



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 3.2 del orden del día provisional

CE138/6 (Esp.)

15 mayo 2006

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LA 40.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

1. El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 40.^a sesión en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 20 al 22 de marzo de 2006.
2. La reunión contó con la asistencia de representantes de los Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Argentina, Barbados, Canadá y Venezuela; y por la Directora: Costa Rica, Nicaragua y Paraguay. También estuvieron presentes observadores de Brasil, México y de los Estados Unidos de América.
3. Fueron electos como autoridades los delegados de Costa Rica (Presidente), de Venezuela (Vicepresidente) y de Paraguay (Relator.)
4. Los siguientes temas fueron considerados durante esta sesión:
 - Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS4
 - Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - Implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas
 - Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana
 - Desempeño financiero de la Organización Panamericana de la Salud en el ejercicio 2004-2005: panorama de los recursos y las tendencias financieras

- Método para formular el plan estratégico de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Programa de Acción Sanitaria para las Américas 2008-2017
 - Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso
 - Marco de la OPS para la movilización de recursos
 - Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud
 - Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo
 - Examen de los centros panamericanos
 - Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados
5. Bajo “Otros asuntos” también se trataron los siguientes temas: Evaluación del programa por la Oficina de Servicios de Supervisión Interna; Preparación de la edición de 2007 de “La Salud en las Américas”, Orden del día de la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo y Documentos para los Cuerpos Directivos: preparación y puntualidad.
6. El informe final de la sesión aparece adjunto.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



40.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 20 al 22 de marzo de 2006

CE138/6 (Esp.)
Anexo

SPP40/FR (Esp.)
22 de marzo de 2006
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

Página

Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día	4
Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS.....	4
Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	5
Implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas.....	8
Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana	14
Desempeño financiero de la Organización Panamericana de la Salud en el ejercicio 2004-2005: panorama de los recursos y las tendencias financieras	18
Método para formular el plan estratégico de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Programa de Acción Sanitaria para las Américas 2008-2017	23
Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso	28
Marco de la OPS para la movilización de recursos.....	32
Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.....	36
Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo	40
Examen de los centros panamericanos.....	45
Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados.....	48
Otros asuntos	52
Evaluación del programa por la Oficina de Servicios de Supervisión Interna.....	52
Preparación de la edición de 2007 de “La Salud en las Américas”	52
Orden del día de la 138. ^a sesión del Comité Ejecutivo	53
Documentos para los Cuerpos Directivos: preparación y puntualidad	55
Clausura de la sesión	55
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

1. La 40.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C., del 20 al 23 de marzo de 2006.

2. La reunión contó con la presencia de los representantes de los siguientes Estados Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Paraguay y Venezuela. Los representantes de Brasil, México y Estados Unidos de América asistieron como observadores.

Mesa Directiva

3. Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité en la 40.^a sesión:

Presidenta: Costa Rica (Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal)

Vicepresidenta: Venezuela (Sra. Rosicar Mata León)

Relator: Paraguay (Dr. Roberto Dullak Peña)

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

Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, observando que el Subcomité estaría examinando varios asuntos de extraordinaria importancia para la vida de la Organización. Igual que el resto del personal de la Secretaría, esperaba con interés recibir la orientación de los Miembros sobre esos asuntos.

6. La Dra. Sáenz Madrigal también dio la bienvenida a los participantes y expresó su gratitud a los Miembros por haber elegido a Costa Rica para presidir el Subcomité. Agregó que le complacía especialmente tener la oportunidad de representar a su país en calidad de Presidenta del Subcomité en el año en curso, que marcaría el final tanto del mandato de Costa Rica en el Comité Ejecutivo como de su mandato como Ministra de Salud.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP40/1, rev. 1 y SPP40/WP/1)

7. De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité aprobó el orden del día provisional presentado por la Directora. El Subcomité también adoptó un programa de reuniones. A petición de Canadá, el Subcomité acordó tratar la preparación y puntualidad de los documentos para los Cuerpos Directivos bajo “Otros asuntos”.

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS (documento SPP40/6)

8. El Sr. Nick Previsich (Canadá, Presidente del Grupo de Trabajo sobre Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de OPS) presentó el informe del Grupo de Trabajo, recalcando la franqueza y la apertura que habían caracterizado los debates durante la primera reunión del Grupo, celebrada el 5 y 6 de diciembre de 2006 en la sede de la OPS. Recordó que el Grupo de Trabajo se había establecido de conformidad con la Decisión CE137(D5) del Comité Ejecutivo. En su primera reunión, el Grupo expresó su acuerdo con sus atribuciones, orden del día, métodos de trabajo y horario. Continuó considerando la reforma y simplificación del Subcomité de Planificación y Programación, así como del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. También trató diversos asuntos en relación con el Reglamento Interno de los Cuerpos Directivos y la elección de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana. La segunda reunión se celebraría inmediatamente después de la 40.^a sesión del Subcomité, el 23 y 24 de marzo de 2006. En el documento SPP40/6 figura un resumen de las decisiones y las deliberaciones del Grupo de Trabajo y una lista de los asuntos a considerarse en la segunda reunión.

9. El Delegado de Argentina (Presidente del Comité Ejecutivo) afirmó que la reunión había sido extremadamente productiva y agradeció al Presidente su eficiencia en la conducción de las deliberaciones. Estaba seguro de que las reuniones futuras del Grupo de Trabajo serían igualmente fructíferas.

10. La Directora preguntó si el apoyo que el Grupo de Trabajo había recibido de la Secretaría hasta la fecha había sido adecuado.

11. El Sr. Previsich respondió que el Grupo de Trabajo había recibido un apoyo excepcional de la Secretaría y agradeció los esfuerzos de la Directora y del resto del personal que había colaborado en la tarea. Observando que el Subcomité había hecho pocos comentarios sobre el informe, dijo que esperaba que la mayoría de los Miembros planearan asistir a la segunda reunión del Grupo de Trabajo y estuvieran, por

consiguiente, reservándose sus comentarios hasta entonces. La ausencia de un debate en el Subcomité no indicaba de ninguna manera una falta de entusiasmo con el trabajo del Grupo. Por el contrario, los Estados Miembros habían mostrado mucho interés en los mecanismos de gobernanza que están debatiéndose. Invitó a los delegados que no planearan asistir a la segunda reunión a formular sus observaciones a fin de transmitir las al Grupo de Trabajo.

12. La Presidenta recalcó la importancia de la amplia participación de los Estados Miembros en el trabajo del Grupo e instó todos los países que no eran miembros del Grupo a participar en sus reuniones o presentar sus comentarios al Presidente.

Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPP40/7)

13. La Directora esbozó el progreso logrado en el proceso de fortalecimiento institucional desde su último informe a los Cuerpos Directivos en septiembre de 2005, destacando en particular las medidas que se habían tomado en cumplimiento de las Resoluciones CD46.R2 y CD46.R8, aprobadas por el 46.º Consejo Directivo el año anterior, y recalando el compromiso de la Secretaría con la ejecución de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documento CD46/29), los informes del Auditor Externo, los Servicios de Supervisión Interna (documentos CD45/29 y CD46/24) y la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas (documento CD46/23, Add. I), así como su propio Plan Estratégico para el período 2003-2007.

14. Empezó por un examen de los antecedentes del proceso de fortalecimiento institucional y sus tres componentes: la acción de desarrollo, las iniciativas transformacionales y las redes. Luego pasó a describir el progreso logrado hasta la fecha con cada componente, vinculando la acción emprendida en cada caso a uno de los cinco objetivos estratégicos para el cambio institucional (que se presentan en una tabla matricial en el documento SPP40/8). También proporcionó una actualización sobre el progreso logrado con la hoja de ruta para el cambio institucional, señalando que se presentaría al Subcomité información adicional sobre varias de las iniciativas de la hoja de ruta bajo otros puntos del orden del día. Luego examinó las enseñanzas extraídas del proceso durante el último año (documento SPP40/8, párrafos 11-13). En su opinión, un área en la cual queda mucho que hacer es la interiorización de los valores filosóficos y los principios centrales de la Organización por el personal y la comunicación de esos valores y principios a los socios externos. Los principios del panamericanismo, la solidaridad y la equidad que sirven de base para el trabajo de la OPS todavía no se comprenden del todo. No obstante, se ha progresado mucho en el fomento del trabajo en equipo, no solo por el trabajo en equipo en sí sino porque el personal ha entendido su utilidad y sus ventajas y se ha dado cuenta de que es la manera más eficaz de responder a las necesidades de los Estados Miembros.

15. Concluyó agradeciendo al Gobierno de Canadá la inclusión de un componente de apoyo al proceso de fortalecimiento institucional en su contribución reciente a la Organización a través de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI). Canadá es el primer Estado Miembro en haber asignado apoyo específicamente para esa finalidad.

16. El Subcomité agradeció a la Directora la presentación de su informe tan completo y a la Secretaría su compromiso incesante con el fortalecimiento institucional. Los miembros encomiaron el progreso realizado en la compleja tarea de consolidar y poner en práctica las numerosas recomendaciones y propuestas del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, el Auditor Externo, los Servicios de Supervisión Interna y la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. Alentó a la Secretaría a que siguiera sus esfuerzos para completar los cambios institucionales propuestos para fines de 2007 a fin de establecer una plataforma sólida de la cual se pueda lanzar y llevar a cabo el plan estratégico durante el próximo quinquenio, 2008-2012.

17. Los delegados elogiaron el liderazgo de la OPS en la organización de la respuesta regional a la amenaza de la influenza aviar y la influenza pandémica humana y alentaron a la Organización a que siguiera esforzándose por coordinar su trabajo con el de otras organizaciones para hacer un uso más eficaz de los recursos y asegurarse de que los Estados Miembros estén preparados para hacer frente a estas amenazas. Los delegados también aplaudieron el desarrollo de modalidades nuevas e innovadoras de cooperación técnica y el fortalecimiento de la cooperación centrada en el país.

18. Se formularon varias observaciones y sugerencias específicas en cuanto a la información presentada en el informe. Un delegado señaló que la función de los centros colaboradores de la OMS debía examinarse en mayor profundidad y que se debía dar mayor difusión a los “logros ejemplares”, es decir, ejemplos de cooperación técnica eficaz de los centros con países de las Américas. Otro delegado sugirió que las “enseñanzas extraídas” debían incluir lecciones desde la perspectiva no solo de la Secretaría, sino también de las oficinas de país y los centros panamericanos. En cuanto a la iniciativa de la hoja de ruta, el mismo delegado afirmó que, además del plazo para la finalización de las diversas iniciativas, los indicadores debían identificar los resultados esperados de cada iniciativa y la forma en que se integrarían en el trabajo diario de la Organización. Una delegada preguntó qué medidas estaban tomándose para aumentar el porcentaje del personal que había presentado declaraciones de intereses, cifra que, según el informe de la Directora, era actualmente de 70%. Pidió que le aclararan si el puesto de mediador se había llenado y solicitó información adicional sobre la investigación de mercado mencionada en la intervención de la Directora.

19. La Directora, respondiendo a las observaciones del Subcomité, dijo que la Secretaría tenía la obligación de presentar tales informes periódicamente a todos los Estados Miembros, y no solo aquellos que estuvieran representados en las reuniones de

los Cuerpos Directivos a lo largo del año. Por consiguiente, la Secretaría estaba trabajando a través de las oficinas de país para conseguir que los documentos y las ponencias que había preparado para los Cuerpos Directivos se difundieran ampliamente y fueran debatidos no solo por el personal de las representaciones sino también con funcionarios nacionales. De manera análoga, la Secretaría había solicitado el aporte de las oficinas de país y los centros panamericanos en el proceso de fortalecimiento institucional y lo había incorporado en las “enseñanzas extraídas” en el informe.

20. Era verdad que poner en práctica los diversos conjuntos de recomendaciones era una tarea compleja. Sin embargo, era importante tener presente que, a pesar de sus orígenes y orientaciones diferentes, las diversas iniciativas de cambio estaban dirigidas esencialmente a dos objetivos: la identificación de los importantes retos de salud pública en la Región y la determinación del papel que desempeñarían los países y la Secretaría al afrontar esos desafíos. El esfuerzo para lograr la convergencia y consolidación de las recomendaciones había ayudado a la Secretaría a focalizar el proceso de fortalecimiento institucional, que era, desde luego, un proceso en curso, evolutivo, que continuaría a medida que la Secretaría tratara de adaptarse a la realidad externa cambiante.

21. Según había observado el Subcomité, la amenaza de influenza había brindado la oportunidad de fortalecer la posición estratégica de la Organización y le había permitido trabajar de una manera mucho más integrada con los países, con otros organismos y con el público. También había brindado la oportunidad de mejorar diversos instrumentos de comunicación, en particular el sitio web de la OPS. Estuvo de acuerdo en que la coordinación con otros organismos era esencial. La Secretaría había realizado un esfuerzo considerable para persuadir a los organismos responsables de la sanidad animal de que asumieran un papel mayor en la respuesta a la amenaza de influenza. Había tenido más éxito con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) que con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) o la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), que tenía una presencia muy limitada en los países de la Región. Sin embargo, la Secretaría seguía trabajando para lograr una mayor participación de esos organismos mundiales.

22. Aceptó la sugerencia de un análisis más minucioso de la función de los centros colaboradores de la OMS y dijo que la Secretaría se esforzaría por redactar un documento sobre el tema que se sometería a la consideración de los Cuerpos Directivos más adelante. La OPS había organizado varias reuniones de centros colaboradores a fin de que los funcionarios nacionales tomaran más conciencia de su pericia y su capacidad para apoyar el trabajo de salud en las Américas. Los centros tenían un papel crucial que desempeñar en la puesta en práctica de los planes de salud pública regionales, tema que se trataría más a fondo cuando el Subcomité abordara el tema “Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso”. Además de promover el trabajo de las instituciones reconocidas como centros colaboradores de la OMS, la Secretaría estaba

buscando otros centros de excelencia nacionales que pudieran servir de fuente de pericia en diversos temas de salud pública.

23. Con respecto a la investigación de mercado, dijo que la Secretaría tenía la intención de presentar información adicional bajo “Otros asuntos” si había tiempo. La finalidad del estudio era determinar las percepciones de los Estados Miembros de la Organización. Quizás el resultado más notable había sido que, a pesar de tener más de 100 años, la OPS no era una organización anquilosada; más bien, había podido adaptarse y cambiar en respuesta a los cambios en las circunstancias.

24. En cuanto a las declaraciones de intereses, el porcentaje del personal que había firmado las declaraciones ahora había subido a 83% en general. Entre los directores y gerentes llegaba a 95%. La Oficina del Asesor Jurídico estaba trabajando continuamente para informar al personal acerca de lo que constituye un conflicto de intereses y lograr que todo el personal afectado presentara las declaraciones.

25. De manera análoga, el Área de Gestión de Recursos Humanos seguía trabajando para poner en práctica las diversas recomendaciones en cuanto a la contratación de personal. Obviamente, algunos cambios, como aumentar el número de candidatas y ampliar la representación geográfica del personal, tomarían tiempo, pero deseaba asegurar al Subcomité que se habían iniciado esfuerzos en ese sentido. La Secretaría esperaba que, para fines de abril de 2006, se hubieran llenado los puestos fundamentales, incluido el de mediador.

26. Por último, con respecto a los resultados previstos de las iniciativas de la hoja de ruta, explicó que, en muchos casos, los productos de esas iniciativas serían documentos de trabajo para los Cuerpos Directivos, ya que muchas de las iniciativas consistían en la elaboración de propuestas de políticas o estrategias que requerirían la aprobación de los Estados Miembros. Una vez aprobadas, las políticas y estrategias resultantes guiarían el trabajo diario de la Organización.

Implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas

27. El Sr. Even Fontaine Ortiz (Inspector, Dependencia Común de Inspección del sistema de las Naciones Unidas) presentó un panorama del marco conceptual de referencia desarrollado por la Dependencia Común de Inspección para evaluar el progreso en la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas. El marco surgió de un análisis detallado de la experiencia de las diversas organizaciones de las Naciones Unidas con la aplicación de esta modalidad de gestión. Entre otros resultados clave, ese análisis reveló que no hay un modelo u hoja de ruta único para aplicar la gestión orientada a la consecución de resultados, que es sencillamente una estrategia de gestión. La naturaleza y las

características específicas de cada organización dictan la forma en que se aplica la estrategia. El análisis mostró también que esta modalidad de gestión no puede implantarse de la noche a la mañana y que no produce resultados de inmediato. Su aplicación requiere un cambio de mentalidad y de modalidad de gestión. Ese cambio puede llevar años.

28. Parte del cambio que tiene que producirse en la cultura de la gestión es una reversión del método tradicional de planificación y presupuestación en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. En vez de planificar sus actividades sobre la base de los recursos que tienen a su disposición, como lo hacían antes, en el contexto actual de la presupuestación orientada a la consecución de resultados tienen que hacer lo contrario: primero enunciar los resultados previstos y después planificar las actividades y señalar los recursos necesarios para lograrlos. La movilización de recursos es un aspecto fundamental de la gestión orientada a la consecución de resultados. Uno de los errores más graves del sistema de las Naciones Unidas en el pasado había sido establecer objetivos elevados sin indicar la cantidad y la fuente de los recursos necesarios para alcanzarlos, como en el caso de los objetivos de la Declaración del Milenio.

29. Otro aspecto fundamental de la aplicación eficaz de la gestión orientada a la consecución de resultados es un marco conceptual compartido. Todos los integrantes de una organización, desde el personal de la secretaría hasta los Estados Miembros, tienen que tener la misma comprensión de esta modalidad de gestión y usar la misma terminología para hablar de ella. Otra condición importante es una división clara del trabajo entre las diversas partes de la organización. La función de los Estados Miembros es, por medio de los órganos directivos de la organización, proporcionar orientación general sobre los objetivos a lograr, aprobar los recursos necesarios para llevar a cabo los programas y ejercer la supervisión general. Incumbe a la secretaría plasmar los objetivos fijados por los Estados Miembros en programas y actividades. Los Estados Miembros deben abstenerse de ejercer una microgestión, pero eso no significa que la secretaría tenga carta blanca para hacer lo que le plazca. La secretaría debe asumir la responsabilidad por el uso eficiente y transparente de los recursos e informar regularmente a los Estados Miembros sobre los resultados obtenidos.

