para procurar que la Región recibiera su asignación total de la OMS, dijo que la Oficina también tenía que fortalecer sus actividades de movilización de recursos, incluso a nivel de país por intermedio de las Representaciones de la OPS/OMS, y mejorar su capacidad de informar a los donantes de una manera oportuna y apropiada. Era esencial lograr que todas las actividades para las cuales se movilizaran recursos concordaran con el Plan Estratégico y con las prioridades programáticas de la Organización. Las actividades financiadas mediante contribuciones voluntarias nacionales también tenían que estar en consonancia con el Plan Estratégico y con la estrategia de cooperación en los países para el país pertinente.

35. Ante las limitaciones de recursos, aumentar la eficiencia era obviamente un aspecto importante. No obstante, solo una cierta parte podría hacerse con los fondos disponibles y, por consiguiente, sería necesario considerar la posibilidad de reducir o eliminar gradualmente algunas actividades y áreas programáticas. La Oficina evaluaría la situación y propondría una recomendación para suprimir estas actividades. Recibiría con beneplácito los aportes de los Estados Miembros sobre este tema.

36. El Subcomité agradeció a la Oficina el esbozo del proyecto de programa y presupuesto para el 2014-2015 y respaldó la propuesta de incluir a Guyana como país clave.

***Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012 (documento SPBA7/4)***

37. El señor Sebastián Tobar (Argentina) presentó el informe de la evaluación de mitad de período y resumió sus principales resultados, conclusiones y recomendaciones. Recordó que el Gobierno de la Argentina había sido nombrado para coordinar la porción dirigida por los países de la evaluación, en la que se había examinado en qué forma la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 había contribuido a la planificación y la programación de salud a nivel nacional y subregional, y en qué medida había incidido en las actividades de organizaciones internacionales que trabajaban en la esfera de la salud. Un resultado clave de la evaluación había sido que, a pesar de que los países habían utilizado ampliamente la Agenda en la formulación de sus estrategias, políticas y planes de salud, las organizaciones internacionales la habían usado solo de una manera limitada. Ese resultado había puesto de relieve la necesidad de dar una mayor difusión a la Agenda y promover más su utilización, en particular por la Oficina, para guiar las actividades de cooperación en materia de salud en la Región. También se había destacado la necesidad de que los países recurriesen a la Agenda cuando negociaban convenios de cooperación con las organizaciones internacionales. Se había hecho un uso razonable de la Agenda al concebir estrategias y planes de salud a nivel subregional, pero en este caso también se necesitaba un mayor esfuerzo para fortalecer la difusión y mejorar el conocimiento del documento.

38. Se habían logrado buenos avances en todas las ocho áreas de acción establecidas en la Agenda. No obstante, era necesario redoblar los esfuerzos con respecto a la mortalidad materna, que no había descendido en la medida prevista en los últimos años; el dengue, que había aumentado; las tasas de tuberculosis, infección por el VIH/sida y obesidad, que seguían siendo altas; el gasto público como porcentaje del PIB, que se había estancado; y los considerables gastos en efectivo destinados a la salud, que representaban un importante obstáculo al acceso a la atención de salud.

39. Las principales recomendaciones de la evaluación, además de una mayor atención a los aspectos anteriores y a la difusión y promoción de la Agenda, habían sido usar los indicadores *proxy* determinados para la evaluación de mitad de período al realizar la evaluación final de la Agenda, tomando el 2011 como punto de comparación; fortalecer los sistemas de información sanitaria, en particular para subsanar las brechas en la disponibilidad de la información observadas durante la evaluación; usar los resultados de la evaluación de mitad de período para guiar la planificación a nivel de país y subregional y en los organismos internacionales; aplicar los resultados de la evaluación en la preparación del nuevo Plan Estratégico 2014-2019 y el Programa y Presupuesto

2014-2015 de la OPS; y vigilar la ejecución de las recomendaciones. Sobre todo, era esencial aunar los esfuerzos y seguir trabajando para mejorar la salud de las personas de la Región.

40. El Subcomité expresó su agradecimiento al Gobierno de la Argentina por su conducción del proceso de evaluación y recibió con beneplácito los resultados positivos de la evaluación, además de subrayar la necesidad de un esfuerzo continuo, en particular en las áreas en las que el progreso había sido limitado. Se hizo hincapié especialmente en la necesidad de determinar y abordar las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos, al igual que la necesidad de adoptar enfoques diferenciados y multiculturales dirigidos a áreas y grupos específicos.

41. Los delegados estuvieron de acuerdo en que la evaluación sería un aporte valioso para la formulación del próximo plan estratégico y del programa y presupuesto a nivel regional, al igual que para la elaboración del Duodécimo Programa General de Trabajo a nivel mundial. También se destacó la importancia de la evaluación de mitad de período —y de la evaluación en general— a los fines de la gestión basada en resultados. Se consideró esencial concientizar más sobre la Agenda y promover su uso continuo en la planificación y formulación de políticas a nivel nacional y subregional y, especialmente, entre otras organizaciones internacionales de cooperación. La promoción de la causa en este último grupo se consideró fundamental para ayudar a abordar los determinantes de la salud que estaban fuera del control directo del sector de la salud.

42. Varios delegados señalaron que sus gobiernos habían usado la Agenda a la hora de preparar sus estrategias y planes nacionales de salud. Se señaló que uno de los obstáculos para una mayor utilización de la Agenda podría haber sido la falta de objetivos claros y de líneas de base para medir el progreso. Por consiguiente, se recibió con agrado la determinación de líneas de base por parte del grupo de trabajo.

43. El señor Tobar agregó que otro factor que parecía haber limitado la utilización de la Agenda a nivel nacional era la rotación de los funcionarios de salud; los ministros de salud recién nombrados y su personal a veces desconocían la existencia de la Agenda y, por consiguiente, no la aplicaban en su trabajo. La Oficina podría desempeñar un papel importante para abordar ese problema al asegurar que los funcionarios nacionales de salud estuvieran informados acerca de la Agenda y al promover un sentido nacional de propiedad. A nivel subregional, a pesar de que la Agenda no se había incorporado explícitamente en los planes y las estrategias de organizaciones como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), estaba claramente presente en sus actividades relacionadas con la salud.

44. La Directora estuvo de acuerdo en que era fundamental aumentar la difusión de la Agenda y dijo que todos los representantes de la OPS/OMS recibirían instrucciones de informar a los nuevos funcionarios de salud en los países acerca de los documentos

estratégicos de toda la Organización, incluida la Agenda y el Plan Estratégico. La Oficina estaba preocupada en especial por las brechas que la evaluación de mitad de período había revelado con respecto a la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH/sida, la obesidad, el gasto público y los gastos en efectivo destinados a cubrir los costos de la atención sanitaria, y los puntos débiles en los sistemas de información en salud. Estos eran todos temas fundamentales que reflejaban las desigualdades y que ponían de relieve la necesidad de reexaminar algunos de los enfoques aplicados a los temas de salud en la Región. No era suficiente formular políticas para abordar las desigualdades en materia de salud o incluso para lograr que hubiera más recursos disponibles destinados a la salud. Era esencial establecer primero dónde estaban ocurriendo las desigualdades y determinar los obstáculos que estaban impidiendo que algunas personas tuvieran acceso a los servicios de salud y hacer el mejor uso de los recursos a su disposición, y luego diseñar intervenciones adaptadas específicamente a las necesidades de los grupos desfavorecidos.

45. La solidaridad entre los países sería esencial para satisfacer las necesidades colectivas y abordar las inequidades en la Región. En consecuencia, en el próximo Plan Estratégico de la Organización, un área importante de particular interés para la Oficina sería determinar cuál es la mejor manera de utilizar la experiencia y los conocimientos especializados disponibles a nivel nacional para abordar los problemas de salud de la Región en su conjunto. Esperaba con interés colaborar con los Estados Miembros para implantar redes y mecanismos destinados al intercambio de conocimientos técnicos especializados entre los países.

46. Al expresar su gratitud a los Estados Miembros que habían llevado a cabo la evaluación de mitad de período y al Gobierno de la Argentina por su conducción del proceso, la Directora recordó que la evaluación también había comprendido una evaluación de la respuesta de la Oficina al poner en práctica la Agenda. El informe de esa evaluación, realizada por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS (IES), estaba disponible para ser analizada por los Estados Miembros previa solicitud.

47. El Subcomité tomó nota del informe.

***Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento SPBA7/5)***

48. El señor James Hill (Asesor, Movilización de Recursos, OSP) presentó el documento SPBA7/5, en el que se proporcionaba información sobre una organización no gubernamental (ONG) que había solicitado entablar relaciones oficiales con la OPS y siete organizaciones no gubernamentales que deseaban renovar su condición de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con la Organización. En el documento también se presentaban breves informes de avance sobre la colaboración de la

Organización con todas las ONG que actualmente mantienen relaciones oficiales con la OPS.

49. De conformidad con el procedimiento descrito en los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, el Subcomité emprendió su examen de las diversas ONG en una reunión a puertas cerradas, después de la cual el Presidente anunció que el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera a la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA) en relaciones oficiales con la OPS durante un período de cuatro años y que renovara las relaciones oficiales entre la OPS y la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM), la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (FID), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la fundación March of Dimes, la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos (USP) y la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS, conocida anteriormente como la Asociación Mundial de Sexología), también por un período de cuatro años.

50. El Subcomité también recomendó que la Oficina adoptase medidas para que hubiera una mayor uniformidad en la información presentada por las organizaciones no gubernamentales, en particular con respecto a su nivel y fuentes de financiamiento y su capacidad financiera para llevar a cabo las actividades de colaboración acordadas con la OPS. Se indicó que un primer paso podía ser solicitar los estados financieros correspondientes a un año de todas las organizaciones que desean continuar las relaciones oficiales con la OPS.

51. El Presidente anunció que se presentarían las recomendaciones del Subcomité al Comité Ejecutivo en su 152.<sup>a</sup> sesión en forma de un proyecto de resolución.

***Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento SPBA7/6)***

52. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) presentó el documento SPBA7/6 y recordó que el Comité de Auditoría se había creado en el 2009 para servir de comité consultivo de expertos a fin de examinar y formular recomendaciones con respecto a los controles financieros de la Organización, las estructuras de presentación de información, los procesos de gestión de riesgos y otros asuntos relacionados con la auditoría. Los Términos de Referencia del Comité se incluían en el anexo al documento SPBA7/6. Los miembros del Comité eran elegidos por el Comité Ejecutivo y prestaban servicios durante un mandato de tres años. Los miembros iniciales habían sido elegidos en el 2010 a partir de una lista de candidatos recomendados por el Subcomité. A fin de no tener que reelegir al mismo tiempo a todos los miembros iniciales del Comité, sus mandatos se habían escalonado, por lo que el señor Alain Gillette tendría un mandato de



cuatro años, la señora Amalia Lo Faso un mandato de tres años y el señor Peter Maertens un mandato de dos años.

53. En junio del 2012, el Comité Ejecutivo había vuelto a nombrar al señor Maertens para desempeñar otro mandato de tres años. El mandato de la señora Lo Faso concluiría en junio del 2013. La Oficina había determinado que la señora Lo Faso estaba dispuesta a prestar servicios durante otro mandato y la Directora, por consiguiente, propuso que el Subcomité recomendara que fuese nombrada por un mandato de tres años a partir de junio del 2013. Se había suministrado información acerca de la señora Lo Faso a los Miembros del Subcomité.

54. En el debate subsiguiente, se indicó que sería útil para los Miembros del Subcomité recibir informes sobre el desempeño de los integrantes del Comité de Auditoría propuestos para ser nombrados nuevamente a fin de que el Subcomité pudiera tener una base más sólida para sustentar sus decisiones. Como una de las funciones del Comité de Auditoría era brindar orientación a la Directora, se solicitó su opinión sobre la posibilidad de nombrar nuevamente a la señora Lo Faso.

55. La doctora Jiménez explicó que, como el Comité de Auditoría era un órgano absolutamente independiente elegido por los Estados Miembros e integrado por personas que no debían rendir cuentas ante ningún gobierno o entidad ni ante la Oficina, sería difícil para la Oficina proporcionar informes de desempeño sobre los integrantes de este Comité. También señaló que el Comité de Auditoría presentaba un informe anual al Comité Ejecutivo y que, por consiguiente, los Estados Miembros, tendrían la oportunidad de hacer participar en las deliberaciones a los integrantes del Comité de Auditoría en junio del 2013.

56. La funcionaria reconoció que la reelección de los integrantes no debería ser un procedimiento habitual. Sin embargo, dado que el Comité solo había estado en funciones desde el 2010, esencialmente la señora Lo Faso había prestado servicios durante un período de tres años. Ese hecho, en combinación con sus antecedentes y la calidad de su trabajo en el Comité hasta el momento, había llevado a que la Oficina propusiese su reelección. Consideró que la Oficina estaría en posibilidades de presentar más de un candidato en el 2014.

57. La Directora dijo que, debido a que su propio mandato había empezado tan solo el 1 de febrero, no había tenido muchas oportunidades de interactuar con la señora Lo Faso, pero que había encontrado que sus observaciones y recomendaciones manifestaban objetividad y franqueza en su diálogo con la Oficina y con los auditores internos y externos de la Organización. En vista de esto y dados los antecedentes y la experiencia de la señora Lo Faso, sugería que el Subcomité considerase la posibilidad de recomendar que la señora Lo Faso fuera reelegida.

58. El Subcomité estuvo de acuerdo en recomendar que el Comité Ejecutivo nombrase nuevamente a la señora Lo Faso como integrante del Comité de Auditoría durante un mandato de tres años a partir de junio del 2013.

#### **Asuntos administrativos y financieros**

#### ***Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al año 2012 (documento SPBA7/7, Rev. 1)***

59. El señor Michael Owen (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó el informe financiero preliminar de la Directora para el 2012, y señaló que hasta la fecha no se había auditado. Los ingresos totales consolidados de la Organización para el 2012 fueron de \$979 millones, un aumento de 17% con respecto al año anterior. Un factor importante en el aumento había sido un incremento de \$106,5 millones en los fondos para compras, que pasaron de \$455,9 millones en el 2011 a \$562,4 en el 2012. Las contribuciones señaladas para el 2012 totalizaron \$106 millones suma que, de conformidad con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), debe ser devengada totalmente al comienzo del año. Los ingresos varios, que se habían presupuestado en \$6 millones, alcanzaron solo \$3,3 millones en el 2012, debido en gran parte a que las tasas de interés siguen siendo bajas a nivel mundial.

60. Los ingresos del presupuesto ordinario comprendían \$99,8 millones procedentes de las contribuciones señaladas y los ingresos varios, y \$37,8 millones del presupuesto ordinario de la OMS, lo que da un total de \$137,6 millones para el 2012 (en comparación con \$138,9 millones en el 2011). Un total de 36 Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados habían hecho pagos al contado a la Organización en el 2012, lo que comprendía contribuciones señaladas para ese año de \$78,2 millones y para años anteriores de \$23,9 millones. Las contribuciones señaladas que todavía estaban pendientes de pago al 31 de diciembre del 2012 sumaban \$28 millones; hasta la fecha del inicio de la séptima sesión del Subcomité, la cifra había descendido a \$8,4 millones. Los fondos de “otras fuentes de financiamiento” de la OMS ascendían a \$23,8 millones, y también se habían recibido \$39 millones más, en concepto de otros fondos. Las contribuciones voluntarias entregadas a la Organización por los Estados Miembros y los asociados para programas de salud pública de varios años, ascendieron a \$216,4 millones para el 2012, un aumento de \$19,3 millones con respecto al 2011.

61. Los gastos consolidados de la Organización en el 2012, incluidos los del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), sumaban \$970 millones. De esa cantidad, la compra de vacunas y jeringas por conducto del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas o del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública representaba una porción significativa, ya que alcanzó la cifra de \$482 millones en el 2012, lo que representaba un aumento de aproximadamente 22% con respecto a los \$394 millones registrados en el 2011.

62. En el debate que siguió, se pidió a la Oficina que suministrara información comparativa sobre los gastos presupuestados y los gastos efectivos en el 2012 y el 2011 y sobre lo que se había logrado con esos gastos. Se solicitó una aclaración de por qué se había recibido una cantidad tan baja en el rubro de ingresos varios en comparación con lo que se había presupuestado. Se consideraba que estas dos informaciones solicitadas ayudarían al Subcomité en su examen del proyecto de programa y presupuesto propuesto para el bienio 2014-2015. También se solicitó información acerca de si el Comité de Auditoría iba a examinar el informe financiero y acerca del progreso en el examen que estaba haciendo el Auditor Externo.

63. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) dijo que los informes suministrados por la Oficina a los Cuerpos Directivos incluían seguimiento del desempeño y evaluación del proyecto para asegurar que los recursos se estaban gastando de acuerdo con los objetivos estratégicos establecidos por los Estados Miembros. Por lo tanto, había documentación amplia que podría entregarse al Subcomité para demostrar concretamente lo que se había logrado con los recursos encomendados a la Oficina. El informe correspondiente al 2011 podía consultarse en el sitio web de la OPS.

64. Al explicar que los ingresos varios consistían principalmente en los intereses de inversiones de la Organización, observó que el presupuesto se establecía para un bienio. Una vez que se había proyectado una cifra —en este caso \$12 millones para ingresos varios durante el bienio— esta no podía cambiarse en el segundo año aunque los resultados en el primer año indicaran que la meta tenía pocas probabilidades de ser alcanzada en el segundo.

65. El señor Owen dijo que el informe financiero no auditado se había presentado al Comité de Auditoría, que se había reunido inmediatamente antes de la apertura de la séptima sesión del Subcomité. Se había previsto como fecha de entrega del Informe del Auditor Externo el 5 de abril del 2013.

66. La Directora dijo que los diversos documentos se pondrían a disposición con mucha antelación a la próxima sesión del Comité Ejecutivo para facilitar el análisis cuidadoso del informe financiero. Si los Miembros habían previsto plantear preguntas respecto del informe, sería útil para la Oficina tener algunas de ellas con anticipación para asegurar que durante la reunión pudieran presentarse respuestas bien documentadas.

67. El Subcomité agradeció a la Oficina la información presentada y tomó nota del informe.

***Modificaciones al Reglamento Financiero y las Reglas Financieras (documento SPBA7/8)***

68. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) describió los cambios propuestos en el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras, según se habían presentado en el documento SPBA7/8. El texto nuevo propuesto como párrafo 3.8 daba una nueva definición de “Programa y Presupuesto”, y las modificaciones a los párrafos 4.2 y 4.4 y al párrafo 104.8 reflejaban sencillamente esa nueva definición, que estaba de acuerdo con la IPSAS 24, “Presentación de Información del Presupuesto en los Estados Financieros”. El cambio propuesto permitiría retirar fondos de un presupuesto bienal hasta tres meses después del final del bienio, a fin de pagar por el trabajo que se había contratado para ese bienio. El cambio se refería solamente a los contratos indisociables que concluían dentro de los tres primeros meses de un período presupuestario.

69. El Subcomité solicitó que se aclarara cuál sería la repercusión para la Organización si no se efectuaban los cambios propuestos y la procedencia de los fondos que deberían pagarse en los tres primeros meses de un nuevo bienio para cubrir los honorarios pagaderos a los contratistas por el trabajo empezado pero no terminado en el bienio anterior. Una delegada pidió un ejemplo del tipo de contrato al que se aplicarían los párrafos revisados del Reglamento Financiero. Se sugirió que, desde el punto de vista metodológico, cualquier cambio propuesto a las Reglas Financieras debía provenir directamente de la puesta en práctica del Plan Estratégico.

