

## **CAPÍTULO 1: LA SALUD, FACTOR CRÍTICO PARA EL DESARROLLO**

1. A lo largo del quinquenio de 2003-2007, la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana<sup>1</sup> se ha encuadrado en el contexto más amplio de los grandes ideales humanitarios y de desarrollo social enunciados en las cumbres mundiales y americanas de los tres últimos lustros, que han colocado a la salud en el núcleo de la agenda política mundial y regional. Con la Declaración del Milenio, ratificada por los jefes de 189 estados en septiembre del 2000, esos ideales se encarnan en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

2. Estos objetivos constituyen un plan mundial sin precedente para combatir los males sociales que perpetúan el subdesarrollo: la pobreza; la desnutrición; las enfermedades; el analfabetismo; la discriminación por razones socioeconómicas; étnicas, raciales o de género; la degradación ambiental; la corrupción política y, como factor subyacente, el menosprecio por la dignidad del ser humano. Aunque sólo tres de los ocho objetivos de la Declaración del Milenio guardan relación directa con la salud —la mortalidad en la niñez, la mortalidad materna, la infección por el VIH y el sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas— hay una estrecha relación de dependencia y sinergia entre todos.

3. Desde la Declaración del Milenio, los ODM se han visto reforzados por los líderes políticos de la Región. En la Cumbre Extraordinaria de las Américas (Monterrey, México, 13 de enero de 2004), los jefes de estado y de gobierno de los países americanos ratificaron los valores reflejados en los ODM al centrar sus deliberaciones en el crecimiento económico con equidad, el desarrollo social, la gobernabilidad y la necesidad de proteger la seguridad en el continente. En esa Cumbre se estableció, entre otras, la meta de dar tratamiento antirretrovírico a por lo menos 600.000 personas infectadas con el VIH en América Latina y el Caribe para 2005.

4. En el Foro Objetivos de Desarrollo del Milenio, Propuestas para la Cumbre (Brasilia, 4 de agosto de 2005), los ministros y representantes de los gobiernos de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay y delegados de organizaciones de la sociedad civil examinaron los factores que obstaculizaban el logro de los ODM, especialmente los relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La Declaración de Brasilia estableció un consenso político en torno a la adopción de los ODM en América Latina y el Caribe, resaltó la importancia de las alianzas entre países para cumplirlos, y delineó las responsabilidades de los gobiernos, legisladores, entidades de la sociedad civil y la comunidad internacional.

---

<sup>1</sup> La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP u Oficina) es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## **La salud y el desarrollo en las declaraciones de las cumbres**

### **Cumbres de las Américas**

“Destacamos que uno de los pilares del desarrollo humano y el progreso de las naciones es la protección social en materia de salud, por lo que continuaremos ampliando las estrategias de prevención, atención y promoción, así como la inversión en este ámbito, a efecto de proveer servicios de calidad para todos y mejorar dentro de lo posible la protección social a todas las personas, con particular énfasis en los grupos más vulnerables.”

*Declaración de Nuevo León, Monterrey, México, 12 y 13 de enero de 2004*

“Fortaleceremos la cooperación y los intercambios de información en la lucha contra enfermedades crónicas así como enfermedades emergentes y reemergentes tales como el VIH/SIDA, SARS, malaria, tuberculosis, gripe aviar y otros riesgos de salud.”

*Declaración de Mar del Plata, Argentina, 4 y 5 de noviembre de 2005*

### **Cumbre Iberoamericana**

“Compartimos la preocupación expresada en la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, relativa al número de víctimas que continúa ocasionando al mundo una dolencia curable como la tuberculosis, cifra que alcanza las 5.000 vidas por día, constituyendo ésta la principal causa de muerte de las personas infectadas con HIV/SIDA. En el marco de dicha preocupación, igualmente hacemos nuestra la propuesta de que la salud sea considerada tema central de una próxima Cumbre, y que se contemple la posibilidad de la aplicación de un Plan Global Iberoamericano de Acción para detener aquella dolencia, en el ámbito de la iniciativa de Naciones Unidas para el período 2006–2015. Solicitamos a la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) presentar propuestas tendientes a impulsar acciones e iniciativas en diferentes ámbitos tales como el empresarial y el laboral u otros, a fin de contribuir a hacerle frente a este flagelo que afecta a nuestras sociedades.”

*Declaración de Montevideo, Uruguay, 3 a 5 de noviembre de 2006*

### **Cumbres del Grupo Río**

“Los Jefes de Estado y de Gobierno coincidieron en que para responder al desafío de la pobreza y el hambre y alcanzar el mayor desarrollo económico y social de sus pueblos se requiere centrar los esfuerzos en la población en situación de mayor vulnerabilidad con un énfasis especial en las acciones tendientes a lograr la educación universal, los servicios básicos de salud y agua potable, el bienestar de niños, niñas y mujeres y los programas para el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes de ambos sexos, así como la equidad de género. Por lo tanto, acordaron impulsar políticas de desarrollo dentro de sus respectivos Estados para asegurar un enfoque que priorice los programas dirigidos a la reducción de la pobreza y el combate al hambre, así como el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.”