30. Basado en su análisis, los Inspectores de la Dependencia Común de Inspección señalaron tres pilares principales para el desarrollo de un sistema sólido de gestión orientada a la consecución de resultados. El primero es el ciclo de planificación, programación, presupuestación, supervisión y evaluación. El primer paso en una gestión eficaz orientada a la consecución de resultados consiste en planificar las metas a largo plazo; el siguiente es transformar esas metas en programas concretos a corto plazo. La experiencia muestra que doce años es un buen período de planificación a largo plazo, mientras que seis años es un período apropiado para el ciclo de programación. El tercer paso es la presupuestación, o sea la asignación de recursos a actividades específicas. Los presupuestos abarcan en general un período de dos o tres años. La supervisión y la

evaluación obviamente son cruciales para determinar las repercusiones y mostrar la forma en que se han usado los recursos. También proporcionan la base para el ciclo siguiente de planificación, programación y presupuestación.

31. El segundo pilar de la gestión orientada a la consecución de resultados es la delegación de autoridad y la rendición de cuentas. La delegación de autoridad, con una jerarquía clara y vertical, es indispensable para la aplicación eficaz de la gestión orientada a la consecución de resultados. Para asumir la responsabilidad de los resultados, los gerentes deben estar facultados para tomar decisiones en todas las áreas de las que son responsables, incluido el manejo de los recursos humanos y financieros. La delegación de autoridad debe estar bien documentada y respaldada por un buen sistema de información para la gestión.

32. Sin embargo, no se debe delegar autoridad a nadie hasta que haya un sistema de rendición de cuentas en funcionamiento. Las personas autorizadas para administrar los recursos deben comprender las consecuencias de su uso indebido. Un sistema sólido de rendición de cuentas requiere un marco legal claro, o sea un conjunto claro de reglas, y un sistema para la administración de la justicia. Hay que reemplazar los sistemas de rendición de cuentas tradicionales, basados en el cumplimiento, con sistemas basados en el desempeño e instituir un sistema de recompensas para el buen desempeño y sanciones para el rendimiento deficiente, aunque este último prácticamente no se conocía en el sistema de las Naciones Unidas. En condiciones ideales, se deben realizar evaluaciones del desempeño de 360 grados. Otros requisitos para un buen sistema de rendición de cuentas son que se aplique en todos los niveles, de arriba abajo, y que esté respaldado por sistemas sólidos de supervisión con capacidad de evaluación, investigación y auditoría para detectar posibles casos de abuso o faltas de conducta.

33. El tercer pilar es la gestión del desempeño del personal y los contratos. En el sistema de las Naciones Unidas, la gestión del desempeño se había considerado durante mucho tiempo como un proceso burocrático desconectado de la razón de ser de la organización. Para que la gestión orientada a la consecución de resultados fuera eficaz, eso tenía que cambiar. Cada funcionario debe tener una comprensión clara del papel que desempeña en la consecución de los objetivos de la organización. Eso se establece en el plan de trabajo individual, que sienta las bases para la supervisión del desempeño.

34. Los sistemas de evaluación del desempeño deben ser claros y objetivos y asegurar que se apliquen las mismas reglas a todo el personal. Los resultados de las evaluaciones del desempeño deben servir de base para las acciones de personal, entre ellas los ascensos, el avance profesional y los aumentos de sueldo. Los aumentos de escalón no deben otorgarse automáticamente sino que deben estar supeditados a un desempeño adecuado. Los arreglos contractuales también son un aspecto crucial de la gestión del desempeño. Los contratos deben vincularse claramente al desempeño. La experiencia muestra que los contratos de duración indefinida parecen ser sumamente compatibles con

la gestión orientada a la consecución de resultados. Aunque no cabe duda de que es importante respetar los arreglos contractuales, con el personal recién contratado se debe realizar un esfuerzo para pasar cada vez más a los contratos de duración indefinida, con renovación supeditada al desempeño.

35. El Subcomité agradeció la exposición, que inducía a pensar, y expresó su apoyo decidido a la gestión orientada a la consecución de resultados. Sin embargo, varios delegados comentaron que no estaban seguros de lo que se esperaba de los Estados Miembros respecto de este tema, en particular ya que no se había presentado ningún documento de trabajo que les hubiera permitido prepararse para tratar el tema.

36. Se pidió al Inspector que comentara sobre la influencia que la gestión orientada a la consecución de resultados podría tener en la cooperación técnica en el caso específico de la OPS y, en particular, sobre la forma en que deberían tenerse en cuenta los grados dispares de desarrollo de los sistemas de salud en los diversos países al establecer metas comunes en un sistema orientado a la consecución de resultados. Los delegados también preguntaron qué función podrían desempeñar los Estados Miembros en la evaluación de la consecución de las metas de salud en un sistema de evaluación del desempeño de 360 grados.

37. Se señaló que el logro de las metas de salud regionales, como la erradicación de la poliomielitis o la eliminación del sarampión, involucraba necesariamente varias organizaciones y actores. Un delegado preguntó cómo se podría determinar, desde un punto de vista gerencial y programático, qué había contribuido cada uno a la consecución de las metas y si, al fin y al cabo, era realmente importante hacerlo. Quizás, sugirió, lo único que importaba era el logro colectivo de la meta. El mismo delegado, aunque estuvo de acuerdo con el comentario del Inspector acerca de la microgestión, observó que lo que los Estados Miembros podrían percibir como microgestión a veces es simplemente una expresión saludable de interés en el trabajo de la Secretaría. Los Estados Miembros son accionistas en la Organización, y, como tal, quieren naturalmente ver un rendimiento de su inversión, a saber, mejoras en la salud. Por lo tanto, es procedente que los Estados Miembros presten atención a los detalles del trabajo de la Secretaría.

38. Antes de responder a las observaciones del Subcomité, el Sr. Fontaine Ortiz destacó otro requisito fundamental para la gestión orientada a la consecución de resultados que había olvidado mencionar en su intervención: la capacitación de los gerentes. A menudo se suponía en los organismos del sistema de las Naciones Unidas que las personas que eran expertos en sus campos respectivos también serían buenos gerentes. Eso no es necesariamente cierto. La gestión es una profesión especializada como cualquier otra y las personas a quienes se asignan funciones gerenciales también deben recibir capacitación sobre la forma de administrar eficazmente.

39. Pasando a las preguntas con respecto a la función de los países en la evaluación de la consecución de las metas, explicó que las evaluaciones de 360 grados fueron concebidas principalmente para evaluar el desempeño individual y no los resultados de los programas. Obviamente, ambos están correlacionados, pero si un programa no alcanzar sus objetivos quizá se deba a factores externos ajenos a la voluntad del personal involucrado. Con respecto al efecto de la diferencia en el grado de desarrollo de los países, dijo que los planes y objetivos deben fijarse teniendo en cuenta las características, las necesidades y el grado de desarrollo de cada país. Por eso la Dependencia Común de Inspección recomendó un enfoque de planificación que va primero desde abajo hacia arriba y después desde arriba hacia abajo. La planificación debe comenzar con la identificación de las necesidades a nivel de país. Esas necesidades luego se transmiten al nivel regional, que determina qué recursos tiene a su disposición para satisfacerlas y establece prioridades según la disponibilidad de recursos.

40. Un tema estrechamente relacionado con la planificación y la evaluación es la definición de indicadores, lo cual suele ser un rompecabezas en el sistema de las Naciones Unidas. Las organizaciones necesitan imaginación y esfuerzo para elaborar indicadores tanto cuantitativos como cualitativos a fin de evaluar el desempeño de los programas y después utilizar los resultados eficazmente como la base para el ciclo de planificación siguiente. Actualmente, en la mayoría de las organizaciones del sistema se está dedicando mucho tiempo a la planificación y programación y demasiado poco tiempo a la ejecución. En muchos casos, la planificación se hace cada tres años, lo cual significa que comienza un ciclo nuevo de planificación antes que haya concluido la evaluación del ciclo anterior. Para una buena gestión orientada a la consecución de resultados, el ciclo debe ser más largo. Por eso la Dependencia Común de Inspección recomendó un ciclo de planificación de 12 años, un ciclo de programación de seis años y un ciclo de presupuestación y ejecución de dos años, durante el cual la organización podría centrarse en llevar a cabo las actividades programadas y hacer los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos a largo plazo.

41. El Subcomité había planteado un tema que es uno de los retos fundamentales para el sistema de las Naciones Unidas en la actualidad: la necesidad de un enfoque integrado del desarrollo. Tal enfoque requiere coordinación entre los diversos organismos que trabajan en una cuestión en particular. La Dependencia Común de Inspección se propone producir un informe sobre ese tema durante el próximo año. Por el momento, el mejor asesoramiento que podía ofrecer era que las organizaciones deben seguir esforzándose por coordinar sus esfuerzos. Sin embargo, hay que comprender que tal coordinación es voluntaria y que, desde el punto de vista de la gestión orientada a la consecución de resultados, cada organización sólo podrá medir lo que haya estado de acuerdo en hacer. No podrá medir lo que otros organismos o los Estados Miembros contribuyan al logro de las metas comunes.

42. En cuanto a la microgestión, recalco que hay una diferencia entre la microgestión y la transparencia. Sin duda, los Estados Miembros tienen derecho a recibir información sobre la forma en que están usándose sus recursos y pedir esa información no constituye microgestión. La participación en las decisiones de contratación y otros asuntos de gestión diarios, en cambio, constituye microgestión. Advertió, sin embargo, que los países deben tener cuidado de no excederse con sus pedidos de información, lo cual crea cuellos de botella y apartan a la secretaría de la tarea que los Estados Miembros le han encomendado.

43. Concluyó señalando que en 2004 la Dependencia Común de Inspección había producido una serie de informes sobre la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas (documentos DCI/REP/2004/5, 6, 7 y 8). Esos informes contienen amplia información sobre todos los temas abordados y están disponibles en el sitio web (<http://www.unsystem.org/JIU/>) de la Unidad.

44. La Directora dijo que su objetivo al invitar a un representante de la Dependencia Común de Inspección a dirigirse al Subcomité había sido proporcionar a los Miembros antecedentes para el debate sobre el plan de acción de la OPS para aplicar la gestión orientada a la consecución de resultados. Según el Inspector Fontaine de Ortiz, era importante que todos los participantes tuvieran la misma comprensión conceptual y utilizaran la misma terminología. Opinó que habría sido difícil para la Secretaría preparar un documento de trabajo conciso sobre el tema; sin embargo, se disponía de amplia documentación en el sitio web de la Dependencia Común de Inspección y en otros sitios.

45. Con respecto a las preguntas sobre la forma en que la gestión orientada a la consecución de resultados afectaría a la cooperación técnica de la OPS y la forma en que se había tenido en cuenta el nivel del desarrollo sanitario nacional al establecer metas de salud regionales, explicó que se fijaron los objetivos comunes y luego se determinó qué tipo de cooperación técnica necesitaban los países individualmente para alcanzar esas metas, teniendo presente su grado de desarrollo sanitario, sus recursos, su sistema de salud y otros factores. Algunos países de la Región necesitan obviamente más apoyo para realizar avances en la salud y mantenerlos. No obstante, hasta los países menos adelantados han podido mantener metas tales como la erradicación de la poliomielitis. Eso ha sido posible gracias al espíritu de solidaridad que prevalece en la OPS, que permite a la Organización abordar la especificidad que existe dentro de la diversidad en la Región para alcanzar objetivos comunes.

46. La OPS se propone pasar a un sistema de evaluación del desempeño de 360 grados. No lo ha hecho todavía porque el cambio en la cultura institucional a la cual había aludido el Inspector no ha avanzado lo suficiente y todavía hay un gran prejuicio en el personal con respecto a tales evaluaciones. Opinó que esos sesgos desaparecerán cuando el personal experimente en la práctica el enfoque de 360 grados. Eso ocurrió con

un grupo de directivos de la OPS que participaron en un programa de desarrollo de liderazgo de la OMS y fueron sometidos a evaluaciones de 360 grados. A todos ellos la experiencia les resultó sumamente útil.

47. Por último, deseaba informar al Inspector que hay organizaciones en el sistema de las Naciones Unidas, entre ellas la OPS, que despiden empleados por mal desempeño. En efecto, la OPS lo había hecho en ocho ocasiones en los tres años anteriores.

Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPP40/9)

48. La Sra. Dianne Arnold (Directora Interina de Administración, OPS) presentó el plan de acción para la aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el trabajo de la Secretaría, recalcando que esta modalidad de gestión no es un nuevo concepto en la OPS, sino que durante mucho tiempo ha formado parte del sistema de planificación y evaluación de la Organización (AMPES) y de otros instrumentos de planificación y programación. Sin embargo, aunque la OPS ha tenido muchas piezas del rompecabezas en su sitio durante muchos años, ha carecido de un marco de gestión y responsabilidad claramente enunciado que mantenga las piezas juntas. El marco de rendición de cuentas de la OPS (descrito en el documento SPP40/9, párrafo 7), actualmente en preparación, satisfaría esa necesidad. Otras actividades actualmente en marcha con miras a completar la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados son la configuración de un nuevo marco de gestión, la reorganización de la delegación de autoridad y procesos de evaluación periódica, la ejecución de instrumentos de colaboración e intercambio de información y la finalización del sistema de integridad y manejo de conflictos.

49. La Secretaría se dio cuenta de que la aplicación plena de la gestión orientada a la consecución de resultados sería un proceso complejo y prolongado y que requeriría un cambio profundo en la cultura institucional. En consecuencia, la acción planificada para el resto de 2006 abarca la difusión de los instrumentos de la gestión orientada a la consecución de resultados en toda la OPS, la capacitación de todo el personal, cursos de desarrollo gerencial para que todos los gerentes tengan las aptitudes de gestión necesarias, la redefinición de procesos de evaluación y adopción de decisiones, la implantación del sistema de integridad y manejo de conflictos, incluida la capacitación del personal, y la introducción de más instrumentos de difusión de conocimientos.

50. En 2007 y años subsiguientes, la Secretaría se centrará en la reconfiguración de los sistemas de evaluación del desempeño del personal y su vinculación a los objetivos programáticos, la mejora de los procesos de planificación de recursos humanos y su vinculación a la competencia necesaria para alcanzar los resultados programáticos, la mejora de la capacidad para vincular los recursos gastados a los objetivos programáticos y la mejora de los mecanismos de notificación a fin de garantizar la transparencia de las

decisiones. Además, igual que la OMS y muchas otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la OPS examinará formas de simplificar el número y los tipos de contratos y de lograr que todo el proceso de reclutamiento y contratación sea más transparente y más fácil de administrar.

51. Se invitó al Subcomité a formular observaciones sobre el plan de acción y dar a conocer las prácticas óptimas o enseñanzas extraídas de la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en las instituciones nacionales.

52. El Subcomité recibió con beneplácito las medidas que estaban tomándose para ejecutar plenamente la gestión orientada a la consecución de resultados en la OPS y convertirla en la fuerza impulsora de las prácticas y la cultura institucional de la Organización. En particular, aplaudió la vinculación de la asignación de recursos y el desempeño individual a los objetivos institucionales. Los delegados estuvieron de acuerdo en que, especialmente en una institución que está pasando por una transición tan grande, es sumamente importante que todos comprendan exactamente lo que es la esencia de la Organización y cómo deben ayudarle a alcanzar sus metas. Se solicitó a la Secretaría que explicara con más pormenores la forma en que se establecería ese nexo.

53. Un delegado, observando que la OPS no es quien realiza las intervenciones en la mayoría de los casos, pidió que le aclararan si el marco de gestión mencionado en el párrafo 8 del documento SPP40/9 se centraría sólo en los directivos de la OPS o abarcaría también temas de gestión relacionados con las contrapartes de la Organización, los ministerios de salud y otros interesados directos, que son los que se encargan de la ejecución de las actividades a nivel de país. Con respecto al marco de rendición de cuentas, el mismo delegado estuvo de acuerdo en que debe basarse en el desempeño más que en aspectos administrativos y reglas definidas, pero advirtió que la OPS debe tener cuidado de que los procesos de rendición de cuentas no se empantanen, como ocurrió en otros organismos de las Naciones Unidas.

54. Varios delegados relataron experiencias y enseñanzas extraídas de la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en las instituciones de salud de sus países. Asimismo, expresaron la esperanza de que, a medida que la OPS vaya adquiriendo mayor competencia con este sistema, proporcione cooperación técnica para ayudar a las instituciones nacionales a mejorar sus prácticas de gestión.

55. El Delegado de Canadá dijo que una enseñanza importante extraída del proceso en el Ministerio de Salud de Canadá es que el uso de datos probatorios empíricos, aunque es importante para la adopción de decisiones, es sólo uno de los factores determinantes que influyen en las decisiones. Otros factores igualmente importantes son las actitudes sociales, los valores y las percepciones públicas acerca de lo que puede y debe hacerse. Un tercer factor que debe tenerse presente en la planificación es la plataforma de los partidos políticos, que determina las prioridades programáticas, sus objetivos y los

indicadores resultantes. Otra enseñanza extraída es la cuestión planteada antes por el Inspector Fontaine Ortiz con respecto a la elección entre sanciones o recompensas para el desempeño: la aplicación eficaz de la gestión orientada a la consecución de resultados requiere que los empleados confíen en que no los castigarán cuando los resultados no lleguen a ser los previstos sino que, en cambio, los impulsarán para que hagan los ajustes necesarios y continúen avanzando.