70. El señor Birmingham, refiriéndose a la utilización de los fondos y a la repercusión del cambio propuesto explicó que, actualmente, el dinero no gastado antes del final de un bienio se absorbía en un excedente, que se depositaba en el Fondo de Trabajo. Según el nuevo arreglo, habría menos fondos disponibles para agregar al excedente. Como ejemplo del tipo de contrato en el que incidiría el cambio propuesto, citó un estudio actuarial que quizá hubiera empezado, por ejemplo, en septiembre y debía entregarse en marzo del siguiente bienio. Esos estudios por lo general no se desglosaban en segmentos y, por lo tanto, de conformidad con las reglas y reglamentos actuales, en marzo sería necesario encontrar fondos para pagar por todo el estudio, con lo cual se reducirían los recursos disponibles para el plan de trabajo del bienio nuevo.

71. El Subcomité estuvo de acuerdo en que las modificaciones propuestas en las Reglas Financieras y el Reglamento Financiero debían remitirse al Comité Ejecutivo para la aprobación.

***Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (documento SPBA7/9)***

72. La señora Florence Petizon (Gerente de Área, Gestión de Compras y Suministros, OSP) recordó que en el 2010 el 50.º Consejo Directivo había autorizado un aumento de 0,5% en el cargo de 3,0% cobrado por las compras de todos los suministros de salud pública, a fin de sufragar de manera más adecuada los gastos de administración de las actividades de compras realizadas por la Oficina a nombre de sus Estados Miembros, según se describen en el documento SPBA7/9. Los análisis subsiguientes habían confirmado que el cargo actual de 3,5% no era suficiente para cubrir esos costos que, por lo tanto, se estaban subsidiando con fondos del presupuesto ordinario de la Organización. Como resultado, otras iniciativas vitales se estaban retrasando o debilitando. En 10 años, el valor del trabajo de compras de la OPS se había cuadruplicado, lo que había aumentado considerablemente las transacciones y la complejidad logística. Entretanto, el tamaño del personal de la Oficina que se ocupa de las compras, había cambiado muy poco.

73. Los costos operativos y de personal estimados del mecanismo de compras se situaban entre \$12 y \$14 millones por bienio; el cargo actual generaría solo cerca de \$5 millones por bienio. Por consiguiente, la Oficina estaba proponiendo que el cargo actual de 3,5% se aumentara en 0,75%, con lo cual el total del cargo por los trámites de compras sería de 4,25%.

74. A petición de dos Estados Miembros, el doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Asesor Principal, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) hizo una presentación de diapositivas sobre el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas, con la finalidad de mostrar que desde su inicio en 1979, el número de países que utilizaban el Fondo había aumentado de 8 a 40, y el valor anual de las compras efectuadas por su intermedio había subido de \$2,3 millones a \$512 millones. Señaló que, como resultado de las iniciativas de compras emprendidas por la Organización, la Región de las Américas era la región de la OMS con la tasa más elevada de cobertura de vacunación en todo el mundo.

75. El Subcomité expresó su reconocimiento por las actividades de compras de la Oficina y por los beneficios que los Estados Miembros recibían de sus esfuerzos internacionales de licitación. Varios de los Miembros describieron el uso que sus gobiernos habían hecho de los mecanismos de compras para apoyar sus programas nacionales de vacunación. Algunos hicieron sugerencias para nuevos tipos de productos de salud pública que también podrían obtenerse, como los utilizados en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles o para el tratamiento de enfermedades catastróficas, como el cáncer. Mientras que otros, aunque reconocían los esfuerzos efectuados por la Oficina hasta el presente, la instaban a examinar la forma de reducir los cargos administrativos para que los países mejoraran su capacidad de comprar productos

y tecnologías médicas costosas. Se subrayó que las organizaciones internacionales no debían subsidiar desproporcionadamente con fondos de sus presupuestos ordinarios, las actividades financiadas con fondos voluntarios y otras fuentes de ingresos extrapresupuestarios, en particular cuando esto tenía el efecto de debilitar o retrasar otros programas.

76. Varios Miembros, aunque apoyaban un ajuste del cargo, preguntaron si un aumento de 0,75% sería suficiente. Se señaló que otras organizaciones internacionales cobraban una suma mayor para gastos administrativos en comparación con la que estaba proponiendo la Oficina. A sugerencia de algunos Miembros, se modificó el proyecto de resolución propuesto para presentarlo al Comité Ejecutivo (que figura en el anexo al documento SPBA7/9) a fin de incluir una disposición para que el nivel del cargo se examinara nuevamente en las reuniones de los Cuerpos Directivos a celebrarse en el 2015. También se fortaleció el preámbulo de la resolución para mostrar el reconocimiento por los Estados Miembros de la importancia de las actividades de compras de la Oficina.

77. La señora Petizon agradeció al Subcomité sus expresiones de apoyo. Agregó que el mecanismo de compras era beneficioso para todos los Estados Miembros, ya que hasta los países que no estaban adquiriendo sus suministros de salud pública a través del mecanismo de compras se beneficiaban de los esfuerzos de negociación de la Oficina, que aumentaban la disponibilidad de productos para la Región y bajaban sus precios. Por otro lado, las actividades de compras también incluían la cooperación técnica, la formación de capacidad y la promoción de la causa, que ayudaban a fortalecer la infraestructura de salud pública en toda la Región.

78. Como se había observado en la presentación sobre el informe financiero del Director (véanse los párrafos 59 a 67), el número de países que participaban y las cantidades que estaban aportando para los diversos fondos, estaba aumentando de manera sostenida y en cantidades considerables. Estaba segura de que un aumento de 0,75% sería suficiente, sobre la base de las proyecciones de los datos históricos y el análisis del modelo de compras, junto con las cifras previstas de mayor actividad de compras en el futuro. La cifra tenía en cuenta las limitaciones presupuestarias que enfrentaban los Estados Miembros y permitiría a la Oficina avanzar con las iniciativas de compras que había planificado.

79. La Directora agradeció las expresiones de apoyo de los Estados Miembros al Fondo Rotatorio y otros mecanismos de compras, que ella consideraba como herramientas valiosas para obtener vacunas asequibles y productos médicos necesarios para tratar la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y, cada vez más, las enfermedades no transmisibles. Recordó que, del cargo de 3,5% sobre las compras cobrado actualmente, un 3% iba directamente a la recapitalización de los fondos, mientras que apenas 0,5% se destinaba a sufragar los costos de negociación,

administración, seguimiento, y cooperación técnica relacionados con las actividades de adquisiciones. Un aumento de 0,75% era moderado, y se apreció la sugerencia del Subcomité de que el asunto debía examinarse de nuevo en el 2015. Agregó que los costos de cualquier miembro del personal de la Oficina que pasaba menos de 70% de su tiempo dedicado a las actividades de compras no se pagarían con el cargo exigido. Aunque la Oficina seguiría buscando maneras de mejorar la eficiencia de las compras, la Directora advirtió que la complejidad del entorno estaba aumentando en cuanto a las negociaciones con la industria farmacéutica y la interacción con los Estados Miembros en asuntos de compras.

80. El Subcomité respaldó la presentación del proyecto de resolución modificado al Comité Ejecutivo para su aprobación.

***Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento SPBA7/10)***

81. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP) recordó que en el 2008 se había creado la Cuenta Especial a partir de un excedente de \$25 millones que habían quedado de la implementación de las IPSAS. Los Estados Miembros habían preparado criterios para la aprobación de los proyectos,<sup>4</sup> que se financiarían con ese excedente único; se presentó una propuesta con 15 proyectos y fueron aprobados 14. De los \$25 millones, \$14,9 ya se habían asignado a las diferentes entidades que ejecutaban los proyectos. Cuatro proyectos ya estaban terminados, de los cuales dos, el 3.A, Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: fase 1 y el 3.C, Fortalecimiento de la capacidad de la Organización para cumplir con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), habían dejado un excedente de \$80.000 y de \$13.000, respectivamente. La Oficina estaba proponiendo que esos dos saldos fuesen transferidos al proyecto 3.D, Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana, fase 2.

82. En el debate que siguió, se recalcó que la vigilancia cuidadosa de los proyectos y la determinación de los ahorros potenciales eran importantes, especialmente en vista del costo elevado previsto de modernizar el Sistema de Información Gerencial de la Oficina. Se pidió una aclaración sobre si se necesitaba cualquier acción del Subcomité con respecto a la utilización de los excedentes de dos proyectos, o si era algo que le incumbía al Comité Ejecutivo. También se solicitó aclarar la procedencia de los fondos mostrados en la columna de título “Monto calculado de otras fuentes” en el cuadro 1 del documento SPBA7/10. Se sugirió que debería agregarse una columna nueva al cuadro 2, para mostrar el grado de progreso de cada proyecto.

---

<sup>4</sup> Véase el documento CD48/22.

83. La señora Ortiz aclaró que la asignación de los dos excedentes sería un asunto que decidiría el Comité Ejecutivo. Explicó que las “otras fuentes” mencionadas en el cuadro 1 eran diferentes de un proyecto a otro e incluían el presupuesto ordinario, subvenciones, fondos de la OMS, ingresos por concepto de inversiones y el cargo por puesto ocupado.

84. La Directora dijo que la Oficina sin duda seguiría con su seguimiento de los proyectos en cuestión con miras a garantizar eficiencia y eficacia. Había observado la solicitud de información sobre el progreso de cada proyecto y se comprometió a proporcionarle una actualización al Comité Ejecutivo. También confirmó que la Oficina seguiría buscando fuentes a fin de obtener los ingresos necesarios para finalizar ciertos proyectos.

85. El Subcomité respaldó la propuesta de transferir el saldo que quedaba de los proyectos 3.A y 3.C al proyecto 3.D

***Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento SPBA7/11)***

86. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) recordó que el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (MCIF) se reponía utilizando cualquier exceso de ingresos sobre los gastos. Debido a que no había habido ningún excedente de ese tipo, el gasto asignado a la infraestructura del edificio había sido relativamente limitado. Un proyecto que estaba en marcha era una mejora de \$1 millón de los ascensores del edificio de la sede, que habían estado en funcionamiento desde 1965.