*Declaración de Turkeyen, Guyana, 2 y 3 de marzo de 2007*

“Tomando en consideración los millones de personas en la Región que no tienen acceso a los servicios básicos de salud la incidencia de la mortalidad materno infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y en general la inexistencia de seguro médico, los Jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su compromiso con la Agenda de Salud para las Américas, según se encuentra en estos momentos en discusión entre los Estados Miembros de la OPS-OMS.”

*Declaración sobre Asuntos Sociales y Humanos, Guyana, 2 y 3 de marzo de 2007*

5. Con los ODM, por primera vez en la historia la comunidad mundial cuenta con un programa común, basado en objetivos claros y medibles, que exhorta a los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales a dar prioridad en sus planes de trabajo a reducir la pobreza y a disminuir las desigualdades en el acceso a los factores determinantes del desarrollo. Los ODM son la culminación de una larga trayectoria iniciada en 1977 con el llamamiento de salud para todos, ante las crecientes e injustas disparidades en salud. En 1978 en Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud instó a los gobiernos del mundo a velar por la salud de sus poblaciones desde una perspectiva de derecho. Desde entonces la atención primaria ha sido una plataforma de las políticas de salud en el continente americano para poner la salud al alcance de toda persona, independientemente de su situación económica o social o del lugar donde vive. Los ODM, al colocar la salud en el centro de las políticas de desarrollo, ofrecen una oportunidad invaluable para renovar y redefinir la estrategia de la atención primaria y la meta de salud para todos, a la luz de la situación epidemiológica y demográfica actual, y de las tendencias socioculturales y económicas observadas.

6. En el último quinquenio, la salud también ha ocupado un lugar relevante en el ámbito subregional. El 45° Consejo Directivo, reunido en septiembre del 2005, emitió el mandato de apoyar los planes de acción en materia de salud de los diversos procesos de integración subregional de las Américas. Para dirigir los esfuerzos de la Oficina por atender a las necesidades de las diferentes subregiones, se promovieron alianzas con los organismos responsables de coordinar los procesos de integración regionales en el área de la salud. A partir del 2006, por primera vez se crea un presupuesto bienal por programas (BPB) con un enfoque subregional. Los programas de cooperación técnica subregionales fueron acordados con la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad Andina de Naciones (CAN), respectivamente, teniendo como propósito fortalecer las estructuras y mecanismos que dichos organismos han creado en pos del desarrollo sanitario de sus respectivas áreas geográficas de influencia.

7. Los foros de cada una de las estructuras subregionales han servido para la revisión y negociación de propuestas de trabajo. Un ejemplo de ello ha sido la XXV Reunión de Ministros de Salud de los Países Andinos (REMSAA), donde los ministros de salud acordaron consolidar sus esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos mediante la preparación de un plan de trabajo que incluya una estrategia de comunicación social y de información pública para dar continuidad al proceso de negociación conjunta de medicamentos contra la infección por el HIV y otros que se consideren estratégicos. Los Ministros de Relaciones Exteriores de la CAN aprobaron en septiembre de 2004 el Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS), en el cual se incorpora el tema de la salud y se definen las acciones que deberán tomarse por medio de programas y proyectos comunitarios en las siguientes áreas: vigilancia epidemiológica, mejoramiento de las condiciones de salud de la población en zonas fronterizas y el acceso a medicamentos y otros insumos de salud de la población. La OPS viene apoyando

activamente estas iniciativas, que se coordinan con el Organismo Andino en Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU). Se puede destacar el acompañamiento que viene haciendo la OPS a la preparación de la tercera ronda de negociación de medicamentos antirretrovirales y reactivos para la infección por VIH y el sida, al que se incorporarán los países miembros del MERCOSUR. Esta cooperación se suma al apoyo que la OPS brinda para el cumplimiento de los objetivos de las resoluciones que aprueban los ministros de salud reunidos en la REMSAA por lo menos una vez al año. La OPS contribuye técnicamente para que los países de la subregión ejecuten el Reglamento Sanitario Internacional mediante instrumentos y procedimientos de vigilancia epidemiológica armonizados, además de que apoya la acción de los comités subregionales andinos de salud intercultural, control del paludismo (PAMAFRO), preparativos y atención de desastres, y recursos humanos.