56. El Delegado de Argentina dijo que la gestión orientada a la consecución de resultados se había implantado en su país a través de los “compromisos de resultados de gestión” para cada unidad organizativa. Si no se obtienen los resultados previstos, eso puede afectar a las asignaciones posteriores de recursos a la unidad. El Delegado de Costa Rica dijo que las instituciones de su país habían observado que la gran ventaja de este tipo de gestión es que proporciona un marco para alcanzar los indicadores. Una de sus limitaciones, sin embargo, es la tendencia a focalizarse más en la eficiencia que en la eficacia, lo cual, como el Subcomité bien lo sabe, es el principal motivo de preocupación en las intervenciones de salud. Además, a veces hay una desconexión entre el logro de los resultados programáticos y el mejoramiento de la situación sanitaria, que es la meta última del trabajo del sector de la salud. En consecuencia, al evaluar los resultados es necesario tener en cuenta no solo la contribución del desempeño individual al logro de los objetivos programáticos sino también la forma en que el trabajo de los programas contribuye a la mejora de la salud.

57. La Sra. Arnold agradeció a los Miembros sus ejemplos útiles de la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en sus países e invitó a otros Estados Miembros a compartir su experiencia. No quería dejar al Subcomité con la impresión de que actualmente no hay ningún nexo entre los objetivos a nivel individual y los objetivos a nivel de unidad o de programa. De hecho, cada funcionario formula objetivos en consulta con su gerente e incumbe al gerente conseguir que esos objetivos apoyen directamente al programa de trabajo y los resultados previstos. La Secretaría sencillamente está tratando de sistematizar y fortalecer ese proceso para que tanto los gerentes como los demás empleados conozcan más a fondo sus contribuciones específicas al trabajo general de la Organización.

58. La Directora dijo que una de las piezas clave que faltan en la gestión orientada a la consecución de resultados en la OPS es un marco conceptual formal respaldado por los países que posibilite una comprensión común de lo que significa esta modalidad de gestión para una organización como la OPS. Los elementos del plan de acción propuesto en el documento SPP40/9 tienen por objeto proporcionar ese marco. Otra pieza faltante es el instrumento de planificación a largo plazo mencionado antes por el Inspector Fontaine Ortiz. Antes de 1984, la Organización había tenido una serie de planes decenales de salud para las Américas, que representaban la voluntad colectiva de los Estados Miembros y establecían los objetivos de salud pública comunes que deseaban alcanzar durante cada decenio. La Secretaría se proponía revivir ese marco de planificación a largo plazo en

forma de Programa de Acción Sanitaria para las Américas, que el Subcomité trataría más adelante. La OPS necesita un marco de referencia de ese tipo para determinar su contribución específica al logro de los objetivos de los países. Sólo cuando se determine esa contribución específica, la Organización podrá asumir la responsabilidad y rendir cuenta de los resultados.

59. Una vez que se determine la contribución de la OPS, habrá que decidir cuál será la contribución específica de cada parte de la Secretaría (las unidades técnicas, las oficinas de país, los centros panamericanos, etc.). A partir de esos resultados previstos se podrá determinar la contribución de cada empleado, lo cual, a su vez, proporcionará el marco para evaluar el desempeño de la Organización, de la Secretaría y de cada funcionario.

60. El asunto planteado por el Delegado de Canadá con respecto a las percepciones es muy importante. La OPS tiene que ser consciente de las percepciones tanto del público en general como de su propio personal. Este último aspecto es muy relevante porque las percepciones, como dijo el Delegado de Canadá, aunque no se basen en datos probatorios empíricos son un factor decisivo para ganarse el apoyo del personal e inducir cambios internos que lleven a los cambios necesarios en la cultura institucional y, en último término, al éxito de la gestión orientada a la consecución de resultados.

61. A petición de la Directora, la Dra. Karen Sealey (Gerente de Área, Planificación y Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) respondió a las preguntas relativas al nexo entre el sistema de planificación y evaluación de la Organización (AMPES) y su sistema de evaluación del desempeño. Recalcó que la clave de la evaluación tanto del desempeño individual como de los resultados de los programas en un sistema de gestión orientada a la consecución de resultados es aclarar desde el principio cuáles son los resultados previstos y quién tiene la responsabilidad de alcanzarlos. Con los años, la Secretaría ha perfeccionado el AMPES, de modo que ahora es posible identificar las unidades y los funcionarios responsables de cada resultado previsto incluido en el presupuesto bienal por programas. Lo que no ha logrado hacer sistemáticamente es usar esa información como base para establecer los objetivos del trabajo individual. Es ese nexo entre la planificación y los recursos humanos lo que la Secretaría tratará de fortalecer como parte del plan de acción para implantar la gestión orientada a la consecución de resultados, con la finalidad de que los empleados comprendan que su trabajo realmente importa y que los resultados que obtengan individualmente determinarán si la Organización en conjunto alcanzará sus objetivos.

62. La Directora agregó que un aspecto importante del trabajo en curso con respecto a la gestión del desempeño es la mejora del instrumento automatizado que se usa en ese ámbito para identificar claramente la contribución individual a los objetivos de la unidad o programa. Otro aspecto es la evaluación por homólogos de los programas de trabajo de las diversas unidades. Dado que numerosas unidades contribuyen al logro de los

objetivos de salud pública, es importante, desde el punto de vista de la rendición de cuentas y la medición del desempeño, que todos los participantes contribuyan a la formulación del programa de trabajo a fin de lograr los resultados previstos.

63. La Presidenta observó que, a fin de cuentas, los Estados Miembros son los responsables del logro de resultados en el campo de la salud. Sin embargo, para ello los países reciben apoyo de la OPS y otros colaboradores. En consecuencia, en el análisis y la planificación de la salud a nivel nacional, mediante la Estrategia de Cooperación en los Países u otros instrumentos, es importante que los gobiernos expresen claramente el papel que esperan que desempeñen los diversos colaboradores al abordar las necesidades de cooperación en materia de salud en el país. Sin esa claridad será muy difícil medir la contribución de cada participante.

64. La Directora estuvo de acuerdo en que es indispensable que cada participante comprenda claramente las responsabilidades que asume y de qué se compromete a rendir cuentas. En vista de que en la salud influyen numerosos factores determinantes de índole social, económica y ambiental, también es importante para el sector de la salud comprender claramente el papel que desempeña en relación con otros sectores para lograr los objetivos de salud nacionales. Según había señalado el Inspector Fontaine Ortiz, para que la gestión orientada a la consecución de resultados funcione, esas expectativas deben especificarse desde el principio del proceso de planificación y presupuestación.

Desempeño financiero de la Organización Panamericana de la Salud en el ejercicio 2004-2005: panorama de los recursos y las tendencias financieras (documento SPP40/INF/1)

65. La Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestión e Informes Financieros, OPS) presentó este tema, utilizando diapositivas que complementaban la información contenida en el documento SPP40/INF/1 y poniendo de relieve las tendencias en el desempeño financiero de la OPS durante el último decenio. Empezó por las cuotas, la parte más crucial de los ingresos de la Organización. Las recaudaciones han aumentado mucho en los dos últimos bienios. En 2004 y 2005, el total de las recaudaciones, incluidas las cuotas del año en curso y las cuotas del año anterior, fue el más alto desde principios de los años noventa. Más importante aun es cada Estado Miembro ha efectuado un pago. Al 20 de marzo de 2006, 19 países habían efectuado los pagos correspondientes al año en curso y cinco habían pagado las cuotas de 2006 en su totalidad. La Secretaría apreciaba profundamente los esfuerzos de los Estados Miembros para abonar sus cuotas con prontitud.

66. La Organización obtiene ingresos varios de dos fuentes: 1) intereses devengados de inversiones, ganancias cambiarias y otros ingresos, y 2) ahorros en obligaciones de períodos anteriores o resultantes de la cancelación de dichas obligaciones. Es difícil prever los ingresos varios por diversas razones. Primero, las proyecciones de los ingresos

varios se hacen tres años antes del fin de cada bienio y es difícil prever los cambios que podrían producirse en la situación económica en el ínterin. En los ingresos influyen mucho también los intereses devengados por la cartera de inversiones de la Organización. De 1994-1995 a 2000-2001, las tasas de interés subieron y la cartera experimentó un crecimiento sostenido, pero después bajaron drásticamente, ocasionando una pérdida de aproximadamente \$10 millones¹ en el valor de la cartera y una disminución brusca de los ingresos varios en 2002 y 2003. En 2004 y 2005, las tasas de interés comenzaron a aumentar nuevamente y la cartera se recuperó. Como la Secretaría prevé que las tasas de interés continuarán subiendo en 2006 y 2007, se proyectan ingresos varios de \$14,5 millones para el bienio en curso, en comparación con la proyección de \$13,5 millones para el bienio 2004-2005 (los ingresos varios reales en 2004-2005 ascendieron a US\$11,5 millones).

67. La política de inversiones de la Secretaría se rige por tres principios orientadores. El primero y más importante es la preservación del capital. Su preocupación principal con respecto a las inversiones y la gestión financiera en general es proteger el dinero que le encomiendan los Estados Miembros. Segundo, las inversiones deben ser compatibles con el uso previsto de los fondos; en otras palabras, si un Estado Miembro da dinero a la Secretaría para una finalidad específica, como adquisiciones, esos recursos no pueden invertirse. Tercero, la Secretaría procura obtener el máximo rendimiento posible de las inversiones, pero sin arriesgar los fondos de los Estados Miembros. Invierte en instrumentos conservadores, como certificados de depósito y cuentas de mercado de dinero con plazos variables, siempre teniendo cuidado de que se disponga de suficiente liquidez para cubrir la nómina de sueldos y otras obligaciones.

68. Un análisis de las tendencias del financiamiento de los 10 años precedentes reveló que las cuotas habían permanecido bastante estancadas, igual que los ingresos varios y la mayoría de las otras fuentes de ingresos. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, en cambio, había crecido extraordinariamente, subiendo de \$53,4 millones en 1996-1997 a más de \$302 millones en 2004-2005. La capitalización del fondo también había aumentado, de \$7,1 millones en 1995 a \$34,9 millones. Como los Miembros ya sabían, el Fondo Rotatorio es un mecanismo mediante el cual la OPS adquiere vacunas en nombre de los Estados Miembros. Los países pagan por adelantado (en el caso de pedidos grandes) o después de la entrega de los pedidos de vacunas (deben pagar dentro de un plazo de 60 días). El fondo se capitalizó con la comisión de 3% que la Organización cobra por sus servicios de adquisiciones.

69. En lo que concierne a los gastos, la tendencia fue similar. En 2004-2005, los gastos superaron los \$700 millones, más del doble de la cantidad gastada en 1996-1997.

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

Nuevamente, el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas representó la mayor parte de ese aumento.

70. La Sra. Frahler concluyó señalando algunos de los asuntos y retos financieros que la Organización enfrenta actualmente. También describió algunas iniciativas nuevas de gestión financiera. Uno de retos principales en los últimos años ha sido los servicios bancarios y la introducción de controles estrictos, incluida la reconciliación diaria de los saldos de todas las cuentas bancarias, a fin de prevenir el fraude. La Secretaría está tratando de determinar cuáles son las mejores opciones para los servicios bancarios, incluidas las operaciones electrónicas, tanto para la sede de la OPS como para las oficinas de país. Una vez que esté segura de que cuenta con todos los controles y medidas de seguridad necesarios, se propone transferir la responsabilidad de ciertas funciones de gestión financiera y contabilidad a las oficinas de país.

71. Varias iniciativas nuevas han reducido los costos y permitido a la Secretaría hacer más sin contratar personal adicional, con la automatización de los procesos financieros y la simplificación de los procedimientos para solicitar el reembolso de gastos de viaje y adquisiciones. La negociación de un nuevo algoritmo para calcular la parte que le corresponde a la OPS de las prestaciones de seguro de salud para los jubilados de la OMS que viven en la Región redundó en un ahorro de aproximadamente \$2 millones en 2004-2005 y seguirá ahorrándole dinero a la Organización en los años venideros.

72. La posible introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad Pública (IPSAS) en 2010 representará un importante reto para la Secretaría, ya que las IPSAS difieren mucho de las normas de contabilidad de las Naciones Unidas actuales. En el documento SPP40/INF/1 (párrafo 17) se describen otros retos para el futuro.

73. El Subcomité agradeció a la Sra. Frahler su explicación clara e informativa, que había permitido a los Miembros comprender mejor la complejidad de administrar los fondos de la Organización. Los delegados felicitaron a la Secretaría por sus esfuerzos para reducir los costos y por su iniciativa para contrarrestar el fraude y simplificar diversos procesos. También aplaudieron el éxito de la OPS en la negociación de precios favorables para las vacunas y otros suministros de salud pública, material didáctico y equipo para los Estados Miembros.

74. Con relación a los retos para el futuro, se pidió a la Secretaría que formulara observaciones sobre el efecto que la posible transición a las IPSAS podría tener en la alineación con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS. A este respecto, una delegada señaló que se había recomendado una incorporación gradual si la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta las IPSAS. Alentó a la OPS a adoptar ese enfoque para facilitar la transición y solicitó mayor información sobre los retos específicos de la alineación del Reglamento Financiero y Normas de Gestión Financiera de la OPS con aquellos de la OMS. Otro delegado preguntó si, en vista de que jubilados de la OMS que

nunca habían trabajado en la Región estaban recibiendo prestaciones de la OPS, los jubilados de las Américas que ahora vivían en otras regiones de la OMS estaban recibiendo prestaciones de las Oficinas Regionales correspondientes. El mismo delegado, señalando que la Organización de los Estados Americanos (OEA) había adoptado recientemente una resolución en cuanto a la escala de cuotas para los Estados Miembros, preguntó qué implicaciones tendría esa resolución para la Organización y para sus Miembros, dado que la OPS forma parte de tanto las Naciones Unidas como de los sistemas interamericanos.

75. El Delegado de Canadá, aludiendo al párrafo 8 del documento sobre los fondos asignados por la OMS a la Región, recordó que, en la sesión de 2005 del Subcomité, la Directora había apelado a los Estados Miembros para que hicieran campaña en la OMS a fin de que las Américas recibieran una proporción más justa de las contribuciones voluntarias de la OMS. Recientemente había solicitado información al respecto de la OPS y había quedado sorprendido al enterarse de que la Región sólo estaba recibiendo cerca de 1,2% de los fondos extrapresupuestarios de la OMS. Por ejemplo, de los \$99 millones que la OMS había recibido de fuentes extrapresupuestarias para la vigilancia de enfermedades transmisibles, sólo \$84.000 se habían asignado a las Américas. Los recursos extrapresupuestarios de la OMS para el control de la tuberculosis totalizaron \$117 millones, pero las Américas habían recibido sólo \$913.000. Recomendó que se comunicaran esos datos a los Estados Miembros de la Región a fin de equiparlos para ejercer presión eficazmente con el propósito de obtener una proporción más grande de las contribuciones voluntarias de la OMS para las Américas.

76. Respondiendo a las preguntas del Subcomité, la Sra. Frahler dijo que, aunque había algunos jubilados de la OPS que vivían fuera de las Américas, eran pocos. Había muchos más jubilados de la OMS que habían decidido jubilarse en las Américas, aunque nunca habían trabajado en la Región. Con respecto a los retos relacionados con la alineación del Reglamento Financiero y Normas de Gestión Financiera de la OPS con aquellos de la OMS, uno de los más importantes tenía que ver con la gestión de los fondos fiduciarios encomendados a la Organización por los Estados Miembros para proyectos específicos. De conformidad con el nuevo proyecto de reglamento, la OMS propone acreditar los fondos fiduciarios a sus cuentas y comenzar a ejecutar el proyecto el día en que se firme el convenio con el Estado Miembro, aunque en realidad no se hayan recibido los fondos. Eso significa que, al menos inicialmente, la OMS estaría ejecutando el proyecto con sus propios fondos. Puede hacerlo porque tiene un Fondo de Operaciones más grande y porque, a diferencia de la OPS, tiene la opción de los adelantos internos. La OPS sencillamente no está en condiciones de iniciar proyectos de los fondos fiduciarios con su propio dinero.

77. En cuanto a las IPSAS y las implicaciones para la alineación con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS, si la OPS opta por implantar el sistema mundial, automáticamente también implantaría las IPSAS, ya que la OMS se ha comprometido a

adoptar las nuevas normas de contabilidad. Sin embargo, la Secretaría estaba todavía sopesando los pros y los contras de la implantación del sistema. Uno de los contras principales es el costo: según los cálculos preliminares, costaría alrededor de \$10 millones implantar el Sistema Mundial de Gestión y no queda claro qué parte de esa cantidad recibiría la Organización de la OMS. Si la OPS decide adoptar las IPSAS, sin duda las incorporará gradualmente, tal como se ha recomendado. Tal vez comiencen a introducirse algunos cambios ya en el bienio 2008-2009.

78. La Directora agregó que una de las principales consideraciones con relación a la posible implantación del Sistema Mundial de Gestión era la naturaleza dual de la OPS como Oficina Regional de la OMS y como organización independiente dentro del sistema interamericano. Eso significa que la OPS tiene una doble responsabilidad de presentación de informes y, por ende, que su sistema actual, el AMPES, es más complejo en cierto sentido que el sistema de la OMS. En términos generales, cuando se trata de alinear sistemas de ese tipo, la parte con el sistema más avanzado es la que más puede perder en lo que concierne tanto a las inversiones efectuadas en el sistema en sí como a la capacitación del personal para utilizarlo. Por consiguiente, la Secretaría está realizando un análisis minucioso para determinar si las ventajas del paso al Sistema Mundial de Gestión son proporcionales al gasto que tal transición implicaría. Tal vez sea más conveniente asegurar la interconectividad e interoperabilidad de ambos sistemas. En todo caso, la OPS seguirá presentando los informes pertinentes y garantizará la transparencia y la rendición de cuentas necesarias con respecto a las actividades financiadas por la OMS.