87. La OMS había contribuido con \$850.000 al Fondo Subsidiario para el Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles para financiar la reconstrucción del edificio de la Representación de la OPS/OMS en Haití, destruido en el terremoto del 2010. La OPS había complementado ese financiamiento con otros \$150.000 del MCIF. Se había adjudicado el contrato de construcción y se esperaba que el trabajo estuviese terminado a finales del 2013 o principios del 2014.

88. Recordó que la Conferencia Sanitaria Panamericana más reciente había aprobado la creación de un Fondo Subsidiario para el Reemplazo de Vehículos y un Fondo Subsidiario Rotatorio y Estratégico de Bienes Inmuebles. Todavía no se habían hecho gastos de esos dos fondos subsidiarios. El último fondo subsidiario había recibido \$1 millón en diciembre del 2012 de la cuenta del superávit derivado de la implantación de las IPSAS, y actualmente se estaban evaluando varias solicitudes de financiamiento de la reubicación de las oficinas en los países a edificios más nuevos y más seguros. Antes de efectuar cualquier gasto en bienes inmuebles, se haría un examen de los edificios de la Organización en toda la Región.

89. Con respecto al Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información, del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, la Oficina había adoptado una nueva estrategia de



tecnología de la información con nueve objetivos principales, tal como se muestra en el documento SPBA7/11 y también había establecido una estructura nueva de gobernanza para ayudar a la Directora a tomar decisiones estratégicas en cuanto a las áreas en las que deben invertirse los recursos.

90. El Subcomité recibió con beneplácito la actualización. Una delegada, al hacer notar que los fondos subsidiarios de Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles y el de Tecnología de la Información mostraban gastos sustanciales en el período 2012-2013, preguntó si la Oficina esperaba algún otro financiamiento de la OMS en el 2013, más allá de la suma de \$850.000 ya recibida. Habida cuenta de los gastos considerables planificados de acuerdo con la estrategia decenal de tecnología de la información, la misma delegada pidió información sobre las fuentes previstas de financiamiento para conseguir que la estrategia fuese financiada plenamente.

91. El señor Birmingham respondió que la OMS había aprobado un pago de \$500.000 para el examen de todos los edificios de la Organización, cuyo objeto era revelar dónde deberían hacerse mejoras. La Oficina no esperaba recibir ningún financiamiento más de la OMS. Las fuentes previstas de otro financiamiento se basarían en cualquier excedente de los ingresos sobre los gastos. Además, si la OPS llegara a vender alguna de sus propiedades, las ganancias se depositarían en el Fondo Subsidiario Rotatorio y Estratégico de Bienes Inmuebles y luego estarían disponibles para invertir las en otras actividades de bienes inmuebles en toda la Región.

92. La Directora dijo que la Oficina y los Estados Miembros tenían la obligación de asegurar que los funcionarios de la OPS trabajaran en establecimientos seguros y acordes con el nivel de su trabajo. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros a fin de que el financiamiento disponible se utilizara para lograr esa meta.

93. El Subcomité tomó nota del informe.

***Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPBA7/12)***

94. La señora Kate Rojkov (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos) resumió las modificaciones propuestas del Reglamento del Personal que figuraban en el anexo del documento SPBA7/12. Algunos de los cambios se consideraban necesarios para mantener la uniformidad con las decisiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que a su vez se basaban en las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. Otros se proponían para mantener la uniformidad en las condiciones de empleo de la Oficina Sanitaria Panamericana y la OMS, a la luz de la experiencia y en aras de una buena gestión de los recursos humanos. Las modificaciones se clasificaron en tres categorías, que se referían a las normas para el nombramiento, el horario de trabajo y asistencia, y el vencimiento de los nombramientos.

La mayoría de los cambios fueron de tipo editorial, para aclarar el Reglamento del Personal. Confirmó que los cambios no tenían consecuencias financieras y agregó que la consulta acerca de los cambios con la Asociación de Personal todavía estaba en curso.

95. Señaló que las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional podrían ser aprobadas por el Sexagésimo Séptimo Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas antes de junio del 2013, en cuyo caso la Directora presentaría las modificaciones propuestas al Comité Ejecutivo para su confirmación. Esos cambios también se clasificaron en tres categorías, que se refieren a la remuneración del personal de las categorías profesional y superior, a la revisión del nivel del subsidio de educación y a un cambio en la edad de jubilación obligatoria para los nuevos participantes en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

96. El Subcomité respaldó las enmiendas propuestas, que se consideraron compatibles con las mejores prácticas de recursos humanos y con las decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2013. Uno de los Miembros sugirió que sería aconsejable finalizar la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 y preparar un plan de recursos humanos basado en el Plan Estratégico, para luego hacer cualquier cambio necesario en el Reglamento y el Estatuto del Personal.

97. La señora Rojkov afirmó que se habían diseñado los modelos de dotación de personal de la Organización para ayudar a la Organización a alcanzar sus metas sobre la base del Plan Estratégico. En respuesta a las preguntas, explicó que la modificación propuesta del artículo 1040.1 del Reglamento del Personal no repercutiría en la duración del contrato, sino que sencillamente mejoraría la redacción para dejar claro que los contratos temporales no suponían un derecho de conversión a un puesto en la Oficina. A los funcionarios con nombramiento temporal se les informa sobre esto al comienzo de su contrato, y la notificación se repite cerca del final del contrato como un asunto de buena práctica de recursos humanos aun cuando, según el artículo 1040.1.2, no hay obligación de hacerlo. De ser necesario, la redacción del artículo podría perfeccionarse más.

98. La Directora confirmó que la Asociación de Personal tendría la oportunidad de expresar sus opiniones cuando las modificaciones propuestas se le presentaran al Comité Ejecutivo.

99. El Subcomité estuvo de acuerdo en que los cambios propuestos debían remitirse al Comité Ejecutivo para su confirmación.

***Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPBA7/13)***

100. La señora Kate Rojkov (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos, OSP) presentó el documento SPBA7/13. Observó que la Organización tenía 170 funcionarios temporeros y un poco más de 1.000 empleados con arreglo a varios mecanismos contractuales distintos a los de las Naciones Unidas. La Oficina continuó con su política de equidad de género en todos los asuntos relacionados con el empleo. Agregó que actualmente, 51% del personal profesional y 40% de los representantes de la OPS/OMS eran mujeres. La Oficina había seguido reduciendo el número de puestos financiados con fondos del presupuesto ordinario, que había pasado de 746 en el 2011 a 738 en el 2012.

101. Más de 50% de la fuerza laboral de la Oficina llegaría a la edad de la jubilación obligatoria en el próximo decenio. El área de Gestión de Recursos Humanos está vigilando la situación y está trabajando en estrecha colaboración con los gerentes para velar por la continuidad y la transferencia de la memoria institucional, así como para examinar la eficacia de los procesos de contratación.

102. El Subcomité expresó su agradecimiento por el compromiso de la Oficina para asegurar la paridad de género a todos los niveles y la alentó a seguir con estas medidas. Se consideraba particularmente encomiable el aumento registrado en los últimos años del número de mujeres en los grados profesional y gerencial.

103. Se observaba con reconocimiento la reducción en los puestos de plazo fijo financiados con fondos del presupuesto ordinario. Al hacer notar los numerosos mecanismos contractuales de personal que no pertenece a las Naciones Unidas, una delegada preguntó si la Oficina examinaba esos arreglos para asegurar que no se estuvieran utilizando consultores para hacer el trabajo de los funcionarios permanentes. Se pidió que los informes futuros incluyeran más información sobre la duración media en el servicio, el número promedio de veces que se renovaban los contratos de consultoría y repercusiones en los costos del gran número de esos arreglos. También indicó que las normas con respecto a los diversos tipos de consultoría debían hacerse más transparentes. Además, se pidió información acerca del porcentaje de empleados temporeros que habían sido funcionarios y estaban jubilados, ya que parecía que algunos puestos vacantes no se anunciaban sino que se cubrían con antiguos funcionarios. Se indicó que si bien esto podía tener ventajas a corto plazo, ponía en peligro el desarrollo futuro de la Organización.

104. También se señaló que aunque en el informe actual se indicaba que había habido una disminución significativa en el personal con contratos a corto plazo en comparación con años recientes, y la figura 1 del documento SPBA7/13 mostraba 152 profesionales de corto plazo y 63 miembros del personal de servicios generales de corto plazo, el informe del 2011 (documento SPBA6/12) había dado cifras de 105 profesionales de corto plazo y

54 empleados de servicios generales lo que parecía indicar que había habido un aumento, no una reducción. Un delegado señaló que un funcionario de la Oficina Sanitaria Panamericana trabajaba desde Bruselas y preguntó si el nivel de contacto entre esa persona y las autoridades locales justificaba esa misión; si no lo justificaba, la oficina regional europea tal vez debería hacerse cargo de ese puesto.

105. Se sugirió que la formulación del Plan Estratégico 2014-2019 brindaba la oportunidad de determinar cuáles eran las necesidades clave de recursos humanos y de preparar un plan de contratación de nuevos funcionarios para satisfacer esas necesidades. Un plan de contratación adecuado se consideraba de particular importancia en razón de la jubilación reciente de algunos gerentes sumamente experimentados, que habían dejado una brecha en el conocimiento, además de la jubilación prevista de más de 200 funcionarios en los próximos cinco a nueve años. Se hizo notar que alrededor de 8% del personal, tanto profesional como no profesional, tenía más de 60 años de edad y estaba trabajando de acuerdo a una prórroga de contrato y, aunque se reconocía que algunas consideraciones de política podrían dictar la adopción de este tipo de enfoque para cubrir puestos profesionales clave, no era cierto que hubiese una justificación para prorrogar los contratos del personal que ocupa puestos no profesionales. Se pidió información acerca de los criterios para conceder esas prórrogas.

106. Se señaló que casi 17% del personal profesional provenía de países situados fuera de la Región de las Américas, un aumento de 3,8% con respecto al año anterior y se sugirió que quizá fuese preferible asignar prioridad a la contratación de empleados dentro de la Región, en particular en los países del Caribe, ya que algunos representantes de países de esa subregión consideraban que estaban subrepresentados en las funciones de la Organización.

107. La señora Rojkov dijo que sin duda podría suministrar la información adicional solicitada. La razón de la discrepancia observada en relación con el número de funcionarios con contratos a corto plazo podría estar relacionada con las fechas en las que se habían preparado los informes del 2011 y del 2012. Agregó que indagaría y daría una respuesta a la solicitud de aclaración.

108. Actualmente se estaban evaluando los diversos mecanismos contractuales. Debido a que la Oficina había iniciado las reformas contractuales tres años antes, ya había llegado el momento de evaluar si los mecanismos introducidos en ese momento todavía cubrían las necesidades de la Organización. El área de Gestión de Recursos Humanos vigilaba regularmente las atribuciones para los consultores, para velar por que no hubiera duplicación de las funciones que lleva a cabo un funcionario que ocupa un puesto regular. El departamento también supervisaba muy de cerca el número de funcionarios jubilados que regresaba a la Organización o a quienes se les daba una prórroga de contrato más allá de la edad de jubilación. Como ya se ha reconocido, algunas veces esos pasos eran necesarios para asegurar la continuidad o la transición sin problemas en algunos puestos

clave de nivel profesional. Esos casos se examinaban individualmente. Podría suministrarse más información sobre el asunto.

109. Todo aumento de la contratación de personal en países situados fuera de la Región estaba relacionado con el concepto de las Naciones Unidas de la movilidad del personal, pero se vigilaban estrechamente las acciones de acuerdo con ese concepto para conseguir que no se pusiera en peligro la representatividad de la Región. Cuando iban a cubrirse los puestos, el área de Gestión de Recursos Humanos colaboraba con las oficinas en los países para determinar dónde debía colocarse el anuncio de vacante para aumentar el número de aspirantes, especialmente los procedentes de la subregión del Caribe.

110. El plan de recursos humanos se había formulado como un mecanismo interno para garantizar el control, la planificación y la continuidad de las operaciones. Las fuerzas impulsoras del plan habían sido expertos técnicos y gerentes que expresaron sus necesidades de recursos humanos, con aportes de los departamentos de presupuesto, para considerar la procedencia del financiamiento necesario, y de Gestión de Recursos Humanos en cuestiones como la determinación de si el perfil de personal deseado debía lograrse por medio de puestos de personal o contratos de consultoría. Reafirmó que tanto la dotación de personal como la planificación de recursos humanos en los próximos años se basaría en el Plan Estratégico 2014-2019.

111. La Directora estuvo de acuerdo en que una organización que iniciaba un plan estratégico de seis años y que se enfrentaba a un gran número de jubilaciones en un futuro cercano tenía que planificar estratégicamente sus necesidades de recursos humanos y la sucesión para asegurar la combinación adecuada de aptitudes en el futuro. Al mismo tiempo, la Oficina tenía que considerar el número de empleados y donde podría garantizar las eficiencias, además de abordar los temas de distribución del personal.

112. Había pedido un análisis de costos y beneficios del valor del puesto en Bruselas. A medida que evolucionaba la relación de la Región con la Unión Europea, sería apropiado examinar la pertinencia del puesto, en particular en cuanto al nivel de los recursos que lograba movilizar. Con respecto al tema de personal contratado fuera de la Región, siempre había sido difícil asegurar al mismo tiempo la excelencia técnica, el equilibrio de género y la representación geográfica equitativa. La Oficina había invitado activamente a personas del Caribe, incluso a algunas personas que la Oficina había considerado que podrían ser muy buenos representantes de la OPS/OMS, a que solicitaran algunos de los puestos vacantes, pero la respuesta había sido decepcionante. Esperaba que los representantes de los Estados Miembros pudieran ayudar a persuadir a los ciudadanos caribeños a que se postularan para algunos puestos.

113. El Subcomité tomó nota de la información suministrada.

### **Asuntos de información general**

#### ***Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso (documento SPBA7/INF/1)***

114. La señora Caterina Luppi (Gerente de Área, Servicios de Tecnología de la Información, OSP) dijo que el punto principal que marca el progreso desde el último informe<sup>5</sup> sobre la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) era la finalización del análisis de viabilidad, una operación que había durado cuatro meses, comprendió 120 talleres y dio lugar a sugerencias de cambios para cientos de procesos. Entre las recomendaciones principales se encontraban que la Oficina debía simplificar los procesos de inmediato, en lugar de esperar por la compra del software; que debía comenzar el proceso de gestión del cambio lo antes posible; y que debía definir objetivos claros y criterios de éxito para la modernización. También se había instado a la Oficina a que llevara a cabo un análisis de costos y beneficios de los productos del Nivel II de Planificación de Recursos Empresariales (ERP), ya que las soluciones presentadas en respuesta a la solicitud original de propuestas habían sido demasiado costosas para sus finalidades. La Oficina examinaría muy de cerca sus procesos para determinar si ellos pudieran ser abarcados por una solución de Nivel II de ERP, en otras palabras un software comercial de nivel medio, y cuáles de los procesos tendrían que simplificarse con ese fin.

115. Los retos del proyecto no habían cambiado. Entre ellos se encontraban: un presupuesto fijo; las expectativas tanto de los Estados Miembros como del personal de la Oficina; y los sistemas antiguos que estaban implantados actualmente (de edades variables, uno que tenía casi 30 años de edad). Además, para diciembre del 2014 la OPS sería el último usuario de la macrocomputadora del Centro Internacional de Cálculos Electrónicos de las Naciones Unidas, en cuyo momento se duplicarían los costos de utilización. Otros retos incluían la fiabilidad y la sostenibilidad del sistema, en particular debido a que la pericia necesaria para mantener esos sistemas más antiguos se había acabado. Para afrontar los diversos retos, la Oficina había establecido una estructura del proyecto con una Carta del Proyecto y arreglos de gobernanza nuevos.

116. La Oficina buscaría a una empresa especializada que daría ayuda profesional para aplicar la gestión del cambio, la gestión del proyecto y la creación de un plan de comunicación. Como parte del proceso de selección, la Oficina celebraría talleres informativos con diferentes proveedores de software de Nivel II, y se esperaba que al finalizar estos talleres, se hubieran identificado uno, o como máximo, dos productos como los más apropiado según sus requisitos, en particular para las funciones que le daban a la OPS una ventaja estratégica con respecto a otras organizaciones. De ser necesario, el software principal de ERP se complementaría con otros productos para colmar brechas específicas que se hubieran identificado. El cronograma de adquisiciones

---

<sup>5</sup> Documento CE150/INF/3

era dinámico: la intención era emitir la solicitud de propuestas de software y servicios de integración a fines de abril del 2013, y poder comenzar la ejecución en octubre del 2013. El cronograma podría modificarse en caso de falta de disponibilidad de empresas de integración de sistemas o por recomendación de las empresas de gestión del cambio con la experiencia pertinente.

117. En el debate que siguió, se recordó que en la aprobación del Consejo Directivo para la modernización del sistema de la Oficina se habían establecido algunos principios clave, uno de los cuales había sido que un sistema de la OPS, aunque fuese independiente, debería estar alineado con el Sistema Mundial de Gestión (GSM) de la OMS y satisfacer todos sus requisitos. Se señaló que la rentabilidad probablemente aumentaría mientras más cercana fuese la armonización de los dos sistemas, aunque se reconocía que la OPS era una organización independiente, con una Constitución separada de la OMS y, por consiguiente, quizás necesitaría su sistema propio.

118. Una delegada expresó su desilusión de que el proceso inicial de adquisición no hubiera identificado una solución de ejecución integral que podría implantarse a un costo de \$20 millones, que es la suma aprobada por el Consejo Directivo, y expresó esperanza de que todavía fuese posible encontrar una solución que cumpliera con todos los requisitos de la Oficina en el plazo establecido y por la cantidad presupuestada. Subrayó la importancia de la vigilancia cuidadosa de los riesgos y de las cuestiones que eran motivo de preocupación; además, solicitó un informe actualizado para el Comité Ejecutivo.

119. La señora Luppi confirmó que poder trabajar en estrecha colaboración con la OMS era uno de los requisitos del proyecto. Sin embargo, para que los sistemas pudieran funcionar juntos, no necesariamente tenían que ser idénticos; solamente debían tener en común ciertas características operativas y de intercambio de datos. Un funcionario de la Oficina pronto visitaría la sede de la OMS para reexaminar la opción del Sistema Mundial de Gestión. Había varios riesgos asociados con esa solución también, y se esperaba que cuando la Oficina tuviera que tomar una decisión, a fines de junio, dispondría de toda la información necesaria para comparar una solución exclusivamente para la OPS con otra que implicaría asociarse al sistema de la OMS. Eso incluiría la consideración del cronograma, los fondos y las prioridades del proyecto, así como los temas fundamentales de filosofía operativa, como por ejemplo, si conviene pasar a un centro mundial de servicio como lo había hecho la OMS.

120. Estuvo de acuerdo en que cumplir con los plazos fijados era una dificultad. Con la necesidad imperiosa de dejar la macrocomputadora de Centro Internacional de Cálculos Electrónicos para mediados del 2015 como máximo, era crucial no cometer errores que causarían retrasos. Una ventaja de un sistema de Nivel II es que exigiría de 30% a 50% menos en inversión financiera. Eso a su vez permitiría invertir más en la gestión de los cambios, el componente más fundamental de la transición a un sistema de ERP. La

gestión de riesgos también sería crucial, debido a que cada proyecto de ERP era un cometido de alto riesgo, ya que alrededor de 50% de ellos están fallando.