79. En cuanto a las cuotas, en conformidad con el Código Sanitario Panamericano y la Constitución de la OPS, la escala de contribuciones de la Organización se basa en la escala de la OEA. Si la OEA cambia su escala de las contribuciones, la OPS está obligada a efectuar el reajuste correspondiente en su escala. Se preparará una propuesta a fin de someterla a la consideración del Comité Ejecutivo en junio. Incumbiría a los Estados Miembros decidir si la escala nueva se adoptará durante el bienio en curso o en el próximo bienio.

80. Con respecto al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, consideraba que era importante aclarar que la comisión de 3% que cobra la OPS se usa para capitalizar el Fondo y no representa una ganancia para la Organización. Es acumulando capital en el Fondo que la OPS podrá seguir proveyendo vacunas para los programas nacionales de vacunación a precios asequibles y permitiendo a los países diferir el pago. Si los países optan por adquirir vacunas y suministros para la vacunación a través de otros organismos porque cobran un porcentaje más bajo, menoscabarán la capacidad del Fondo para continuar operando, lo cual significa que se perjudicarán a sí mismos y a los países hermanos de la Región, en particular los países más pequeños cuyos programas de vacunación dependen en gran medida del Fondo Rotatorio. Es más, infringirían uno de los principios fundamentales de la OPS: la solidaridad.

Método para formular el plan estratégico de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Programa de Acción Sanitaria para las Américas 2008-2017 (documento SPP40/3)

81. Este tema fue presentado por la Dra. Karen Sealey (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) y el Sr. Dean Chambliss (Oficial de Planificación, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS). La Dra. Sealey empezó por destacar los factores clave en el entorno de planificación actual y las innovaciones propuestas para el próximo ciclo de planificación. El Sr. Chambliss esbozó la metodología y el calendario propuestos para formular el Plan Estratégico para 2008-2012 y un Programa de Acción Sanitaria para las Américas durante el período 2008-2017. Este programa es una de las principales innovaciones para el próximo ciclo de planificación. El Programa de Acción Sanitaria para las Américas proporcionará el marco de planificación a largo plazo al cual el Inspector Fontaine Ortiz había aludido antes. Establecerá metas y objetivos estratégicos, identificados por los Estados Miembros, que los Estados Miembros y la Secretaría luego colaborarán para alcanzar. La contribución de la Secretaría se enunciará en el Plan Estratégico, que traducirá las metas estratégicas a nivel de toda la Organización en resultados previstos de alcance regional a ser alcanzados por la Secretaría. El Plan Estratégico sería un enlace clave del Programa de Acción Sanitaria con los presupuestos bienales por programa, instrumentos orientados a operaciones específicas que abarcan períodos de dos años. También será un instrumento clave de gestión orientada a la consecución de resultados.

82. Aunque la Dependencia Común de Inspección recomendó un ciclo de planificación a largo plazo de 12 años y un ciclo de planificación a mediano plazo de seis años, la Secretaría debe rendir cuentas a la Conferencia Sanitaria Panamericana cada cinco años. Por consiguiente, se propuso que el Plan Estratégico a mediano plazo siga abarcando ese período. Como su precursor, el Plan Decenal de Salud para las Américas, el Programa de Acción Sanitaria para las Américas abarcaría un decenio, o sea dos planes estratégicos y cinco presupuestos bienales por programa.

83. Tanto el Programa de Acción Sanitaria como el Plan Estratégico se formularán mediante un proceso participativo, con amplios aportes de los Estados Miembros. Se propuso que el Programa de Acción Sanitaria sea aprobado en una reunión especial de ministros de salud a mediados de 2007, que coincida posiblemente con la Asamblea Mundial de la Salud en mayo. El Programa proporcionaría la base para la finalización del Plan Estratégico, que será presentado a la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2007. Además del aporte de los Estados Miembros, en el proceso de planificación se utilizará la información que se está compilando para la próxima edición de *La salud en las Américas*.

84. La Secretaría propuso que se establezca un grupo consultivo de alto nivel para ayudar a formular el Programa de Acción Sanitaria y el Plan Estratégico. El documento SPP40/3 contiene una propuesta con respecto a la posible composición del grupo

consultivo y un calendario para la preparación de ambos documentos. Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre el proceso de planificación y el calendario propuestos y los refrendara, y que propusiera representantes de Estados Miembros para participar en el grupo consultivo propuesto.

85. El Subcomité expresó acuerdo general con las propuestas contenidas en el documento SPP40/3. Varios delegados comentaron que el enfoque propuesto para la planificación a mediano y a largo plazo respondía a diversas inquietudes expresadas por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI con relación a la gobernanza y la transparencia. Los delegados también opinaron que el enfoque demostraba claramente el compromiso de la Secretaría con la planificación y la gestión orientada a la consecución de resultados.

86. No obstante, algunos delegados consideraban que ciertos aspectos del documento, así como el proceso de planificación propuesto, necesitaban aclaraciones. Aunque reconocían que el documento representaba un primer intento de definir una metodología para el desarrollo del Programa de Acción Sanitaria y el Plan Estratégico, consideraban que a veces era demasiado vago para dar a los Estados Miembros un sentido real de la forma en que avanzaría el proceso y de la función específica que desempeñarían, del papel de la Secretaría y de lo que la Secretaría consideraba como su nicho. Varios delegados expresaron inquietud con respecto a la posibilidad de realizar la consulta necesaria con los Estados Miembros dentro del plazo muy corto disponible para la preparación de ambos documentos.

87. Se pidió a la Secretaría que explicara el concepto de las “referencias cruzadas” mencionado en el documento (SPP40/3, párrafo 18) y la forma en que eliminaría la necesidad de la doble notificación. Se pidió también una aclaración sobre la relación entre el proyecto de Programa de Acción Sanitaria para las Américas y el Undécimo Programa General de Trabajo (PGT) de la OMS. Se recalcó que el PGT debe ser el punto de partida para la formulación del Programa de Acción Sanitaria regional, ya que, una vez aprobado, guiaría las actividades de la OMS en conjunto, incluida la región de las Américas. Se recalcó la necesidad de armonizar la planificación y los objetivos de la OPS con aquellos de la OMS. Un delegado, señalando que los Estados Miembros de la OPS habían participado activamente en las reuniones regionales de consulta sobre el Undécimo PGT, solicitó que se aclarara una declaración efectuada durante la exposición que parecía indicar que los países habían aportado poco al proceso de planificación de la OMS.

88. Se expresó firme apoyo a la idea de un Programa de Acción Sanitaria regional de 10 años que representara la voluntad colectiva de los países, aunque se señaló que el desarrollo de un programa de ese tipo en un contexto caracterizado por disparidades pronunciadas entre países sería un reto. Se consideraba que tal documento de planificación a largo plazo en verdad facilitaría la planificación de salud a nivel nacional

y subregional. En ese sentido, varios delegados recalcaron la necesidad de establecer nexos claros entre el Programa de Acción Sanitaria regional y los programas de acción sanitaria subregionales, así como de incorporar objetivos relacionados con la salud formulados en otros foros regionales, como las Cumbres de las Américas. Los delegados también pensaban que un Programa de Acción Sanitaria regional aprobado por consenso proporcionaría orientación útil a otros organismos que trabajan para atender las necesidades de salud en la Región, con lo cual sería más fácil movilizar y encauzar recursos para la cooperación en el campo de la salud. En ese sentido, varios delegados subrayaron la necesidad de obtener suficientes recursos para llevar a cabo el Programa de Acción Sanitaria. Se sugirió que en el documento SPP40/3 se haga referencia al documento SPP40/4 (Marco de OPS para la movilización de recursos) y al documento SPP40/9 (Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana).

89. El Subcomité recalcó la necesidad de la participación activa de los Estados Miembros en la formulación del Programa de Acción Sanitaria para las Américas. Se señaló que los Planes Decenales de Salud para las Américas habían sido formulados en gran parte por la Secretaría; la participación de los países se había limitado básicamente a la convalidación ciega de los planes en las sesiones de los Cuerpos Directivos. Eso quizás haya sido comprensible en esa época porque la capacidad nacional para la planificación en el campo de la salud todavía no estaba muy bien desarrollada en muchos países. Sin embargo, la situación ha cambiado y ahora los países están en condiciones de asumir un mucho papel más activo en la formulación de un Programa de Acción Sanitaria regional. Con respecto al contenido del Programa, un delegado expresó el punto de vista de que no era apropiado que la Secretaría estableciera metas estratégicas para los Estados Miembros; más bien, debía centrarse en el establecimiento de las metas que pudiera alcanzar con su propia acción y proporcionar a los Estados Miembros asistencia técnica y de otros tipos para que puedan alcanzar las metas que se hayan establecido para ellos mismos.

90. Los delegados favorecieron la idea de crear un grupo consultivo, pero recalcaron que el grupo debía participar directamente en la formulación del Programa de Acción Sanitaria. Opinaron que cuatro representantes de Estados Miembros—el número propuesto en el documento SPP40/3—no serían suficientes para garantizar la amplia participación de los países en el proceso. Agregaron que debían aclararse las funciones y las atribuciones del grupo consultivo. Argentina, Brasil, Canadá y Costa Rica expresaron interés en ser miembros. El Delegado de Barbados sugirió que la subregión del Caribe estuviera representada en el grupo consultivo.

91. La Dra. Sealey aseguró al Subcomité que la Secretaría suponía que el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS serviría de punto de partida para desarrollar un Programa de Acción Sanitaria regional. En efecto, se preveía que el Programa de Acción

Sanitaria regional sería una interpretación del programa de acción sanitaria mundial, adaptado específicamente a las Américas, que tiene peculiaridades y necesidades que no se abordan en el Undécimo PGT.

92. No había tenido la intención de sugerir con ello que no tuviese sino el mayor respeto por el PGT o el proceso mediante el cual se había formulado. Proporcionaba una descripción excelente de una visión mundial para la salud para el período 2006-2015. Sin embargo, no incluía metas explícitas. Desde la perspectiva de un responsable de la planificación, habría esperado que el PGT estuviera vinculado más directamente con el plan estratégico a mediano plazo de la OMS. Ese plan, que está en preparación, incluye objetivos estratégicos, pero debido a la falta de tiempo sería imposible obtener un aporte significativo directo de los Estados Miembros sobre los objetivos antes de que el plan se someta a la consideración de los Órganos Deliberantes de la OMS.

93. La Secretaría creía que el aporte directo de los países era esencial a fin de establecer objetivos estratégicos colectivos específicamente para la OPS. Por consiguiente, consideró las observaciones del Subcomité con respecto a la composición del grupo consultivo muy pertinentes. Después de pensarlo mejor, la Secretaría opinó que sería aconsejable establecer dos grupos: uno para el desarrollo del Programa de Acción Sanitaria regional, con máxima participación de los Estados Miembros, y otro, más pequeño, para ayudar a la Secretaría a formular el Plan Estratégico para el período 2008-2012.

94. Deseaba dejar muy en claro que las metas estratégicas del Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas serían establecidas por los Estados Miembros. La Secretaría desempeñaría una función de apoyo, proporcionando análisis de los asuntos de salud y ayudando a redactar el documento, pero en último término el contenido del Programa de Acción Sanitaria sería determinado por los países. Eso es esencial para la gestión orientada a la consecución de resultados, que no funcionará si las metas fijadas sólo reflejan y afectan al plan de la Secretaría. Sin embargo, es también esencial para la gestión orientada a la consecución de resultados que las metas establecidas conjuntamente por los Estados Miembros se reflejen en los planes nacionales de salud.

95. El Sr. Chambliss señaló el diagrama del párrafo 18 del documento SPP40/3, que ilustra la relación entre el Undécimo Programa General de Trabajo y el Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas y muestra la relación propuesta entre la OPS y la OMS en lo que se refiere a la planificación y la presentación de informes. Como había dicho la Dra. Sealey, el Undécimo PGT no contiene metas o indicadores explícitos y, por consiguiente, no forma parte de la “cadena de resultados” formal. En consecuencia, al definir las metas estratégicas del Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas, la OPS tendría que tomar sus orientaciones iniciales del plan estratégico a mediano plazo de la OMS. Es a nivel de metas y resultados previstos que la Secretaría espera establecer las “referencias cruzadas”, vinculando las metas estratégicas de la OPS

y los resultados previstos de alcance regional con los objetivos estratégicos de la OMS y los resultados previstos a nivel de toda la organización, a fin de reducir los informes que debe presentar el personal técnico de la OPS sin dejar de mostrar la forma en que la OPS, incluidos la Secretaría y los Estados Miembros, está contribuyendo al programa de acción sanitaria mundial.

96. En cuanto a lo que la Secretaría consideraba como su función, según había explicado la Dra. Sealey, facilitaría la formulación del Programa de Acción Sanitaria regional, el seguimiento del progreso realizado en la consecución de las metas estratégicas del Programa y la información al respecto, reconociendo, sin embargo, que esas metas son para todos los participantes en el sector de la salud, no solo la OPS o su Secretaría. Con el Plan Estratégico, en cambio, la Secretaría definiría resultados previstos específicos de los cuales sería completamente responsable. Desde luego, habría una relación lógica entre la consecución de los resultados previstos por la Secretaría y el logro de las metas estratégicas de mayor alcance.

97. La Directora señaló que, según su Constitución, la OPS desempeña un doble papel: ayudar a los países a establecer sus metas y colaborar con ellos para alcanzar esas metas. Opinó que era importante aclarar que el Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas no sería un plan, sino una visión colectiva y un conjunto de metas que los Estados Miembros desean alcanzar. Ese es el elemento que falta en la gestión orientada a la consecución de resultados tanto en la OPS como en la OMS. La OPS tiene un Plan Estratégico en el cual se plantea lo que la Secretaría se propone lograr, pero carece de un documento con metas que constituyan la base para definir las responsabilidades de la Secretaría. La OMS tiene el Undécimo Programa General de Trabajo, que propone un programa de acción sanitaria mundial pero no incluye metas establecidas por los Estados Miembros. El proyecto de plan estratégico a mediano plazo de la OMS contiene metas, en forma de 15 objetivos estratégicos, pero que no se fijaron en consulta con los Estados Miembros.

98. A su juicio, en la OMS ha disminuido la participación directa de los Estados Miembros en la adopción de decisiones acerca de las metas y las políticas. En su opinión, la Asamblea Mundial de la Salud ha perdido en gran medida su carácter de asamblea verdaderamente deliberativa. En cambio, funciona como un tipo de consejo en el cual los Estados Miembros examinan propuestas presentadas por la Secretaría y las aprueban o las cambian, pero no participan directamente en la definición de lo que desean lograr colectivamente.

99. Al formular un Programa de Acción Sanitaria regional, es importante tener presente que la OPS se guía no solo por lo que la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud deciden, sino también por los mandatos relacionados con la salud acordados por los Estados Miembros de la OPS en otros foros internacionales. Además, las diversas entidades subregionales han establecido mandatos que también deben reflejarse en el

Programa de Acción Sanitaria regional. Opinó que lo que se necesitaba era un documento integrado que vinculara los diversos objetivos y mandatos con relación a la salud. En ese sentido, lo que la Secretaría proponía hacer no era crear una nueva visión sino dar expresión a la visión actual en un solo documento que serviría de base para definir la contribución específica necesaria de la OPS para convertir esa visión en realidad. Sin embargo, el Programa de Acción Sanitaria regional, como expresión legítima de la voluntad colectiva de los países de las Américas, también podría servir de base para determinar la contribución de otros actores y organismos interesados en el sector de la salud en la Región. Sin tal documento, sería imposible armonizar y alinear los esfuerzos o establecer la rendición de cuentas con respecto a los resultados.

100. La Presidenta observó que el Subcomité parecía estar de acuerdo en general con la propuesta para desarrollar un Programa de Acción Sanitaria decenal en la región que planteara la visión colectiva de los Estados Miembros y determinara las metas que deseaban lograr y un plan estratégico de cinco años que definiría la función de la Secretaría en la consecución de esas metas. Sin embargo, el Subcomité no parecía estar dispuesto a respaldar la propuesta con respecto al grupo consultivo sin más información acerca de su composición y funciones. En consecuencia, pidió a la Secretaría que formulara una propuesta más detallada en cuanto a los miembros y las atribuciones del grupo.

101. El Subcomité posteriormente consideró un documento preparado por la Secretaría, en el cual se proponía la creación de un grupo consultivo de 12 miembros, de los cuales seis o siete serían altos funcionarios o planificadores de los Estados Miembros, entre ellos uno de la subregión del Cono Sur (MERCOSUR), uno de la subregión andina, uno de Centroamérica, uno de los países anglohablantes del Caribe, uno de los países latinos del Caribe y uno de América del Norte. Cinco miembros serían representantes de entidades colaboradoras en la esfera de la salud, seleccionadas entre universidades, organizaciones de las Naciones Unidas, ONG, instituciones financieras internacionales u otras instituciones de salud. También se propuso que un subgrupo del grupo consultivo sobre el Programa de Acción Sanitaria ayude a la Secretaría a formular el Plan Estratégico.

102. Los miembros del Subcomité opinaron que necesitaban más tiempo para examinar y debatir la propuesta. Se decidió organizar una consulta virtual con ese fin y se pidió a la Secretaría que hiciera los arreglos necesarios y proporcionara apoyo técnico.

Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso (documento SPP40/8)

103. La Dra. Alba María Roperó (Asesor Regional en Inmunizaciones, OPS) presentó el documento SPP40/8, que había sido preparado por un equipo interdisciplinario de la Secretaría como parte de una de las iniciativas de la hoja de ruta. Señaló que el tema de

los planes de salud pública regionales está estrechamente relacionado con el marco de planificación a largo plazo tratado por el Subcomité bajo el punto del orden del día anterior, ya que tales planes quizá sean un medio para operacionalizar el Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas. Empezó por explicar que el título de la iniciativa había sido inicialmente “programas regionales de salud pública” pero se había cambiado porque se temía que el término “programa” se confundiera con los programas regionales tradicionales de la Organización. Eso habría desviado la atención del verdadero foco de los planes de salud pública regionales: los Estados Miembros.