121. La Directora recordó que ella había pasado por la implantación del GSM en Ginebra, y que no era una experiencia que quisiera repetir. No obstante, era esencial no subestimar los posibles riesgos de implantación de un sistema de ERP, no solo en cuanto a la escala de la inversión sino también al potencial de perturbación, que podría poner en peligro seriamente la prestación de la cooperación técnica. Se sabía que el GSM había tenido dificultades y sería necesario hacer algunas adaptaciones. Ese era también un factor importante que la Oficina debería considerar en el proceso de selección. La Oficina tenía la responsabilidad de vigilar muy de cerca varios asuntos. El primero era el de los costos: la Oficina tenía la responsabilidad de mantener su selección del sistema dentro del presupuesto aprobado por los Estados Miembros, mientras se asegura de que la elección va a satisfacer las necesidades de la Organización. El segundo era el del riesgo: el estudio del modelo empresarial había revelado 15 riesgos graves, siendo el principal de ellos el potencial de perturbación de la misión de la Organización.

122. Junto con el personal pertinente de la Oficina y la gerencia ejecutiva, el Auditor Interno y el Comité de Auditoría también estaban monitoreando el proyecto muy de cerca. Invitó los Estados Miembros a colaborar también con la Oficina en este cometido tan importante, no para microadministrar sino para ofrecer pericia y asesoramiento. Por su parte, la Oficina tomaría todas las medidas necesarias para asegurar que puso en práctica exitosamente un sistema de ERP que le permitiría a la Organización prestar la mejor cooperación técnica posible, dentro de un entorno de rendición de cuentas y transparencia.

***Proyecto de orden del día provisional para la 152.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo (documento SPBA7/INF/2)***

123. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el proyecto del orden del día provisional para la 152.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo contenido en el documento SPBA7/INF/2. Recordó que en la 151.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se había examinado una lista propuesta de temas para la consideración por los Cuerpos Directivos en el 2013 (documento CE151/FR, anexo C) y se había recomendado que la lista se acortara a fin de contar con tiempo suficiente para el debate de todos los temas. La lista se había revisado y la ex Directora, doctora Mirta Roses, la había enviado a los Estados Miembros. Luego, la Directora actual, doctora Carissa Etienne, la había acortado con miras a aprovechar al máximo el tiempo disponible para la consideración del proyecto de Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS, así como el proyecto de Programa y Presupuesto para el próximo bienio; a la vez, también se dejaba tiempo para el debate de los asuntos relativos a los comités regionales tratados por la Asamblea Mundial de la Salud. El resultado fue el proyecto del orden del día provisional presentado al Subcomité, del cual se propuso eliminar el tema 7.4, “Evaluación de Mitad



de Período de la Agenda de Salud para las Américas: Informe Final”, debido a que ese informe ya se le había presentado al Subcomité durante su séptima sesión (véase párrafos 37 a 47 anteriores).

124. En el debate que siguió, se le pidió a la Oficina que incluyera en el informe sobre la reforma de la OMS (punto 7.1 del orden del día) la información sobre las actividades de la OPS como organismo regional de la OMS para aumentar la armonización a través de los tres niveles de la Organización. El Delegado del Brasil señaló que su país sería la sede del Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, en noviembre del 2013, e indicó que debería incluirse un informe sobre los preparativos para ese evento bajo el punto “Asuntos de Información General”. Su delegación estuvo de acuerdo en preparar ese informe. El Delegado de Argentina pidió que el informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (punto del orden del día 7.7-H) incluyera información sobre el estado actual de los países que habían solicitado una prórroga de la fecha límite para satisfacer los requisitos de capacidad básica del RSI y sobre una herramienta desarrollada por los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) para evaluar la capacidad en los puertos de entrada. Señaló que su delegación había ofrecido reiteradamente compartir la herramienta con la OMS y había solicitado a la Oficina usar sus buenos oficios para conseguir que se incluyera en la caja de herramientas del RSI de la OMS.

125. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) dijo que el informe sobre el Reglamento Sanitario Internacional incluiría información sobre la herramienta del MERCOSUR y el progreso de los países para satisfacer los requisitos de capacidad básica. Sugirió que debería organizarse una sesión mientras tenía lugar el período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2013 con los países del MERCOSUR y el doctor Keiji Fukuda (Subdirector General, OMS) para abordar el tema de la herramienta. También podría invitarse al doctor Fukuda a que asistiera a la 152.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

126. El Subcomité respaldó el proyecto del orden del día provisional según se había presentado en el documento SPBA7/INF/2, con las modificaciones sugeridas por la Oficina y los Estados Miembros.

### **Otros asuntos**

127. El Subcomité escuchó presentaciones informales sobre el Día Mundial de la Salud 2013, la Semana de la Vacunación en las Américas 2013 y el Llamado a la acción: La Hispaniola libre del cólera.

**Clausura de la sesión**

128. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la séptima sesión del Subcomité.

Anexos

EN FE DE LO CUAL, el Presidente de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, Delegado de El Salvador y la Secretaria *ex officio*, la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en idioma español.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, este vigésimo-primer día de marzo del año dos mil trece. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

---

Matías Villatoro  
Delegado de El Salvador  
Presidente de la séptima sesión  
del Subcomité de Programa, Presupuesto,  
y Administración

---

Carissa F. Etienne  
Directora de la Oficina Sanitaria  
Panamericana  
Secretaria *ex officio* de la séptima sesión  
del Subcomité de Programa, Presupuesto,  
y Administración

## **ORDEN DEL DÍA**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

### **2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**

- 2.1 Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator
- 2.2 Adopción del orden del día

### **3. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**

- 3.1 Anteproyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019
- 3.2 Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al 2014-2015
- 3.3 Evaluación de mitad de periodo de la Agenda de Salud para las Américas, 2012
- 3.4 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.5 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

### **4. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 4.1 Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al año 2012
- 4.2 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
- 4.3 Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
- 4.4 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS

- 4.5 Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 4.6 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 4.7 Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

## **5. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 5.1 Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana:  
Informe de progreso
- 5.2 Proyecto de orden del día provisional para la 152.<sup>a</sup> Sesión del Comité Ejecutivo

## **6. OTROS ASUNTOS**

## **7. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos de trabajo

SPBA7/1, Rev. 1	Orden del día
SPBA7/2	Anteproyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019
SPBA7/3	Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al 2014-2015
SPBA7/4	Evaluación de mitad de periodo de la Agenda de Salud para las Américas, 2012
SPBA7/5	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
SPBA7/6	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
SPBA7/7, Rev. 1	Panorama del Informe Financiero del Director correspondiente al año 2012
SPBA7/8	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
SPBA7/9	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
SPBA7/10	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
SPBA7/11	Plan Maestro de Inversiones de Capital
SPBA7/12	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
SPBA7/13	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

**Documentos de información**

- SPBA7/INF/1      Proyecto de Modernización del Sistema de Información  
Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana:  
Informe de progreso
- SPBA7/INF/2      Proyecto de orden del día provisional para la 152.<sup>a</sup> Sesión  
del Comité Ejecutivo

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

**ARGENTINA**

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

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

**CHILE**

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

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

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

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

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

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

**EL SALVADOR**

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

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

**JAMAICA**

Dr. Jean Dixon  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

**SURINAME**

Dr. Marthelise Eersel  
Director of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**BRAZIL/BRASIL**

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

**MEXICO/MÉXICO**

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

**CANADA/CANADÁ**

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

**PANAMA/PANAMÁ**

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

**COLOMBIA**

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

**PERU/PERÚ**

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

Sr. Gustavo Matamoros Galvis  
Tercer Secretario, Representante  
Alternativo de Colombia ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C

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

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

Dr. Carissa F. Etienne  
Director/Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director/Director Adjunto

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

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

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel/Asesora Jurídica

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

## INFORME DE LA REUNIÓN ESPECIAL DEL SPBA

1. El Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración celebró una reunión especial el 17 de abril del 2013 por medio de un software de teleconferencias para tratar dos asuntos relativos a la política de los programas:

- Situación de la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas y panorama financiero comparativo por bienio
- Propuesta de Declaración por los Estados Miembros de las Américas con relación a la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas

2. Todos los miembros del Subcomité (Argentina, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, República Dominicana y Suriname) participaron en la reunión especial. También tomaron parte en la reunión, representantes de Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, y Saint Kitts y Nevis. El doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP) fue el Secretario Técnico. La Directora no pudo asistir a la reunión debido a un asunto familiar.

3. El doctor Andrus inauguró la reunión y les dio la bienvenida a los participantes en nombre de la Directora. Observó que la reunión se había organizado a petición del doctor Matías Villatoro, de El Salvador, Presidente de la séptima sesión del Subcomité, quien también había solicitado a la Oficina la preparación de un documento sobre la situación de la asignación de fondos de la OMS y un panorama financiero comparativo por bienio. Además, se informó a la Oficina que el Gobierno de México iba a presentar una propuesta de declaración por los Estados Miembros de las Américas con relación a la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas.

4. Expresó el reconocimiento de la Oficina a los Estados Miembros por su compromiso para lograr el financiamiento total del presupuesto de la OPS, y por su intención de proponer un procedimiento unificado para asegurar que la Región contara con un nivel sostenido de apoyo de la OMS y recibiera toda su asignación del presupuesto de la OMS, incluidas tanto las contribuciones señaladas como las voluntarias. La Oficina consideraba que este compromiso ponía de relieve el valor que los Estados Miembros asignaban a la labor de la Organización y al mejoramiento de la salud en las Américas y les agradecía a los gobiernos de El Salvador y de México por su liderazgo en el tema.

5. El doctor Matías Villatoro (El Salvador, Presidente de la séptima sesión del Subcomité) recordó que durante el debate en el Subcomité del proyecto de programa y presupuesto propuesto en marzo (véanse párrafos 26 a 36 del informe final de la sesión), la Delegada de México había presentado datos sobre la tendencia histórica del

financiamiento de la OMS para la Oficina Regional de las Américas. Se le había pedido a la Oficina que validara los datos. Luego, según había explicado el doctor Andrus, el Presidente había solicitado que se programara una sesión especial virtual a fin de analizar los datos suministrados por México y brindar mayor orientación a los Estados Miembros que estarían presentes en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2013. En respuesta a esa solicitud, la Oficina había preparado el documento SPBA7/SS/2.

### **Situación de la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas y panorama financiero comparativo por bienio (documento SPBA7/SS/2)**

6. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Programa y Presupuesto, OSP), al presentar el documento SPBA7/SS/2, dijo que para comprender la relación presupuestaria entre la OPS y la OMS, también había que entender que la OPS era una organización internacional independiente con su propia personalidad jurídica, gobernanza y estructuras financieras. Los Cuerpos Directivos de la OPS tenían la autoridad máxima para tomar decisiones en cuanto al programa y presupuesto de la Organización. La OMS podía aprobar la porción correspondiente a la Región del presupuesto de la OMS, pero no tenía autoridad para aprobar el presupuesto general de la OPS. Los Estados Miembros de la OPS pagaban las contribuciones señaladas tanto a la OPS como a la OMS y, por consiguiente, la OPS recibía contribuciones señaladas tanto directamente de los Estados Miembros de las Américas como a través de la porción asignada a la Región de las contribuciones señaladas pagadas por los Estados Miembros a la OMS. De igual manera, recibía contribuciones voluntarias directamente de los Estados Miembros y como una porción de las contribuciones voluntarias movilizadas por la OMS a nivel mundial.

7. Había expectativas contrapuestas con respecto a la asignación de las contribuciones voluntarias. Por un lado, los Estados Miembros de la OPS esperaban que la OMS honrara sus compromisos respecto del presupuesto de contribuciones voluntarias de AMRO. Por otro lado, la Secretaría de la OMS esperaba que la Oficina participara en las actividades de recaudación de fondos para cubrir la porción de contribuciones voluntarias de AMRO del presupuesto de la OMS. Sin embargo, debido a que la OPS era una organización internacional independiente, los fondos movilizadas a nivel regional no podían considerarse legalmente como parte de la proporción de AMRO de contribuciones voluntarias de la OMS. Hacerlo representaría un incumplimiento de la responsabilidad fiduciaria de la Oficina con respecto a los Estados Miembros de la OPS.

8. Como se muestra en el cuadro 1 del documento SPBA7/SS/2, en el bienio 2010-2011, la Región había recibido solo 25% de su proporción asignada de las contribuciones voluntarias de la OMS. Al 31 de diciembre del 2012, había recibido 37% de su asignación para el bienio 2012-2013. La figura 1 del documento mostraba la brecha entre las contribuciones voluntarias presupuestadas y las reales tanto de la OPS como de la OMS. En el bienio 2008-2009, aunque la Oficina había movilizado 40% más con respecto a la cantidad presupuestada para las contribuciones voluntarias de la OPS, la

OMS había aportado solo \$59 millones de los \$197 millones presupuestados como la porción para la Región de las contribuciones voluntarias de la OMS; por consiguiente, la brecha había ascendido a \$77 millones. La situación había sido similar en el bienio 2010-2011, cuando la brecha fue de \$85 millones. Todavía no se conocía el monto del déficit de financiamiento del bienio en curso pero se calculaba que sería considerable. Aunque ninguna región había recibido el total de su asignación proveniente de las contribuciones voluntarias de la OMS, otras regiones habían recibido una porción mucho más grande que las Américas: 75% o más en comparación con 25%-30% para AMRO. Por otro lado, aunque la OPS había ejecutado prácticamente todo el financiamiento voluntario que había recibido de la OMS, en los registros de la OMS el nivel de ejecución de la Región parecía ser muy bajo porque la OMS medía la ejecución en cuanto a la asignación total de contribuciones voluntarias a la Región, no en cuanto a la cantidad que la Región había recibido realmente.

9. De conformidad con el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos aprobado en el 2006 para guiar la asignación del presupuesto de la OMS entre las regiones (documento EB118/17), AMRO recibiría entre 6,3% y 7,7% del total, pero en realidad había recibido 5,9% en el bienio 2008-2009, 4,9% en 2010-2011 y 4,2% en 2012-2013 (al 31 de diciembre del 2012). Para el bienio 2014-2015, el presupuesto total de la OMS era de \$3,9 mil millones, de los cuales se esperaba que AMRO recibiera \$176 millones, es decir, 4,4%. El proyecto de presupuesto por programas 2014-2015 (documento A66/7) indicaba que el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos no se había utilizado en la preparación del presupuesto, pero no daba información sobre los criterios que se habían aplicado para determinar las asignaciones regionales. Aunque la porción de AMRO del presupuesto de la OMS era baja, sería manejable siempre que, en realidad, se recibiera todo el financiamiento asignado. Para que eso sucediera, la porción para la Región de las contribuciones señaladas debía mantenerse o aumentarse y su porción de las contribuciones voluntarias de la OMS debía financiarse al mismo porcentaje que el de otras regiones.

10. En el debate que siguió a la presentación de la señora Ortiz, los miembros del Subcomité expresaron inquietud acerca de la disminución en la proporción de AMRO en el presupuesto de la OMS y pidieron que se adoptara un método más equitativo para la asignación de recursos entre las regiones de la OMS. El hecho de que la Región sistemáticamente no recibía su asignación total del presupuesto de la OMS también se consideraba como un motivo de grave preocupación. Se consideraba esencial adoptar una posición regional común relativa a la situación de la OPS con respecto a la OMS y su presupuesto. Una delegada señaló que, en los últimos años, todas las organizaciones multilaterales habían experimentado una reducción en sus presupuestos, al tiempo que habían aumentado las exigencias que sus Estados Miembros les imponían. Subrayó la necesidad de emprender una iniciativa encaminada a persuadir a los Estados Miembros de que aumentaran sus contribuciones a las organizaciones multilaterales, incluidas la OMS y la OPS, en lugar de canalizar recursos mediante fondos e instituciones especiales

que no apoyaban a todos los países. Se pidió una aclaración acerca de la metodología que la OMS había utilizado para calcular las asignaciones regionales de acuerdo al proyecto de presupuesto por programas 2014-2015.

11. La señora Ortiz dijo que no se había especificado el método adoptado para determinar el porcentaje de distribución del presupuesto de la OMS.

12. El señor Dean Chambliss (Asesor especial de la Directora, OSP) confirmó que no se había adoptado ningún método oficial para determinar las asignaciones regionales según el proyecto de presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2014-2015. El proyecto mencionaba las consideraciones estratégicas, pero no explicaba con detalle cuáles eran. También observó que la Secretaría de la OMS en forma reiterada había tratado y seguía tratando de incluir las cifras del presupuesto de la OPS en el presupuesto general mundial de la OMS. Eso no había ocurrido hasta la fecha, pero era una situación que debían conocer los Estados Miembros.

13. El Subcomité agradeció a la Oficina el informe y la presentación, así como sus explicaciones claras de la relación presupuestaria entre la OPS y la OMS.

**Propuesta de Declaración por los Estados Miembros de las Américas con relación a la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas (documento SPBA7/SS/3)**

14. La señora Martha Caballero Abraham (México) presentó dos diapositivas que mostraban el valor absoluto y la parte proporcional de la porción de AMRO del presupuesto de la OMS en los bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013, con las proyecciones para 2014-2015. Las diapositivas también mostraban las cantidades y porcentajes del presupuesto aprobado que en realidad se había puesto a disposición de la OPS y que la Organización había ejecutado. Las cifras se habían derivado o calculado sobre la base de documentos oficiales de la OMS y la OPS. En el bienio 2008-2009, la cantidad presupuestada por la OMS para AMRO había sido de \$279 millones. De esa cantidad, la Región había recibido \$148 millones, o 53,05%. En el 2010-2011, la Región había recibido \$158 millones, o 61,72% de los \$256 millones presupuestados por la OMS para AMRO. Los porcentajes del presupuesto asignado por la OMS que en realidad se habían ejecutado en esos dos bienios habían sido 49,1% y 60,16%, respectivamente.

15. Utilizando el promedio de los porcentajes que en realidad se habían recibido en los bienios 2008-2009 y 2010-2011 (57,38%), podría calcularse que de los \$173 millones asignados a la Región para 2012-2013, solo se recibirían cerca de \$99,2 millones, y del total de la asignación regional prevista de \$176 millones para 2014-2015, solo se recibirían \$100,99 millones. En conjunto, si continuaba la tendencia actual, el total de los fondos presupuestados pero no recibidos desde el 2008-2009 ascendería a unos \$377

millones para fines del bienio 2014-2015, mientras que la cantidad presupuestada pero no ejecutada sumaría alrededor de \$402 millones.

16. Desde el punto de vista de su Gobierno, sería importante para los Estados Miembros de las Américas que durante la próxima Asamblea Mundial de la Salud se subrayara el hecho de que no solo era la Región que recibía la proporción más pequeña del presupuesto de la OMS, sino que además estaba recibiendo una cantidad mucho menor que la asignada. Los Estados Miembros también debían insistir en que la Región debía recibir la totalidad de su asignación. También sería importante solicitar una aclaración acerca de los criterios que la OMS estaba aplicando para determinar las asignaciones regionales y exigir transparencia en el proceso de asignación de recursos. La repercusión programática de no haberse ejecutado una proporción considerable del presupuesto de la OMS —tanto para la OMS como para la OPS— también debía destacarse.

17. El Presidente invitó al Subcomité a que formulara observaciones sobre la presentación por la Delegada de México y sobre la propuesta del documento SPBA7/SS/3.

18. El Subcomité expresó su agradecimiento por la presentación y el documento preparados por el Gobierno de México. Se acordó que eran necesario aumentar la transparencia y la rendición de cuentas con respecto a la metodología y los criterios adoptados para determinar la asignación del presupuesto de la OMS a las regiones. Aunque se hizo hincapié en la importancia de la solidaridad con otras regiones y se reconoció que el aumento de la asignación presupuestaria a una región significaría una reducción en las asignaciones de otras regiones, los delegados reiteraron su opinión de que AMRO no estaba recibiendo una proporción justa del presupuesto de la OMS y subrayaron la necesidad de llevar el asunto a la atención de la Asamblea de la Salud. Se consideró oportuno hacerlo durante la próxima 66.<sup>a</sup> sesión de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, en el contexto del debate de la reforma de la OMS, el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y el presupuesto por programas de la OMS para 2014-2015.