104. Al redactar el documento, el grupo interdisciplinario se había basado en gran medida en las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (CD46/29). También había examinado y extraído enseñanzas de los programas y las iniciativas regionales más exitosas, en particular el Programa Ampliado de Inmunización. Además, el equipo había mantenido conversaciones con funcionarios de la OPS y otros participantes de la Región. El resultado era el documento presentado al Subcomité, que describe un marco conceptual y un proceso para formular y poner en práctica planes de salud pública regionales.

105. Los planes de salud pública regionales se consideran como una herramienta estratégica para coordinar los esfuerzos de todos los niveles y actores para alcanzar las metas de salud pública. El documento plantea los criterios básicos, las características, las funciones y la estructura funcional de tales planes. También señala algunas de las actividades que deberían llevarse a cabo a nivel subregional y de país para ejecutar los planes y examina sus implicaciones para la cooperación técnica de la OPS/OMS.

106. Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre el marco presentado en el documento, que considerara mecanismos para la adopción formal de los planes por los Estados Miembros y que determinara los mecanismos que se necesitarían para ejecutar los planes de salud pública para las Américas y darles seguimiento.

107. El Subcomité recibió con beneplácito la iniciativa de elaborar un marco conceptual para los planes de salud pública regionales. Los miembros opinaron que la iniciativa muestra claramente que las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI están tomándose en serio. El Subcomité también expresó apoyo general a los planes de salud pública regionales como un medio para focalizarse en problemas específicos, señalando que, debido a la naturaleza transfronteriza de los procesos de enfermedades, es indispensable que los países aúnen fuerzas para combatirlos mediante intervenciones conjuntas o coordinadas. Se mencionó la influenza aviar como ejemplo consumado de un asunto de salud que requiere un enfoque regional coordinado.

108. No obstante, algunos delegados dijeron que estaban confundidos con respecto a la finalidad y el contenido del documento y la naturaleza de los planes en cuestión. Se

señaló que el documento era muy teórico y que se centraba en gran medida en el proceso, en vez del contenido, lo cual podría conducir a la formulación de planes que en última instancia influyeran muy poco a nivel de país. Varios delegados advirtieron que no se debía dar un énfasis excesivo al proceso a expensas de la ejecución, recalcando que la planificación no debía convertirse en un fin en sí mismo y que era importante no perder de vista el hecho de que la meta general de la planificación y la programación era lograr cambios en el estado de salud a nivel de país. También se señaló que, en consonancia con los principios de la gestión orientada a la consecución de resultados, los primeros pasos en cualquier proceso de planificación deben ser priorizar, identificar los problemas a abordar y fijar las metas, y sólo después se deben formular planes con miras a alcanzar esas metas.

109. Varios delegados opinaron que en el documento se debe destacar la función crucial del firme liderazgo de los ministerios de salud a nivel de país. A este respecto, un delegado señaló que los planes de salud pública regionales sólo podrán ser tan fuertes como los planes a nivel subregional, nacional y subnacional. Varios delegados recalcaron la importancia de adaptar los planes mundiales y regionales a la realidad, las necesidades y las prioridades nacionales y de asegurar la participación del país en el proceso de planificación para conseguir que los planes resultantes realmente respondan a las necesidades percibidas. También se subrayó la necesidad de respetar las decisiones nacionales con respecto a la participación en un plan regional particular.

110. Se sugirió que, para dejar claro lo que el marco y el proceso propuesto tenían la intención de cambiar o mejorar, el documento se beneficiaría de una sección introductoria o de antecedentes que explicara las fallas o puntos débiles que se habían encontrado en el proceso actual de formulación y ejecución de planes regionales. También se sugirió que el documento explicara la relación entre los planes de salud pública regionales y el Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas, los planes estratégicos de la OSP y otros elementos del marco de planificación de la Organización. Un delegado observó que era difícil discernir de la información en el documento lo nuevo del enfoque propuesto y la forma en que difería de lo que la OPS ya estaba haciendo; por ejemplo, mediante las estrategias de cooperación en los países. Otro delegado señaló que el documento no explicaba la diferencia entre los planes y programas y, a veces, parecía usar ambos términos indistintamente.

111. Con respecto a la solicitud de que el Subcomité considerara mecanismos para la adopción formal de los planes por los Estados Miembros, los delegados pidieron que se aclarara qué se pedía específicamente a los Estados Miembros que adoptaran, puesto que el documento SPP40/8 no contenía ningún plan. Los delegados también preguntaron si se preveía que el documento fuese remitido al Comité Ejecutivo para su consideración, en cuyo caso habría que revisarlo y aclararlo, en particular si iba a servir de base para una resolución.

112. La Dra. Ropero dijo que el objetivo de la Secretaría al someter el documento a la consideración del Subcomité había sido obtener precisamente el tipo de retroalimentación que habían proporcionado los Miembros. El marco conceptual todavía está en elaboración; la Secretaría es consciente de que hay que pulirlo. Las observaciones del Subcomité habían destacado las áreas que requerían aclaración y serían muy útiles para la Secretaría al revisar el documento.

113. La Directora afirmó que este tema, como el que lo había precedido, se había planteado ante el Subcomité porque era el órgano encargado de la programación y la planificación, y los planes de salud pública regionales eran uno de los instrumentos de planificación de la Organización. Según se había explicado en el debate anterior sobre la gestión orientada a la consecución de resultados, era esencial para todos los interesados compartir un marco conceptual común y una terminología común; de lo contrario se perdería mucho tiempo en debates inútiles sobre los conceptos y el lenguaje. La confusión con los términos “programa” y “plan” mostraba claramente la necesidad de una terminología uniforme.

114. En el documento SPP40/8, la Secretaría no proponía ni procuraba la aprobación de un nuevo plan de salud pública regional, sino que proponía un marco conceptual y una terminología comunes para tales planes, de manera tal que, cuando se usara un plan determinado como base para fijar los resultados previstos y los objetivos de desempeño, los diversos participantes estuvieran seguros de que estaban “hablando el mismo idioma” y que se aplicarían las mismas normas a todos los niveles en la evaluación de los resultados. El propósito del marco conceptual es señalar los atributos esenciales de un plan eficaz y las normas o parámetros de referencia sobre cuya base podrían medirse, partiendo de la experiencia de la Organización con planes regionales anteriores. En ese sentido, estuvo de acuerdo en que sería útil incluir en el documento un examen de las enseñanzas extraídas de los planes tanto fructíferos como infructuosos.

115. Una enseñanza importante del pasado es que, para tener éxito, los planes de salud pública regionales deben ser considerados como mandatos por todos los interesados: la Organización, los Estados Miembros, los donantes, otros socios y la sociedad civil. Esa es la única manera de asegurar la responsabilización. A nivel nacional, es necesario que el plan constituya un mandato para los funcionarios a todos los niveles, desde el presidente y el Congreso hasta los alcaldes y otras autoridades locales.

116. En lo que concierne a la solicitud al Subcomité relacionada con los mecanismos de adopción formal de los planes de salud pública regionales, explicó que la intención era solicitar la orientación de los Miembros sobre el procedimiento para la aprobación de los planes futuros por los Cuerpos Directivos; por ejemplo, un plan para la reducción de la mortalidad infantil o para la aplicación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en la Región. Con respecto a la relación entre los planes de salud pública regionales y los otros instrumentos de planificación, observó que, una vez que el Programa de Acción

Sanitaria para las Américas sea aprobado, es importante que haya un plan regional para alcanzar cada una de las metas estratégicas establecidas por los Estados Miembros. En cuanto a si el documento debía remitirse al Comité Ejecutivo, en su opinión no debía serlo, ya que la Secretaría por el momento no estaba sometiendo ninguna propuesta concreta a la aprobación de los Cuerpos Directivos y, como las observaciones del Subcomité habían puesto de manifiesto, había que aclarar varios puntos del documento.

117. El Delegado de Canadá, recordando que su país y otros habían recomendado durante varios años que el trabajo del Subcomité se centrara en cuestiones de planificación, administración y presupuestación, observó con satisfacción que la inclusión de este punto y los precedentes en el orden del día del Subcomité claramente reflejaba un cambio en esa dirección. El Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS examinaría la función del Subcomité en mayor profundidad cuando se reuniera más tarde en el curso de la semana.

118. La Presidenta dijo que, aunque los Miembros parecían estar de acuerdo en que se trataba de una buena iniciativa y que la Secretaría sin duda debía seguir perfeccionando el marco conceptual, parecía ser el consenso del Subcomité que el documento no estaba listo para ser considerado por el Comité Ejecutivo.

Marco de la OPS para la movilización de recursos (documento SPP40/4)

119. El Dr. Philippe Lamy (Gerente de Área, Gobernanza, Política y Alianzas), al presentar el documento SPP40/4, señaló que, el marco de movilización de recursos se había elaborado incorporando los aportes de una de las iniciativas de la hoja de ruta, cuyo fin último es elaborar una estrategia de movilización de recursos para la Organización. El objetivo de la estrategia sería no sólo movilizar recursos financieros y no financieros para la Secretaría y por medio de ella, sino también ampliar la movilización de recursos para la salud a nivel de país. La alusión a las observaciones anteriores del Subcomité en su debate del Programa de Acción Sanitaria propuesto para las Américas y el Plan Estratégico de la OSP, recalcó que la Secretaría era consciente de la necesidad de alinear y enunciar las diversas propuestas de planificación y los instrumentos con la estrategia de movilización de recursos, cuya finalidad es apoyarlos.

120. Resumió los puntos principales presentados en el documento, incluidos los antecedentes de la propuesta, factores contextuales tales como las tendencias de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) y otras fuentes de asistencia multilateral y bilateral, y los componentes principales del marco propuesto de movilización de recursos, que serviría de punto de partida para formular posteriormente la estrategia de movilización de recursos. También presentó alguno de los elementos claves del trabajo del equipo de movilización de recursos de la hoja de ruta y describió algunos de los avances realizados en la elaboración de la estrategia desde que se había publicado el documento SPP40/4.

121. El producto final de los esfuerzos del equipo sería una estrategia institucional de movilización de recursos que comprendería cuatro segmentos básicos o grupos de socios: instituciones financieras internacionales, socios bilaterales a nivel de país, socios institucionales y comerciales, y organizaciones de la sociedad civil tales como ONG y fundaciones filantrópicas. El equipo estaba buscando la forma de trabajar mejor con nuevas fuentes de recursos tanto financieros como no financieros para la salud, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y examinando formas de fortalecer los vínculos con el sector privado, incluidas las entidades comerciales y las entidades sin fines de lucro. Las negociaciones recientes con empresas farmacéuticas habían mostrado que había interés entre los actores de sector comercial tanto en la formación de alianzas financieras como en la asistencia no financiera (a través del suministro de conocimientos técnicos especializados, por ejemplo).

122. Algunas tareas preliminares que el equipo de movilización de recursos ya ha realizado son un análisis de la situación interna y externa de cada uno de los cuatro grupos de socios, el acceso de la OPS a la base de datos de donantes y a la capacitación impartida por el Centro de Fundaciones (centro de información sobre fundaciones y otras fuentes de donaciones), la identificación del papel potencial de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) en la movilización de recursos financieros y no financieros, contribuciones a la formulación de las directrices de la Organización para la colaboración con empresas privadas y la identificación del conjunto de conocimientos y la capacitación que el personal necesita para movilizar recursos eficazmente.

123. El Subcomité recibió con beneplácito el marco de movilización de recursos, considerándolo como una herramienta útil para planificar la movilización de recursos a mediano y largo plazo. Los Miembros aplaudieron, en particular, los esfuerzos para promover la armonización y alineación con otros socios, incluidos los del sector privado. Se alentó a la Organización a seguir trabajando para aprovechar los recursos y la capacidad disponibles en el sector privado, aunque se recalcó que se debe tener cuidado para no infringir principios y criterios éticos en tales relaciones. Los Miembros también respaldaron la idea de intensificar el diálogo de política en foros con socios múltiples, como se propone en el documento SPP40/4 (párrafos 40-41). En ese sentido, se sugirió que la OPS considere la posibilidad de organizar una reunión regional de la Secretaría y los Estados Miembros con representantes de entidades privadas a fin de continuar explorando las posibilidades de movilizar recursos en el sector privado.

124. Los delegados opinaron que el marco propuesto facilitaría un enfoque basado en programas, proporcionando una modalidad mediante la cual los países más desarrollados podrían apoyar la ejecución de programas regionales, en vez de proyectos específicos, que a menudo no son tan sostenibles como desearían los donantes. También se señaló que el marco proporcionaría un medio para utilizar los recursos disponibles en los países menos desarrollados, que pueden ofrecer una capacidad profesional e institucional muy

útil. Se instó a la Organización a que buscara formas de sacar mejor provecho de la pericia disponible a nivel de país al identificar las instituciones de excelencia que podrían servir de centros internacionales de referencia similares a los centros colaboradores de la OMS. Los delegados también recomendaron que la OPS fortaleciera la capacidad de sus oficinas de país para movilizar recursos tanto financieros como no financieros a nivel de país. Con ese fin se recomendó reforzar los vínculos entre las oficinas de país y los ministerios de salud, especialmente sus oficinas de cooperación internacional. También se destacó la importancia de incorporar las entidades subregionales en los esfuerzos de movilización de recursos.

125. Los delegados felicitaron a la OPS por su éxito en la recaudación de contribuciones voluntarias y solicitaron información adicional sobre las áreas de trabajo a las cuales se habían asignado esos fondos y la forma en que se habían distribuido entre los Estados Miembros, en particular los cinco países prioritarios de la Organización. Aunque reconocieron la importancia de atender las necesidades de los países más pobres, los delegados también recalcaron la importancia de no pasar por alto las necesidades de los países de ingreso mediano e instaron a la Organización a trabajar para aumentar el acceso de estos países a recursos y programas de cooperación.

126. Se sugirió que, a medida que la Secretaría avanzara con el desarrollo de la estrategia de movilización de recursos, sería útil enunciar algunos objetivos básicos, siguiendo el modelo del marco de movilización de recursos de la OMS. Tales objetivos podrían incluir, entre otros, esfuerzos de movilización de recursos arraigados en un compromiso de la Secretaría de ser un centro de excelencia orientado a la consecución de resultados para la Región, un compromiso con la responsabilidad, la transparencia y la supervisión y con el uso de los recursos a todos los niveles, la movilización de recursos focalizada en las prioridades acordadas de la OPS y esfuerzos para asegurar la eficacia óptima de los recursos voluntarios mediante una mayor coordinación con los objetivos de la asistencia actual para la salud a nivel de país. También se sugirió que se aclare la sección del documento que trata de la labor de promoción y el diálogo de política, ya que no es evidente de qué forma contribuirían específicamente esas actividades a la movilización de recursos.

127. El Dr. Lamy estuvo de acuerdo en que era ciertamente muy importante movilizar la capacidad profesional e institucional a nivel de país; la Secretaría lo consideraba como un elemento importante que debía incluirse en la estrategia de movilización de recursos. También estuvo de acuerdo en que las oficinas de país, junto con los ministerios de salud, tenían un papel importante que desempeñar en la movilización de más recursos para uso a nivel de país. En ese sentido, la Secretaría estaba trabajando en una propuesta para fortalecer la capacidad de movilización de recursos de las oficinas de cooperación internacional de los ministerios de salud, en colaboración con la red regional de esas oficinas.

128. Respondiendo a la solicitud de información sobre la asignación de las contribuciones voluntarias entre las áreas de trabajo y los Estados Miembros, dijo que se estaban compilando datos sobre varios bienios, que se incluirían en la próxima versión del documento. Con respecto a la solicitud de aclaración de la relación entre el diálogo de política, la labor de promoción y la movilización de recursos, citó el ejemplo de la iniciativa regional “Tres millones para 2005”. El apoyo político, técnico y financiero movilizado en la Cumbre de las Américas fue lo que le permitió a la Región alcanzar el objetivo fijado por los Estados Miembros.

129. Aseguró al Subcomité que, aunque no había respondido específicamente a cada observación, había tomado nota cuidadosamente de todas las sugerencias y recomendaciones con respecto a la estrategia de movilización de recursos y las comunicaría al resto del equipo de la hoja de ruta.

130. La Directora observó que muchas de las herramientas y estrategias actuales de la OPS para movilizar recursos se habían originado en los años ochenta con la iniciativa “La salud, un puente para la paz en Centroamérica”, uno de los esfuerzos de movilización de recursos más exitosos de la historia de la Organización, que había conducido a la formación de muchas alianzas nuevas, incluso relaciones con socios extrarregionales que subsistían en la actualidad.

131. Opinó que era importante destacar que, aunque en los últimos años habían surgido varias formas y modalidades nuevas de cooperación, la cantidad real de financiamiento proporcionada para la cooperación internacional en el campo del desarrollo no había aumentado. Era difícil ver cómo podrían alcanzarse los numerosos objetivos de desarrollos establecidos por los países del mundo en los últimos años si esa situación persistía.

132. La Secretaría conocía muy bien los problemas que afectan a los países de ingreso mediano con respecto a la movilización de recursos y estaba explorando las maneras de aumentar su acceso al financiamiento en el marco de iniciativas tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y de asegurar la representación de sus intereses en los órganos directivos de tales iniciativas. Una de las cartas que la Secretaría estaba barajando en las negociaciones con inversionistas internacionales era, precisamente, la capacidad profesional e institucional que existe en los países de ingreso mediano, que permite obtener efectos importantes a corto plazo con una inversión relativamente moderada. La Secretaría también insistía firmemente en la necesidad de proteger los logros alcanzados en el campo de la salud en esos países.