19. Se señaló que la proporción asignada a la Región de las contribuciones voluntarias de la OMS había disminuido en más de 50% entre los bienios 2010-2011 y 2012-2013, y se solicitó una aclaración sobre la forma en que la OMS determinaba la porción del presupuesto de contribuciones voluntarias de la OMS que iría a AMRO y por qué la Región recibía una porción tan pequeña en comparación con otras regiones de la OMS. Una delegada preguntó si la metodología de asignación estratégica de recursos aprobada en el 2006 se había aplicado tanto a las contribuciones señaladas como a la porción de las contribuciones voluntarias del presupuesto de la OMS. Se señaló que el diálogo financiero que tendría lugar con relación al presupuesto por programas de la OMS 2014-2015, quizá brindaría una oportunidad a los países de las Américas para



mejorar la situación de la Región con respecto a las contribuciones voluntarias de la OMS.

20. En cuanto a la declaración propuesta contenida en el documento SPBA7/SS/3, se pidió una aclaración de la Oficina con respecto al procedimiento a seguir, dado que la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud tendría lugar antes de la 152.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo de la OPS en junio. También se pidió una aclaración en cuanto a la importancia que tendría ante la Asamblea de la Salud una declaración aprobada por un subcomité de un organismo regional.

21. Para responder a los comentarios y preguntas formulados en el Subcomité, la señora Ortiz dijo que una explicación de la proporción baja de contribuciones voluntarias de la OMS asignadas a la Región era que se esperaba que AMRO movilizara sus propios fondos voluntarios.

22. El señor Chambliss señaló que la porción de contribuciones voluntarias del presupuesto rara vez se financiaba totalmente en cualquier región porque no podía garantizarse que la OMS en realidad pudiera movilizar la cantidad de contribuciones voluntarias contempladas en su presupuesto por programas. No obstante, la proporción que había recibido AMRO era, sin duda alguna, mucho menor que la recibida por otras regiones; en general, había sido de 25%-30% en comparación con 75%-80%. Era justo decir que algunos colegas de la sede de la OMS pensaban que, debido a que la OPS tenía sus propias fuentes de financiamiento, la Región no necesitaba tanto como otras regiones el financiamiento voluntario de la OMS. Sin embargo, era necesario tener presente que las contribuciones voluntarias básicas constituían un porcentaje relativamente pequeño del total de las asignaciones voluntarias y que el resto consistía en contribuciones especificadas, o destinadas a un fin concreto, algunas de las cuales, según lo establecido en el acuerdo negociado con el donante, tenían que ir a una región particular.

23. La reducción de la asignación de contribuciones voluntarias de la Región entre los bienios 2010-2011 y 2012-el 2013 reflejaba una reducción correspondiente de la porción de contribuciones voluntarias del presupuesto por programas a nivel mundial. Esa reducción, a su vez, revelaba un esfuerzo para conseguir que los presupuestos de la OMS fueran más realistas. Mientras que todas las regiones habían visto una disminución en la cantidad de financiamiento voluntario recibida del presupuesto de la OMS, ninguna otra región había experimentado una disminución del 50%. La reducción para AMRO había sido excepcionalmente grande en términos de porcentaje.

24. Con respecto a si la metodología de asignación estratégica de recursos se había aplicado individualmente al presupuesto ordinario y a las contribuciones voluntarias, hasta donde él sabía, se había aplicado al presupuesto en su totalidad, sin tener en cuenta el origen de los fondos. Con respecto a su observación anterior acerca de incluir cifras del presupuesto de la OPS en el presupuesto por programas mundial de la OMS, deseaba

aclarar que, tal como lo había explicado la señora Ortiz, la OPS era una organización separada y la Asamblea de la Salud no podía tomar decisiones acerca del presupuesto general de la OPS; solamente podía decidir cuál sería la porción destinada a AMRO.

25. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP), para responder a las preguntas con respecto a la metodología usada en la asignación del presupuesto por programas propuesto de la OMS para 2014-2015, dijo que en una reunión reciente se había explicado que se había hecho un mapeo entre los objetivos estratégicos que figuraban en el presupuesto por programas de 2012-2013 y las nuevas categorías que se usarían en el presupuesto por programas para 2014-2015 y los bienios subsiguientes abarcados por el Duodécimo Programa General de Trabajo. El mapeo había reflejado el uso de recursos por región pero parecía que había habido poco análisis estratégico de cómo se habían asignado los recursos a los diversos objetivos estratégicos. Más bien, el mapeo se había basado principalmente en cálculos matemáticos del gasto real y los niveles de ejecución. Si esas cifras reflejaban la subfinanciación de la asignación regional, como en el caso de AMRO, entonces ese tipo de mapeo perpetuaría la tendencia de una baja asignación de recursos.

26. La doctora Amalia del Riego (Asesora Principal, Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos, OSP), formuló observaciones sobre la repercusión que tendrían en los programas las reducciones en la proporción de recursos de la OMS asignados a la Región; dijo que la repercusión mayor se sentiría si la asignación del presupuesto ordinario descendía por debajo de su nivel actual. Esa asignación se derivaba de las contribuciones señaladas, que, a diferencia de las contribuciones voluntarias, no podían destinarse para finalidades o regiones específicas.

27. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) dijo que, desde el punto de vista de los procedimientos, el Subcomité tenía dos opciones: podría recomendar que se convocara una sesión especial del Comité Ejecutivo para considerar el asunto antes de la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud o podría respaldar, con cualquier modificación considerada necesaria, la declaración propuesta en el documento SPBA7/SS/3 y luego presentarla para consideración por el Grupo de las Américas (GRUA), que se reuniría poco antes de la Asamblea de la Salud. En el último caso, el GRUA podría formular una declaración que sería leída en voz alta por un representante de un Estado Miembro de las Américas durante la Asamblea de la Salud. La ventaja de la primera opción sería que el Comité Ejecutivo podría, si lo deseaba, aprobar una resolución, que llevaría más peso que una declaración respaldada por el Subcomité y presentada al GRUA, que no era un Cuerpo Directivo.

28. Algunos miembros del Subcomité favorecían la presentación de una declaración emanada del GRUA, mientras que otros opinaron que una resolución del Comité Ejecutivo sería más apropiada. Los del último grupo subrayaron que se necesitaba una expresión formal de la opinión de un Cuerpo Directivo de la OPS y pidió la convocatoria

de una sesión especial del Comité Ejecutivo para adoptar una resolución que luego podría transmitirse al Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS, que se reuniría inmediatamente antes de la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Los que preferían una declaración del GRUA opinaron que no había tiempo suficiente para convocar una sesión especial del Comité Ejecutivo antes de la Asamblea de la Salud. También señalaron que los Estados Miembros estaban ocupados preparándose para el debate de varios temas importantes durante la Asamblea de la Salud, incluido el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y el presupuesto por programas correspondiente al bienio 2014-2015, así como con el debate del próximo Plan Estratégico de la OPS en el Grupo Consultivo de Países (CCG).

29. Se señaló que, en cualquiera de los casos, no podía exhortarse a la OMS a garantizar una cierta cantidad de financiamiento voluntario para la Región ya que quizá no pudiera movilizar todo el financiamiento voluntario presupuestado. También se señaló que las dos opciones no eran mutuamente excluyentes y que la adopción de una resolución por el Comité Ejecutivo no excluiría el debate del asunto por el GRUA.

30. Se sometió a votación el tema y cinco de los siete miembros del Subcomité votaron a favor de convocar una sesión especial del Comité Ejecutivo. Se sugirió que podría fijarse la fecha de la reunión extraordinaria para que coincidiera con una reunión del CCG programada para finales de abril.

31. El Director Adjunto dijo que la Oficina haría los arreglos necesarios para la reunión extraordinaria. Observó que de las deliberaciones del Subcomité habían surgido dos conclusiones principales: debía mantenerse la proporción de AMRO en el presupuesto de la OMS y debía haber más transparencia en el método de asignar el presupuesto.

32. El Presidente le expresó su agradecimiento a la Oficina por haber organizado la reunión y a los Estados Miembros por su participación, y luego declaró clausurada la reunión.

## **SESIÓN ESPECIAL**

### **ORDEN DEL DÍA**

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
  - 2.1 Adopción del orden del día
- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
  - 3.1 Situación de la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas y panorama financiero comparativo por bienio
  - 3.2 Propuesta de Declaración de los Estados Miembros de las Américas con relación a la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas
- 4. OTROS ASUNTOS**
- 5. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

## **SESIÓN ESPECIAL**

### **LISTA DE DOCUMENTOS**

#### **Documentos de trabajo**

SPBA7/SS/1	Orden del día
SPBA7/SS/2	Situación de la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas y panorama financiero comparativo por bienio
SPBA7/SS/3	Propuesta de Declaración de los Estados Miembros de las Américas con relación a la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas

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

**ARGENTINA**

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

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

**CHILE**

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

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

**EL SALVADOR**

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

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

**EL SALVADOR (cont.)**

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

**JAMAICA**

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

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

**SURINAME**

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

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

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

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

**BRAZIL/BRASIL**

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

**BOLIVIA**

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

**CANADA/CANADÁ**

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

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

**COSTA RICA**

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

**ECUADOR**

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

**GUATEMALA**

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

**HONDURAS**

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

**MEXICO/MÉXICO**

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

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

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

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

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

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

**PANAMA/PANAMÁ**

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

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

**PARAGUAY**

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

**PERU/PERÚ**

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

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

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

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

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



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

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director/Director Adjunto

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

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

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

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel/Asesora Jurídica

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

- - -