133. La Secretaría también está buscando la forma de trabajar a través de los Estados Miembros de la OPS para forjar alianzas más fuertes con instituciones financieras multilaterales, en particular el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y asegurar un papel más activo para la Organización en operaciones de cooperación técnica

relacionadas con la salud financiadas por los Bancos. La OPS había gozado de una relación de colaboración mucho más estrecha con el Banco Interamericano de Desarrollo durante los años sesenta y setenta, gracias a la cual la Región había visto la mayor cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento de su historia. El debilitamiento de esa alianza en años posteriores constituyó una gran pérdida para los países de las Américas y, en su opinión, fue un factor importante en el resurgimiento del cólera en la Región durante los años noventa.

134. Con respecto a las contribuciones voluntarias, recordó que, en la resolución sobre el presupuesto del año anterior (Resolución CD46.R8), se instaba a todos los países a efectuar contribuciones voluntarias para apoyar las prioridades identificadas en el supuesto de un aumento de 2% presentado en el *Documento Oficial 317* y se pedía a la Secretaría que informara sobre esos esfuerzos. Le complacía mucho informar al Subcomité que los países estaban respondiendo a ese llamamiento. Por ejemplo, Saint Kitts y Nevis y las Islas Caimán, ya habían efectuado contribuciones voluntarias.

Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (documento SPP40/11)

135. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OPS) presentó el documento SPP40/11, recalcando que no presentaba una estrategia o plan de acción detallado. El documento resumía el análisis de la situación y las líneas prioritarias de acción que representaban los resultados iniciales del proceso de elaboración de una estrategia y plan de acción regionales para un enfoque integrado de la epidemia creciente de enfermedades crónicas en la Región. La Secretaría solicitaba el aporte del Subcomité, de conformidad con su compromiso de realizar amplias consultas y encabezar procesos participativos para la preparación y definición de planes de acción regionales.

136. El proceso de elaboración de la estrategia y el plan de acción había empezado con un análisis de la situación, que había incluido una revisión bibliográfica, la compilación de datos y una encuesta de la capacidad nacional de prevención y control de las enfermedades crónicas en la Región realizada en 2005. El análisis preliminar de los resultados de la encuesta indica que, hasta el presente, la respuesta a la epidemia de enfermedades crónicas ha sido inadecuada. No hay una acción integrada; en los países todavía no hay leyes de control del tabaco ni legislación sobre alimentos y nutrición, y pocos países han asignado recursos a la prevención y el control de enfermedades no transmisibles.

137. En enero de 2006 se celebró una reunión de planificación con asesores regionales de toda la Organización, en la que participaron tanto funcionarios de la Secretaría como expertos de los países. El resultado fue un documento marco que identifica la meta general (prevenir y reducir la carga de enfermedades crónicas y factores de riesgo

conexos en las Américas) y las cuatro líneas de acción principales (política pública y sensibilización, vigilancia, promoción de la salud y prevención de enfermedades, y manejo integrado de enfermedades crónicas y factores de riesgo). Después de una reunión consultiva celebrada en febrero de 2006, el documento marco fue revisado y ampliado a fin de incluir prioridades, subprioridades, metas y submetas para cada línea de acción y métodos para evaluar el desempeño. El documento revisado fue distribuido a todos los Estados Miembros, y la Secretaría está trabajando a través de los Representantes de la OPS/OMS para que se consulte a los países de toda América Latina y el Caribe. Se realizarán también consultas subregionales mediante teleconferencias. Un comité de examen analizará los aportes de esas consultas para continuar moldeando y definiendo la estrategia y el plan de acción regionales. Se prevé que el proyecto final estará listo para mayo de 2006 y será presentado al Comité Ejecutivo en junio de 2006 y al Consejo Directivo en septiembre de 2006.

138. El Subcomité expresó su apoyo decidido a una estrategia regional integrada, haciendo hincapié tanto en la prevención como en la atención de las enfermedades crónicas. El Subcomité también aplaudió los esfuerzos de la OPS para garantizar la plena participación de los Estados Miembros en la formulación de la estrategia y plan de acción, que se considera decisiva para el éxito. Los Miembros creen que la estrategia regional complementará y contribuirá a la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. El Subcomité opinó que la estrategia regional también serviría de orientación útil para los Estados Miembros en la elaboración de sus planes nacionales para la prevención y el control de las enfermedades crónicas y brindaría una oportunidad para integrar las iniciativas y programas en el campo de las enfermedades crónicas que actualmente se están llevando a cabo de una manera fragmentada.

139. Un delegado, sin embargo, expresó inquietud por la posibilidad de que la estrategia regional coincida en gran medida con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y con la estrategia regional propuesta en materia de nutrición y desarrollo. Opinó que debe evitarse tal duplicación y que la OPS debe centrarse en la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS en las Américas en lugar de elaborar estrategias paralelas.

140. Los delegados destacaron varios temas que deben tenerse en cuenta a medida que continúe el trabajo en la estrategia y el plan de acción. Varios delegados también informaron sobre la marcha de las iniciativas de prevención y control de enfermedades crónicas en sus países. En este sentido, se recalcó la importancia de los intercambios de experiencia e información entre países en esta área; se señaló que el documento que contiene la estrategia regional podría beneficiarse de la inclusión de un resumen de las experiencias nacionales en un cuadro o tabla matricial. También se recalcó la utilidad de trabajar en redes colaborativas, como Ciudades y Municipios Sanos y CINDI

(Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades no Transmisibles) de la OMS y CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles) de la OPS.

141. Muchos delegados destacaron la necesidad de un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Señalaron que la promoción de la salud encaminada a prevenir las enfermedades crónicas debe empezar temprano, mediante la promoción de la salud escolar y programas de educación, para impulsar a los niños y jóvenes a adoptar modos de vida sanos y a no adquirir hábitos perjudiciales que podrían traducirse en mayores tasas de diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas en la vida adulta. Con relación a la diabetes, se señaló que la estrategia también debe centrarse en la identificación y el tratamiento de la prediabetes, puesto que hay indicios de que con una intervención temprana se puede evitar que la prediabetes se convierta en diabetes. Se recalcó la importancia de la detección e intervención tempranas para todas las enfermedades crónicas.

142. Los delegados también señalaron la necesidad de prestar atención a las enfermedades mentales, que a menudo coexisten con afecciones crónicas tales como el cáncer, las cardiopatías y la diabetes. Si no se tratan, podrían llevar a hábitos nocivos, a la falta de cumplimiento de las instrucciones de los médicos y a un mal pronóstico en los pacientes con enfermedades crónicas. Se recomendó que la OPS use el Programa de Acción Mundial en Salud Mental de la OMS para mejorar la estrategia regional para las enfermedades crónicas.

143. La formulación de intervenciones eficaces de educación sanitaria y orientadas a inducir cambios en el comportamiento es crucial para la prevención de las enfermedades crónicas. Un delegado señaló que la obesidad todavía no se considera de manera generalizada como factor de riesgo de enfermedades crónicas en su país, lo cual pone de relieve la necesidad de educación sanitaria y campañas de promoción. Otro delegado destacó la dificultad de lograr que las intervenciones de promoción de la salud alcancen a todos los sectores de la población, en particular a los grupos pobres y sumamente vulnerables. Un tercer delegado subrayó la necesidad de fortalecer la educación en promoción de la salud y prevención de enfermedades en los programas de capacitación para profesionales de la salud.

144. La vigilancia es un campo débil que se debe abordar en la estrategia regional. Se señaló que muchos países tienen dificultades para determinar la verdadera magnitud y gravedad de su problema de enfermedades crónicas y necesitan apoyo de la OPS para seleccionar los métodos de vigilancia y los instrumentos más apropiados para su situación.

145. Algunos delegados afirmaron que la promoción de cambios en las políticas es una función importante de la OPS que daría más relieve al problema de las enfermedades

crónicas en los programas nacionales, lo cual, a su vez, ayudaría a los países a obtener más cooperación de distintas fuentes. Otros delegados opinaron que una función más apropiada para la OPS sería proporcionar a los Estados Miembros las pruebas necesarias y las tendencias de los datos para elaborar políticas y programas a fin de abordar los complejos problemas en el ámbito del régimen alimentario, la nutrición y la actividad física.

146. Con respecto a la meta de la estrategia regional enunciada en el documento SPP40/11 (párrafo 29), un delegado afirmó que no contemplaba la realidad del continente, que presentaba un cuadro diverso y complejo de situaciones de salud que ameritaban el diseño de intervenciones integrales y adecuadas a cada país. Otro delegado recalcó que toda estrategia propuesta por la OPS debía ser pertinente para toda la Región; el mismo delegado, señalando que el documento SPP40/11 no contenía citas ni datos que respaldaran muchas de las estadísticas y aserciones que presentaba, recalcó que las estrategias regionales debían basarse en datos probatorios y tener fundamentos científicos sólidos.

147. Varios delegados pidieron información sobre los recursos que se necesitarían para aplicar la estrategia regional y la proporción del presupuesto de la OPS/OMS que se dedicaría a su ejecución. Se señaló que los Estados Miembros habían solicitado en varias ocasiones que la Secretaría incluyera tal información cada vez que presentara una propuesta de acción de los Cuerpos Directivos.

148. La Dra. Etienne agradeció al Subcomité sus extensas observaciones y sugerencias, en particular la recomendación en cuanto a la relación entre la salud mental y las enfermedades crónicas, y estuvo de acuerdo en que era un área que no había recibido suficiente atención. La Secretaría se cerciorará de que se tengan en cuenta los aportes del Subcomité en la elaboración de la estrategia y el plan de acción. Aseguró al Subcomité que, en la estrategia y el plan de acción regionales, se habían integrado plenamente las estrategias mundiales sobre el régimen alimentario, la actividad física y la salud, el control del tabaco, la prevención de enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud. La Secretaría no estaba tratando de reinventar ninguna de las estrategias de la OMS. La estrategia de la OPS, influenciada por esas estrategias, se concentraría en su aplicación mediante un plan de acción regional que tuviera en cuenta las realidades de la Región.

149. Con respecto a la pregunta sobre el presupuesto, señaló que los recursos para la prevención y el control de enfermedades crónicas no estaban concentrados sólo en el presupuesto asignado a la Unidad de Enfermedades no Transmisibles, sino que estaban distribuidos en toda la Organización, incluidas las oficinas de país. En el documento que se preparará para el Comité Ejecutivo, la Secretaría incluirá información sobre el presupuesto disponible en la Organización para la ejecución del plan de acción. También tratará de calcular los costos a fin de determinar el déficit de recursos para el cual habría

que movilizar recursos extrapresupuestarios. Era importante tener presente, sin embargo, que la ejecución del plan de acción regional sería una actividad conjunta de la Secretaría y los Estados Miembros. La Secretaría podría determinar el costo de la parte que le corresponde, pero no le resultaría fácil calcular el costo de la parte que le corresponde a cada país, al menos no a tiempo para la sesión de junio del Comité Ejecutivo.

150. La Directora comentó que la elaboración y aplicación de las estrategias para la Organización era inevitablemente un proceso de ida y vuelta. Los Estados Miembros de las diversas regiones de la OMS efectúan aportes a las estrategias mundiales, que, una vez aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud, son remitidas de vuelta a las Regiones para su ejecución. Para aplicar la estrategia mundial, cada Región tiene que elaborar un plan de acción, pero antes debe adaptar la estrategia mundial a las características y necesidades específicas de sus Estados Miembros.

151. En el caso de las Américas, la estrategia debe adaptarse tanto a la especificidad como a la diversidad de la Región, que se caracteriza por marcadas diferencias culturales, demográficas, económicas y de otros tipos. Una estrategia integrada para las enfermedades crónicas en la Región también debería tener en cuenta y aprovechar las estrategias conexas adoptadas anteriormente, como la estrategia de atención primaria de salud y las estrategias de promoción de la salud. Además, la estrategia regional debe incorporar las enseñanzas extraídas de los éxitos y fracasos pasados y recurrir tanto a la capacidad institucional de la Organización como a la pericia en el campo de las enfermedades crónicas que existe en la Región, no solo entre los profesionales de la salud sino también entre organizaciones de la sociedad civil tales como asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas y sus familiares. Como parte de la estrategia regional, hay que formular estrategias y enfoques específicos para atender las necesidades de grupos específicos de la Región, en particular los pueblos indígenas y los afrodescendientes. Por último, es sumamente importante que la estrategia regional aborde las enormes repercusiones económicas de las enfermedades crónicas en los sistemas de salud y en las personas y las familias en la Región.

Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo (documento SPP40/12)

152. La Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OPS) presentó el proyecto de estrategia y plan de acción regionales para la nutrición y el desarrollo, señalando que todavía están en la etapa de elaboración. El equipo que está desarrollando la propuesta, encabezado por la Subdirectora, cuenta con personal de tres áreas de la Organización (Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Prevención y Control de Enfermedades, y Salud Familiar y Comunitaria), de oficinas de país y de los dos centros panamericanos que se dedican a temas de alimentación y nutrición: el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

153. Empezó por presentar en líneas generales los retos que enfrentaba la Región con respecto a la nutrición, señalando que es un componente importante de la consecución de seis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Luego presentó información sobre los principales problemas nutricionales de las Américas, sus factores determinantes y sus consecuencias. Destacó algunas de las características del nuevo enfoque de los problemas nutricionales que constituyen la base de la estrategia y el plan de acción propuestos en el documento SPP40/12, observando que el enfoque, de índole intersectorial, considera la nutrición como un aspecto de la salud y el desarrollo y como un componente crucial de las estrategias de reducción de la pobreza. Finalizó con un resumen del calendario para la consideración de la propuesta por los Estados Miembros y un panorama de los recursos humanos y financieros disponibles para su ejecución.

154. Después de ser examinados por el Subcomité, la estrategia y el plan de acción propuestos serían tratados por expertos y representantes de países y de otros organismos en una reunión regional de consulta en mayo de 2006. La Secretaría usaría los aportes del Subcomité y la reunión regional de consulta para producir una propuesta mucho más pulida que se presentaría al Comité Ejecutivo en junio de 2006. Las consultas nacionales se celebrarían durante el mes de julio. La propuesta final sería presentada al Consejo Directivo en septiembre de 2006.

155. Los recursos del presupuesto ordinario disponibles para la ejecución del plan de acción ascienden aproximadamente a \$3,5 millones. Los recursos extrapresupuestarios actualmente disponibles totalizan alrededor de \$3,3 millones. Esas cifras incluyen los fondos disponibles a nivel regional y de país y en los presupuestos del INCAP y el CFNI. Se calcula que el déficit de recursos asciende a \$5,7 millones. En cuanto a los recursos humanos, la mayoría de los funcionarios que participarían en la ejecución del plan estarían en los países o en subregiones, en las oficinas de país o en el INCAP o el CFNI. Además, hay tres asesores regionales en la sede de la OPS.

156. En el debate subsiguiente, los delegados expresaron gratitud por la inclusión de información sobre los recursos financieros y humanos en la presentación oral y pidieron a la Secretaría que incluyera esa información en la próxima versión del documento. El Subcomité expresó apoyo al proyecto de estrategia y plan de acción regionales, recibiendo con beneplácito, en particular, su enfoque intersectorial y su consonancia con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y la Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Varios delegados observaron la fuerte correlación entre esta estrategia y plan de acción y el proyecto de estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control de enfermedades crónicas, y recalcaron la necesidad de integrar ambas iniciativas para evitar la fragmentación y aprovechar al máximo los recursos. Se señaló que el nexo entre ambos debe hacerse más explícito en los documentos respectivos. El Subcomité también opinó que deben aclararse las contribuciones del INCAP y la CFNI a la aplicación de cada una de las estrategias y los planes de acción.

157. Un delegado preguntó si la formulación de estrategias regionales separadas, aunque complementarias, constituiría una duplicación de esfuerzos y diluiría los escasos recursos, que se necesitan para aplicar las estrategias mundiales. En su opinión, al incorporar y recalcar el desarrollo en la estrategia y el plan de acción, la Secretaría no solo se excedería de su mandato, sino que, más importante aun, restaría claridad a su compromiso de larga data de proporcionar una buena cooperación técnica en materia de salud a los países. Instó a la Secretaría a usar su pericia y recursos para ejecutar plenamente la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, medir sus efectos y ayudar a los países a obtener los datos necesarios para vigilar las tendencias nutricionales con el tiempo.

158. Los delegados aplaudieron el reconocimiento en la estrategia del efecto de la salud y las disparidades socioeconómicas en el estado de nutrición, lo cual es congruente con el trabajo de la OMS en los factores sociales determinantes de la salud. Un delegado opinó, sin embargo, que en el documento SPP40/12 no se presta suficiente atención a la conexión entre esas disparidades y el proceso de globalización y concentración de los recursos, en particular con medidas tales como la aplicación de subsidios y restricciones al libre comercio. Otro delegado observó que los resultados previstos, enunciados en el anexo del documento, parecían indicar que, si un país no alcanzaba sus metas con relación a la alimentación y la nutrición, se debía a la falta de voluntad política. Recalcó la necesidad de reconocer y abordar los problemas estructurales que quizá impidan a los gobiernos alcanzar sus objetivos.

159. Se señaló que la pobreza y la erosión del poder adquisitivo en muchos países limitan el acceso de la población a un régimen alimentario saludable. También se señaló que, para alcanzar la meta de proveer alimentos nutritivos a precios asequibles, es necesario poner en práctica iniciativas a nivel nacional que podrían afectar a los márgenes de ganancia de productores locales de alimentos y repercutir en los ingresos públicos en concepto de derechos y aranceles sobre alimentos importados. Es imprescindible abordar esos posibles problemas desde las primeras etapas del proceso de ejecución a fin de que los líderes políticos no piensen que el plan de acción no es factible debido a su probable efecto en la capacidad del Estado para generar ingresos y financiar presupuestos.

160. Varios delegados respaldaron el concepto del derecho a una alimentación suficiente como un derecho humano básico, mencionado en el anexo al documento SPP40/12 (línea de acción 1, actividad 7.1). En efecto, algunos señalaron que se debe más importancia a la perspectiva de derechos humanos. El Delegado de Estados Unidos de América, sin embargo, opinó que la OPS no es un foro apropiado para tratar los derechos humanos y pidió que se suprimiera del documento la referencia a los derechos de alimentación y nutrición. Observó que el Gobierno de Estados Unidos había dejado claro en otros foros que creía que el logro de cualquier derecho a una alimentación suficiente o a no pasar hambre era una meta o aspiración que se alcanzaría

progresivamente y que no daba lugar a ninguna obligación internacional ni disminuía la responsabilidad de los gobiernos nacionales frente a sus ciudadanos. El Delegado de Estados Unidos también se opuso a las referencias en el documento al comercio y a las políticas económicas y comerciales, señalando que temas tales como el comercio y el precio de los alimentos estaban claramente fuera del ámbito básico de la Secretaría.

161. Varios delegados informaron sobre programas e iniciativas que se están llevando a cabo en sus países con miras a eliminar las carencias nutricionales, mejorar el estado de nutrición y abordar los factores de riesgo de enfermedades crónicas relacionados con el régimen alimentario, en particular el peso excesivo y la obesidad.

162. Los Delegados de Argentina y México presentaron declaraciones escritas que contenían varias observaciones y sugerencias detalladas sobre aspectos específicos del documento SPP40/12.

163. La Dra. Tambini agradeció a los delegados sus observaciones, que la Secretaría tendría en cuenta al continuar trabajando en la estrategia y el plan de acción propuestos. Le parecía evidente, por los comentarios de los delegados sobre las actividades en el ámbito de la alimentación y nutrición en sus países, que la estrategia y el plan de acción reflejaban y respondían a políticas ya instituidas y procesos que ya están en marcha a nivel nacional.

164. Aseguró al Subcomité que la Secretaría estaba tan preocupada como los Estados Miembros por evitar la duplicación de esfuerzos y asegurar la armonización y el refuerzo mutuo de las medidas que debían tomarse de acuerdo con las dos estrategias y los planes de acción, que contribuirían a la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En ese sentido, sugirió que las dos estrategias regionales podrían visualizarse como dos círculos que se cruzan, con la Estrategia Mundial en la intersección de ambas.

165. Reiteró que la estrategia y el plan de acción propuestos para la nutrición y el desarrollo todavía estaban en preparación. La Secretaría seguiría mejorándolos, teniendo en cuenta los aportes de los Estados Miembros. También seguiría perfeccionando las proyecciones de costos para la ejecución del plan de acción.

166. El Dr. Fitzroy Henry (Director, Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe), respondiendo a las preguntas sobre el papel de los dos centros con respecto a las dos estrategias, dijo que el trabajo de cada centro se adaptaba a las condiciones y las necesidades de las subregiones respectivas. En el Caribe, por ejemplo, la desnutrición no era un problema de salud pública en la gran mayoría de países. En consecuencia, el CFNI estaba centrándose principalmente en las causas de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición y el régimen alimentario, en particular la obesidad. Los problemas nutricionales asociados con la infección por el VIH son otra faceta importante del trabajo

del centro. El INCAP, en cambio, estaba trabajando para abordar tanto la desnutrición como la obesidad y otros factores relacionados con el régimen alimentario asociados a las enfermedades crónicas porque ambos problemas coexistían en la subregión centroamericana.

167. En cuanto a los comentarios del Delegado de Estados Unidos de América, dijo que no creía que la estrategia y el plan de acción representaran una duplicación de esfuerzos o un alejamiento de las funciones básicas de la OPS. Tal como había reconocido la OMS y como la Secretaría de la OPS había tratado reflejar en el documento SPP40/12, era imposible cambiar los hábitos alimentarios sin un ambiente propicio para el cambio de comportamiento. En efecto, en el plan estratégico a mediano plazo de la OMS que se está redactando, el objetivo estratégico en relación con la nutrición subraya la necesidad de fortalecer los nexos mundiales entre la salud, el desarrollo agrícola, los recursos hídricos, el comercio y los encargados de la política ambiental y apoyar sistemas de producción de alimentos orientados a mejorar el acceso a los alimentos para todos los grupos de la población nacional. Por eso la OPS considera necesario examinar algunos de los factores ambientales relacionados con la educación, la agricultura, el comercio, la producción de alimentos y otras áreas que afectan a la alimentación y la nutrición. La estrategia y el plan de acción regionales tienen por objeto apoyar, y no duplicar, lo que la OMS está haciendo, tomando debidamente en cuenta al mismo tiempo las especificidades y las particularidades de la Región de las Américas, una de las cuales es, indudablemente, la desigualdad.

168. La Directora agregó que la desigualdad que existe en la Región crea un telón de fondo muy particular para el trabajo de la OPS en el tema del régimen alimentario y la nutrición, ya que está claramente relacionado con la capacidad económica de las familias y las personas, lo cual a su vez influye en su acceso a alimentos nutritivos y en su capacidad para consumir alimentos saludables. Para elaborar una estrategia y un plan de acción eficaces en materia de nutrición, es esencial considerar los temas relacionados con la seguridad alimentaria y la producción de alimentos e incluir a los interesados directos de otros sectores. En su opinión, ningún plan para abordar los temas de la alimentación y nutrición puede tener éxito a menos que abarque tres grupos cruciales: los productores, la industria alimentaria y los consumidores.

169. Recalcó que el tema de la alimentación y la nutrición es complejo. La prevención y el control de las enfermedades crónicas también es un problema complejo. El régimen alimentario y la nutrición son sólo un componente de un enfoque de salud pública integrado de las enfermedades crónicas. Asimismo, la prevención de enfermedades crónicas es sólo una de las razones para mejorar la nutrición y el régimen alimentario. La nutrición es también un aspecto fundamental del desarrollo. Sin duda, la Secretaría buscará las intersecciones entre ambas estrategias, pero es importante darse cuenta de que representan dos campos de acción, cada uno con sus propias especificidades.

170. La Presidenta dijo que tenía la impresión de que el Subcomité comprendía la diferencia entre ambas estrategias pero deseaba ver el nexo entre ellas enunciado más claramente en la próxima versión del documento.

Examen de los centros panamericanos (documento SPP40/INF/2)

171. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OPS) resumió el contenido del documento SPP40/INF/2, que había sido preparado por la Oficina de conformidad con la resolución CD46.R6, aprobada por el 46.º Consejo Directivo en septiembre de 2005. El documento presenta una reseña de la historia de los centros panamericanos y su debate por los Cuerpos Directivos, así como información actualizada sobre el trabajo y la situación actual del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). También informa sobre la marcha del proceso para armonizar el CAREC, el CFNI y el INCAP con los criterios subregionales para la asignación de fondos fijados en la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CD45/7).

172. El objetivo de la Oficina al presentar el informe sobre los centros panamericanos era informar a los Estados Miembros sobre la relación evolutiva entre la OPS y los cinco centros. Con los cambios en el entorno político, tecnológico y financiero, también fue cambiando la cooperación técnica de la Organización, proporcionada en parte por los centros. En consecuencia, la Oficina estaba explorando la posibilidad de modificar los arreglos legales, financieros y de gestión de la OPS con los centros para que siguieran siendo una manera eficaz y eficiente de alcanzar las metas en un área particular de la cooperación técnica. Ese proceso de evaluación tiene lugar junto con diversos procesos subregionales, en particular un proceso conjunto emprendido con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) en el marco de la tercera fase de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC III) y un examen de cinco instituciones regionales de salud del Caribe, entre ellas el CAREC y el CFNI, encargado por CARICOM.

173. Se pidió al Subcomité que formulara comentarios para guiar a la Oficina en el proceso de armonización de las funciones de los centros panamericanos y examinara la relación de la Organización con ellos.

174. El Subcomité aplaudió el examen efectuado por la Oficina y el funcionamiento de los centros panamericanos, que estaba de acuerdo con el esfuerzo global de fortalecimiento y transformación institucional. A este respecto, se recalcó la importancia capital de la supervisión y la responsabilidad en la gestión de los centros.

175. Se señaló que el informe sobre los centros se había facilitado sólo unos días antes del comienzo de la 40.^a sesión del Subcomité, de modo que a los Miembros les había resultado muy difícil captar las cuestiones relativas al posible realineamiento de varios centros y venir bien preparados para tratarlas. Los delegados señalaron que habría sido útil contar con información más detallada sobre el estado actual de los centros y el valor agregado de sus servicios a nivel de país, en particular considerando la afirmación en el párrafo 8 del documento SPP40/INF/2 de que los centros panamericanos eran un asunto de interés para todos los Estados Miembros (incluidos los que no usan sus servicios) dado el efecto que tienen en el presupuesto ordinario de la OPS/OMS. Se sugirió que, para que el trabajo de los centros fuese más útil para los que no usan directamente sus servicios, la Oficina considere la posibilidad de invitar a uno o dos directores de centros cada año para que expliquen el trabajo y los retos de la conducción de un centro. Con relación al financiamiento para los centros, se pidió a la Oficina que aclarara si todos los centros panamericanos recibían cuotas de los Estados Miembros que atendían.

176. El Delegado de Barbados dijo que el futuro de los centros panamericanos, especialmente el CAREC y el CFNI, era de importancia fundamental para los países de CARICOM. La asistencia técnica proporcionada por estos dos centros había ayudado a los países del Caribe a mejorar su comprensión de la situación sanitaria, su respuesta a las crisis y los cambios en las necesidades de salud. Sin embargo, en el esfuerzo para movilizar los recursos necesarios, había sido difícil encontrar el equilibrio adecuado entre responder a los deseos de los donantes y continuar satisfaciendo las necesidades de los países de CARICOM. Por consiguiente, la convergencia del examen de las instituciones de salud regionales del Caribe y la formulación de la visión colectiva de los países de CARICOM para la salud (CSC III) había sido fortuita. Barbados reconoció y aplaudió la considerable capacidad de la administración del CAREC para movilizar recursos y no deseaba que CARICOM la perdiera. Las decisiones que el Consejo de CARICOM para el Desarrollo Humano y Social tomaría el mes siguiente deberían tener en cuenta la realidad de la situación financiera de los países miembros y la necesidad de encontrar suficiente financiamiento para los centros a fin de asegurar la sostenibilidad de programas de salud pública flexibles y receptivos y, al mismo tiempo, atraer y retener a profesionales con múltiples aptitudes para administrar y llevar a cabo esos programas.

177. Los delegados de Argentina y Canadá señalaron que recientemente habían sido invitados por la Oficina a participar en un comité consultivo externo que visitaría varios centros panamericanos. Esas visitas les darían la oportunidad de observar directamente el trabajo de los centros y los retos con que se enfrentan, con lo cual estarían en condiciones de proporcionar, de forma crítica y objetiva, información acerca de las funciones y las operaciones de los centros.

178. El Delegado de Argentina felicitó a la Oficina por la transparencia y la eficiencia con la cual había cerrado poco antes el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) en su país. Le complacía informar que la cooperación

técnica de la Organización con Argentina, lejos de verse afectada, se había incrementado y ampliado.

179. El Delegado de Canadá, señalando que los centros se habían establecido en un momento en que muchos ministerios de salud carecían de ciertos tipos específicos de capacidad, se preguntaba si esa situación persistía y, de no ser así, si la Organización quizás debería considerar la posibilidad de establecer centros nuevos para abordar necesidades apremiantes. También preguntó si el estudio de las instituciones de salud regionales de CARICOM podría ponerse a disposición de los Estados Miembros de la OPS. Además, aunque reconocía que el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y el Programa Regional de Bioética no eran centros panamericanos en el sentido estricto del término, pensaba que habría sido útil para los Estados Miembros recibir información sobre esos dos “cuasicentros”, puesto que desempeñaban un papel importante en la cooperación técnica de la Organización.

180. La Dra. Etienne dijo que la Oficina había presentado un informe sobre los cinco centros mencionados en el documento SPP40/INF/2 porque el 46.º Consejo Directivo se lo había solicitado específicamente. Como recordarían los delegados, el año anterior se había presentado un informe detallado sobre el CEPIS. La Oficina reconoció que tenía la responsabilidad de realizar una evaluación exhaustiva y presentar un informe sobre un centro anualmente y ya había programado una evaluación de PANAFTOSA. Como se había indicado, dos Miembros del Subcomité (Argentina y Canadá) formarían parte del grupo de consulta externo que examinaría la situación de PANAFTOSA.

181. El estudio sobre los centros del Caribe había sido encargado por CARICOM, de manera que quienes desearan copias del informe deberían solicitarlas de la Secretaría de CARICOM. La OPS había participado en el examen de ese informe y había tenido en cuenta las recomendaciones en su examen de los mandatos fundamentales de los centros panamericanos y en la determinación de las prioridades subregionales para el Caribe.

182. Aunque la Oficina estaba dispuesta a crear centros nuevos si los Estados Miembros consideraban que era necesario, era importante tener en cuenta las implicaciones presupuestarias y tener muy en claro los temas que abordarían los centros nuevos. Tal vez fuese mejor buscar una forma de utilizar más eficazmente la red de centros colaboradores de la OMS para mejorar la cooperación técnica de la OPS.

183. La Directora señaló que el documento SPP40/INF/2 tenía por objeto complementar la información presentada el año anterior en el documento CD46/10, que había proporcionado detalles sobre las características de los diversos centros. Opinaba que era importante entender que el grupo de instituciones conocidas como “centros panamericanos” estaba integrado por entidades muy distintas. Diferían en cuanto a la estructura de gestión, el método de financiamiento, las funciones y muchos otros aspectos. Sólo tres recibían cuotas directas de Estados miembros. Algunas recibían una

contribución del país anfitrión y otras no. Algunas tenían personería jurídica y otras no. Esa misma diversidad es lo que había complicado la relación de la Organización con los centros y a veces había dificultado su pleno aprovechamiento. Por consiguiente, advirtió que no sería conveniente establecer centros nuevos. Creía que era más importante concentrarse en corregir las fallas de los centros existentes, manteniendo al mismo tiempo su capacidad y pericia.

184. Agradeció al Delegado de Argentina sus palabras de aliento; sin embargo, no creía que la Oficina mereciera todo el mérito del desenlace feliz de la decisión de cerrar el INPPAZ. Opinó que el proceso de cierre del centro había sido “un tango bien bailado” entre la Oficina y el Gobierno de Argentina, que había sido mutuamente beneficioso y había protegido los intereses de los Estados Miembros que dependían de los servicios de cooperación técnica del Centro.

185. Aclaró que el examen de PANAFTOSA se llevaría a cabo junto con un examen del programa de salud pública veterinaria de la Organización, del cual ese Centro formaba parte. La evaluación se centraría en parte en las actividades en el campo de la inocuidad de los alimentos, tras la reasignación de las funciones de cooperación técnica en ese campo del INPPAZ a la ubicación actual de PANAFTOSA.

Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados (documento SPP40/5)

186. El Dr. John Ehrenberg (Jefe, Unidad de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades), al presentar el documento SPP40/5, señaló que los preparativos para hacer frente a la gripe o influenza habían galvanizado a la Organización para trabajar interprogramáticamente. Por lo tanto, aunque los preparativos para la influenza formaban parte del área de alerta y respuesta ante epidemias, su intervención y el documento SPP40/5 contenían contribuciones de todas las áreas de trabajo y unidades de la Organización.

187. Reseñó la acción de la OPS para ayudar a los Estados Miembros a responder a la amenaza de una pandemia de influenza y a preparar y proteger a su propio personal, incluido el establecimiento del grupo de trabajo sobre alerta y respuesta ante epidemias para recomendar, posibilitar y coordinar las actividades de la OPS en el ámbito de los preparativos y la respuesta frente a la influenza y darles seguimiento. El grupo de trabajo había redactado el plan estratégico y operativo de la OPS para responder a la influenza pandémica, una política de personal y un plan de contingencia. Uno de los componentes clave del trabajo de la Organización es el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica en la Región, que es fundamental, entre otras cosas, para determinar la composición de las vacunas. Otras áreas importantes de trabajo incluyen el fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios para detectar el virus de la influenza, incluido el H5N1; el aumento de la utilización estacional de vacunas contra la influenza y el suministro adecuado de vacunas; el establecimiento de nexos entre el manejo de desastres, la defensa

civil y el personal de salud pública; la preparación de los servicios de salud de la Región para hacer frente a una posible pandemia de influenza; la formulación de estrategias de comunicación eficaces, reconociendo que la comunicación sería fundamental para el control de una pandemia; el fortalecimiento de la salud pública veterinaria y la promoción de la colaboración interinstitucional con el IICA, la OIE, la FAO y otros organismos para la prevención y el control de la influenza aviar; y la ayuda a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales y locales de preparativos para la influenza.

188. Aunque se había avanzado mucho, quedaban varios asuntos pendientes, en particular mantener el compromiso político con los preparativos para la influenza frente a otras prioridades, fortalecer y promover la integración entre los sectores sanitario y agropecuario, especialmente con respecto a la prevención y el control de la influenza aviar, y el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional para que otros sectores contribuyan a los planes nacionales de preparativos para la influenza, de los cuales no puede responsabilizarse únicamente el sector de la salud.

189. Se solicitaban los comentarios del Subcomité sobre el plan de la Oficina para establecer un Centro de Operaciones de Emergencia que sirviera de núcleo para una respuesta institucional coordinada. Además, se señaló al Subcomité la necesidad de realizar talleres subregionales de autoevaluación de los planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza en todas las subregiones y de contratar más personal a fin de hacer frente a la pesada carga de trabajo impuesta a la OPS para apoyar tanto la formulación de planes nacionales de preparativos para la influenza como la ejecución del Reglamento Sanitario Internacional. Al final del documento SPP40/5 hay una lista de los puestos que es necesario llenar.

190. El Subcomité agradeció los esfuerzos de la OPS a fin de preparar a la Región para una posible pandemia de influenza e instó a la Organización a que siguiera ejerciendo un fuerte liderazgo en ese sentido. El Subcomité también expresó su firme apoyo a la creación de un Centro de Operaciones de Emergencia, la organización de talleres subregionales para evaluar los planes nacionales de preparativos para la influenza y la contratación de personal para llenar los cuatro puestos mencionados en el documento SPP40/5. Varios delegados solicitaron información sobre la forma en que la Oficina proponía financiar esas iniciativas. Se sugirió que se pidieran contribuciones voluntarias con esa finalidad y se instó a los Estados Miembros a que apelaran a la OMS a fin de que encauce una proporción más grande de las contribuciones voluntarias a las Américas para los preparativos para la influenza. Se sugirió que la Oficina considere las alianzas publicoprivadas como estrategia para movilizar los fondos necesarios para establecer el Centro de Operaciones de Emergencia.

191. El Subcomité subrayó la necesidad de la acción intersectorial. Los delegados opinaron que sería imposible montar un plan eficaz de preparación para una pandemia sin la participación de otros sectores, en particular el personal de respuesta a situaciones de emergencia. Se destacó la importancia de la cooperación y coordinación con el sector agropecuario. En ese sentido, un delegado creía que en el documento SPP40/5 se debía hacer más énfasis en la vinculación de la estrategia de la OPS con la de la FAO, la OIE, el IICA y otros organismos que trabajan en el área de la sanidad animal.

192. También se consideró esencial aumentar la disponibilidad de la vacuna estacional contra la influenza y garantizar su calidad, inocuidad y eficacia. Los delegados recalcaron la necesidad de asegurar la equidad en el acceso a las vacunas, en particular en los países de ingresos medianos y bajos que no producen vacunas, y de promover la transferencia de tecnología y la capacitación de recursos humanos a fin de que los países que tengan la capacidad necesaria puedan comenzar a producir vacunas. Se sugirió que la OPS formule recomendaciones para ayudar a los países a priorizar los grupos que deberán ser vacunados si escasea la vacuna. El Delegado de Canadá observó que, en marzo de 2005, el Ministerio de Salud de Canadá, junto con la OMS y la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, patrocinó el primer taller mundial sobre preparativos reglamentarios para las vacunas humanas contra la influenza pandémica y anunció que el segundo taller se celebraría en junio de 2006 en Washington, D.C.

193. También se recalcó la importancia de la información pública y la comunicación de riesgos. Se sugirió que la OPS formule normas para la comunicación eficaz con el público en general y con grupos específicos, como los políticos.

194. El Delegado de Barbados, aludiendo a las observaciones del Dr. Ehrenberg con respecto al fortalecimiento de los laboratorios, hizo un llamamiento especial a la Organización para que ayude a fortalecer la capacidad de los laboratorios en el Caribe a fin de realizar pruebas de detección de la influenza. El Delegado de Costa Rica preguntó qué pensaba la OPS con respecto a la predicción del Dr. David Nabarro, Coordinador del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe Aviar y Humana, de que la gripe aviar probablemente llegaría al continente americano dentro de seis o siete meses.

195. Varios delegados describieron las medidas que se están tomando en sus países en preparación para una posible pandemia. El Delegado de Argentina presentó una copia del plan de contingencia de su país para la influenza pandémica y el SARS; también describió los preparativos que están realizándose en el MERCOSUR para la influenza y distribuyó una decisión que fue aprobada recientemente por los ministros de salud de la subregión sobre estrategias conjuntas de fortalecimiento de acciones para enfrentar los riesgos de una pandemia de gripe aviar. El Delegado de México presentó una declaración escrita que contenía detalles sobre el plan nacional de preparativos y respuesta para la influenza en su país, así como sugerencias de modificaciones del documento SPP40/5.

196. El Dr. Ehrenberg agradeció al Subcomité su apoyo a los preparativos de la Oficina para la influenza y a las propuestas de crear un Centro de Operaciones de Emergencia, celebrar talleres subregionales y contratar más personal para mejorar la capacidad operativa de la Organización. La Oficina estaba trabajando activamente para movilizar contribuciones voluntarias, incluida una parte mayor de las contribuciones voluntarias de la OMS, y veía con optimismo la posibilidad de obtener suficiente financiamiento. Agradeció a los países que habían participado en la promoción de la causa en la OMS para aumentar el volumen de los recursos extrapresupuestarios destinados a la Región de las Américas.

197. Estuvo de acuerdo en que la participación de otros sectores en los preparativos para la influenza era fundamental. En efecto, la OPS había recalcado que los planes nacionales de preparativos no podían considerarse completos hasta que se determinara la forma en que participarían otros sectores diferentes del sector de la salud. La Directora había enviado recientemente un memorando a todos los representantes de la OPS/OMS, alentándoles a que aprovecharan cualquier oportunidad para promover la participación de otros sectores a nivel nacional.

198. Con respecto a la predicción del Dr. Nabarro, opinaba que no era apropiado que la OPS especulara acerca del momento en que la influenza aviar podría llegar a las Américas. En la propagación de la enfermedad influyen muchos factores y era imposible predecir con verdadera certidumbre cuándo podría verse afectada la Región. Lo importante era estar bien preparados para hacer frente a la influenza aviar cuando llegara.

199. La Directora, observando que varios delegados habían mencionado la dificultad de incluir otros sectores en sus preparativos a nivel nacional, dijo que la Organización estaba pasando por una dificultad similar con la inserción de otros organismos en la respuesta a la amenaza de la influenza aviar y la influenza pandémica humana. Lamentablemente, son pocas las medidas que están tomando las instituciones que operan fuera del sector de la salud. Reconociendo que la respuesta a la influenza aviar debía estar encabezada por el sector de la salud animal, la OPS había estado colaborando estrechamente con el IICA y había tratado de promover una mayor participación de la FAO y la OIE en los preparativos regionales. Sin embargo, como había dicho antes, estos dos organismos mundiales tienen una presencia muy limitada en los países de las Américas. La OPS también colaborará con otros organismos internacionales para ayudarles a formular planes de protección y de contingencia para sus oficinas y su personal en las Américas.

200. Con respecto al Centro de Operaciones de Emergencia, señaló que la Organización primero había establecido por primera vez un centro de ese tipo en 1998 tras el huracán Mitch. La Oficina aprendería de esa experiencia y también del Centro de la OMS de Alerta y Operaciones de Respuesta al crear el centro de la OPS. También señaló que la Organización ya tenía un centro de operaciones de emergencia de facto en

el sentido de que el personal ya está desempeñando todas las funciones de un centro de ese tipo. Sin embargo, para ayudar mejor a los Estados Miembros y asegurar la respuesta más oportuna posible a la amenaza de la influenza, la Oficina señaló que se deben establecer la infraestructura y el personal necesarios para un verdadero centro de operaciones de emergencia. Se propuso que el centro se aloje en el local ocupado actualmente por la biblioteca en la sede de la OPS. De esta forma sería accesible al público. La Oficina había preparado una propuesta detallada en relación con la creación del centro que presentaría a posibles fuentes de financiamiento.

Otros asuntos

Evaluación del programa por la oficina de Servicios de Supervisión Interna

201. La Sra. Dianne Arnold (Directora Interina de Administración, OPS), al informar sobre las medidas que se habían tomado desde septiembre de 2005 para fortalecer los Servicios de Supervisión Interna de la Organización, dijo que se había ampliado la Oficina con la adición de un puesto de oficial de evaluación. El personal de la Oficina, por lo tanto, consta de un auditor jefe, que depende de la Directora de la OPS, y un auditor y un oficial de evaluación que dependen del auditor jefe. Lamentablemente, el auditor jefe había renunciado en febrero de 2006 y la Oficina estaba buscando un reemplazante. También estaba buscando un oficial de evaluación. La Oficina recibe apoyo de los Servicios de Supervisión Interna de la OMS, de modo que la OPS puede aprovechar los recursos humanos disponibles en la sede de la OMS en caso de que necesite personal adicional debido a una vacante o a la necesidad de un especialista en un área en particular.

202. La oficina de Servicios de Supervisión Interna efectúa dos tipos de auditorías: 1) evaluaciones y auditorías de oficinas de país y centros (se realizaron 19 durante el período 2004-2005) y 2) evaluaciones programáticas. Hasta la fecha se habían realizado auditorías de este último tipo en las siguientes áreas: fondos rotatorios para la adquisición de vacunas y para suministros estratégicos de salud pública, infección por el VIH/SIDA, viajes, acuerdos y adquisiciones. El resultado de estas evaluaciones fue un informe a la Directora, con recomendaciones para la acción.

203. La Directora señaló que la oficina de Servicios de Supervisión Interna presentaría un informe al Comité Ejecutivo en junio con sus recomendaciones y la influencia que tienen en el trabajo de la Oficina.

Preparación de la edición de 2007 de La salud en las Américas

204. Por invitación de la Directora, el Dr. Fernando Zacarías, Jefe Interino de la Unidad de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, presentó un panorama del proceso de producción de la edición de 2007 de *La salud en las Américas*, que

proporcionaría gran parte de la información sobre los problemas de salud en la Región que se utilizaría en la formulación del programa regional de salud, el plan estratégico y otros planes de salud pública.

205. Los temas intersectoriales fundamentales para la edición de 2007 incluyen la equidad, cuestiones de género, etnias y derechos humanos, pero también se ponen de relieve la agenda sanitaria inconclusa en las Américas, la protección de los avances realizados y los nuevos retos. Como en el pasado, la publicación tendrá dos volúmenes: el primero con una descripción y análisis de la situación sanitaria y sus factores determinantes en la Región en conjunto, y el segundo con informes sobre la situación sanitaria en cada Estado Miembro participante. La edición de 2007 también tendrá un capítulo final sobre las perspectivas de salud para 2015, el año fijado como meta para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

206. La preparación de la publicación abarca tres etapas. La primera, que comenzó en agosto de 2005, fue una etapa conceptual en la cual un grupo interprogramático integrado por personal de oficinas de país y unidades regionales formuló directrices técnicas para la preparación de los capítulos de los volúmenes regionales y de país. La segunda etapa, actualmente en marcha, consiste en la preparación de los capítulos sobre los países y la Región, que se prevé concluir en mayo y julio de 2006, respectivamente. La fase final de revisión y producción comenzará en noviembre de 2006 y culminará con el lanzamiento de la publicación, en las versiones impresa y electrónica, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 2007.

Orden del día de la 138.ª sesión del Comité Ejecutivo

207. La Dra. Karen Sealey (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) presentó el orden del día provisional preparado por la Oficina para la 138.ª sesión del Comité Ejecutivo (documento CE138/1).

208. El Subcomité recomendó que, para acelerar la consideración de un orden del día muy cargado, se combinen los puntos 4.11 (Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud) y 4.12 (Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo). El Subcomité, señalando que las ponencias del personal de Oficina en las reuniones de los Cuerpos Directivos generalmente reflejan estrechamente el contenido de los documentos de trabajo, también recomendó acortar las ponencias a fin de que los Estados Miembros tengan más tiempo para debatir cada punto. Además, el Subcomité solicitó que los proyectos de resolución se distribuyan con antelación a fin de que los Estados Miembros estén mejor preparados para abordarlos.

209. Se sugirió que, al formular el programa de reuniones para la sesión, la Oficina considere la posibilidad de programar los puntos 6.2 (Intervención del representante de la

Asociación de Personal de la OSP) y 7.7 (Informe anual sobre los recursos humanos de la OSP) de manera que puedan debatirse durante la misma reunión. También se propuso tratar el tema 7.6 (Informe sobre los preparativos para casos de desastre en la Región de las Américas) antes del punto 7.5 (Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados).

210. El Delegado de Estados Unidos de América propuso cambiar el título del punto 4.8 del orden del día (Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho a la salud y otros derechos relacionados) a “Discapacidad: prevención y rehabilitación” y abordar el tema desde una perspectiva de salud pública y no de derechos humanos. Tal como había declarado antes su Delegación, Estados Unidos no creía que la OPS fuese un foro apropiado para debates sobre derechos humanos; es más, el derecho a la salud no era un derecho que se hubiera acordado en ningún foro internacional. Con respecto al punto 4.10 (Propuesta del Decenio de los recursos humanos para la salud en las Américas, 2006-2015), dijo que Estados Unidos no creía que hubiera necesidad de tal decenio. Recordó que la Secretaría de la OMS también había propuesto un decenio de los recursos humanos para la salud pero, después de examinar las repercusiones en los costos y su factibilidad, había decidido no seguir adelante con la propuesta. Estados Unidos esperaba que la Región de las Américas siguiera la decisión de la sede de la OMS.

211. El Delegado de Brasil propuso la inclusión en el punto 7 (Asuntos de información general) de un informe sobre el trabajo de la Comisión Nacional Brasileña sobre Factores Determinantes de la Salud, creada recientemente siguiendo el modelo de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.

212. La Directora señaló que la mayoría de los documentos preparados por la Oficina iban acompañados de proyectos de resolución; en consecuencia, esas resoluciones se distribuirían con antelación. Sin embargo, los Estados Miembros tenían derecho a presentar proyectos de resolución durante las sesiones de los Cuerpos Directivos y obviamente no sería posible distribuirlos por adelantado.

213. Con relación al tema de la discapacidad, dijo que el título había sido propuesto por el Presidente de Panamá. La Oficina no estaba facultada para cambiar el título de los temas propuestos por los Estados Miembros, ni tampoco lo estaba el Subcomité de Planificación y Programación, que no era un órgano decisorio. Sin embargo, como la Oficina se encargaría de redactar el documento de trabajo sobre el tema, se esforzaría para aclarar con el Gobierno de Panamá la forma en que debería abordarse el tema. Los Estados Miembros tendrían la oportunidad de tratar el documento durante la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo y decidir si debería remitirse al Consejo Directivo y de qué forma.

214. El Delegado de Argentina dijo que su Gobierno, en calidad de Presidente del Comité Ejecutivo, ayudaría a aclarar con el Gobierno de Panamá el enfoque que debería darse al tema.

Documentos para los Cuerpos Directivos: preparación y puntualidad

215. El Sr. Nick Previsich (Canadá) observó que, con la mayoría de los documentos para el Subcomité, apenas se había cumplido el plazo de tres semanas para la distribución de documentos de trabajo y algunos documentos se habían proporcionado menos de tres semanas antes de la inauguración de la sesión. Señaló que, cuanto más pronto los Estados Miembros recibieran los documentos, mejor preparados estarían para tratarlos y proporcionar aportes y orientación útiles sobre las actividades de la Organización. Por consiguiente, apeló a la Oficina para que facilite todos los documentos de trabajo cuanto antes. En su opinión, tres semanas no bastaban para permitir una preparación minuciosa. También observó que el Comité Ejecutivo había acordado hace algún tiempo que todos los documentos de trabajo incluirían información sobre los recursos (humanos y financieros) y las repercusiones en los grupos vulnerables, especialmente los pueblos indígenas, los ancianos, las mujeres y los niños. Solicitó que tal información se incluya en todos los documentos de trabajo para el Comité Ejecutivo.

Clausura de la sesión

216. Después del intercambio usual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 40.^a sesión del Subcomité.

Anexos

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Método para formular el Plan Estratégico de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Programa de Acción Sanitaria para las Américas 2008-2017
5. Marco de la OPS para la movilización de recursos
6. Desempeño financiero de la Organización Panamericana de la Salud en el ejercicio 2004-2005: Panorama de los recursos y las tendencias financieros
7. Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS
8. Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
9. Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso
10. Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana
11. Examen de los centros panamericanos
12. Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud
13. Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo
14. Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados
15. Implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en el sistema de las Naciones Unidas
16. Otros asuntos
17. Clausura de la sesión

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de Trabajo

SPP40/1, Rev. 1 y SPP40/WP/1	Orden del día y del programa de reuniones
SPP40/3	Método para formular el Plan Estratégico de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Programa de Acción Sanitaria para las Américas 2008-2017
SPP40/4	Marco de la OPS para la movilización de recursos
SPP40/6	Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS
SPP40/7	Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
SPP40/8	Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso
SPP40/9	Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana
SPP40/11	Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud
SPP40/12	Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo
SPP40/5	Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados

Documentos de Información

SPP40/INF/1	Desempeño financiero de la Organización Panamericana de la Salud en el ejercicio 2004-2005: Panorama de los recursos y las tendencias financieros
SPP40/INF/2	Examen de los centros panamericanos

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi
Jefa de Gabinete de la Subsecretaria de Relaciones
Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Sr. Sebastián Molteni
Representante Alterno de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Barbados

Ms. Diane Campbell
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

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

Canada
Canadá

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

Ms. Kate Dickinson
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Dr. Nazanin Meshkat
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Amrita Paul
Health Specialist
Canadian International Development Agency
Ottawa

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

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

Costa Rica

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

Sra. Roxana Terán-Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Paraguay

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

Sr. José Méndez-Vall
Primer Secretario y Representante Alterno
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

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

**Observer Member States
Estados Miembros Observadores**

***Brazil
Brasil***

Sr. José Roberto de Araújo Ferreira
Gerente de Projeto da Presidência
da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

***Grenada
Granada***

Dr. Carlene Radix
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Security, the Environment,
and Ecclesiastical Affairs
St. George's

***Mexico
México***

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

Lic. Alejandra Morel
Directora para Asuntos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Sra. Helena Arrington
Subdirectora para Organismos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Juan Gabriel Morales
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

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

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

Mr. Mark Abdoo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Adviser
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Alicia Diaz
Director, Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Bill Kean
Director, Governing Body and External Relations
Geneva

Dr. Xavier Leus
Director, WHO Representative to World Bank/IMF
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. Mirta Roses Periago
Director/Directora

*Advisers to the Director
Asesores de la Directora*

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

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

- - -