8. En el caso de MERCOSUR, se ha venido trabajando tanto con la Reunión de Ministros de Salud como con los subgrupos de trabajo de salud, ambiente y agricultura, además de las varias subcomisiones que los integran. Conjuntamente fueron identificadas ocho áreas temáticas expresadas programáticamente en cinco proyectos para esa subregión, en las áreas de sistemas de información y comunicación de salud; la salud en las fronteras; el Reglamento Sanitario Internacional; las cuentas nacionales de salud; la estrategia integral para el control del dengue; las medidas de reglamentación sanitaria subregionales, y la salud ambiental y del trabajador. Para poner en práctica el plan de trabajo subregional del MERCOSUR, la OPS coordina con la Presidencia Protempore correspondiente. Adicionalmente, la Organización está acompañando el diálogo de las instancias subregionales del área andina y MERCOSUR en la identificación de aspectos comunes entre las dos subregiones.

9. Centroamérica y República Dominicana desarrollan una dinámica actividad integracionista en materia de salud. El Consejo de Ministros de Salud del SICA, apoyado por el Secretario de Integración Social Centroamericana (SISCA), se reúne dos veces al año y la reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) convoca anualmente a los ministros de salud y máximos representantes de las instituciones de la seguridad social y del sector de agua y saneamiento. Las resoluciones y acuerdos emanados de estas instancias de decisión política y concertación se orientan a mejorar los problemas comunes de los países, particularmente a prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y las originadas en causas externas, así como a proveer servicios de salud y saneamiento. La reciente emisión de la Política Subregional de Medicamentos, aprobada en la XXIII RESSCAD, que contempla una lista común de medicamentos y la negociación conjunta, es otro ejemplo de las ventajas de la integración en cuanto a la escala de las acciones gerenciales y medidas epidemiológicas para mejorar la salud colectiva en la subregión.

10. A mediados de los años ochenta, el Caribe estableció un marco estratégico de cooperación en materia de salud que se centra en acciones y recursos colectivos en áreas prioritarias para los países de la subregión. El CARICOM asimismo ha establecido el

Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) a fin de coordinar las políticas sanitarias y sociales en la subregión. Los ministros de salud se reúnen por lo menos una vez al año para tratar los asuntos de salud subregionales y aprobar los presupuestos y programas de las instituciones de salud regionales. Durante el último decenio los jefes de estado han pedido que se examinen el papel y las funciones de dichas instituciones regionales con miras a mejorar su eficacia. En su última conferencia anual de julio del 2007, los jefes de estado acordaron agrupar a las instituciones de salud regional en un único organismo de salud pública del Caribe. Esta decisión significa una contribución a la integración y proporciona una plataforma para la coordinación más eficaz de las iniciativas de salud subregionales.

### **El panorama regional a comienzos del nuevo milenio**

11. Desde la década de los noventa la OPS, junto con otras agencias de las Naciones Unidas, ha llamado a una transformación productiva con equidad para mitigar los difíciles problemas de salud de América Latina y el Caribe. La realidad de la Región en el año 2000 revelaba un panorama complejo. La población estimada era de 832,92 millones de habitantes y las tasas de fecundidad y mortalidad disminuían, a la vez que aumentaba la esperanza de vida en ambos sexos y en todas las edades, con el envejecimiento consiguiente de la población. No obstante, el ritmo del envejecimiento se desaceleraba en algunos países debido a un aumento de la mortalidad por accidentes automovilísticos, actos de violencia, abuso de sustancias nocivas y otras causas externas. Aunque la transición demográfica tenía distintas características en cada país, en todos comenzaba a notarse una carga simultánea de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Entre las primeras constituían problemas especialmente graves las enfermedades emergentes, el paludismo, el cólera, el dengue, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la infección por el VIH y el sida; entre las segundas, las enfermedades mentales, las enfermedades cardiovasculares, los cánceres y los trastornos endocrinos, como la diabetes sacarina del tipo 2. Los países aún no habían eliminado el tétanos neonatal, la sífilis congénita o la enfermedad de Chagas, en tanto que la transición demográfica y epidemiológica creaba exigencias que ponían a prueba una infraestructura de salud pública precaria.

12. En 2000, las afecciones relacionadas con una mala alimentación —la anemia, la obesidad, la desnutrición y las carencias de micronutrientes— aquejaban a millones de personas en la Región. Algunos grupos de población, entre ellos los pueblos indígenas, los niños, los adolescentes, los pobres, las personas sin empleo, los ancianos y las personas sin seguro médico, tenían necesidades especiales que el sistema de asistencia sanitaria no satisfacía. Otros, como los trabajadores itinerantes y de la economía informal, estaban expuestos a diversos riesgos de origen químico, biológico y mecánico sin tener un mínimo de protección.

13. Por otro lado, al comienzo del quinquenio persistían en la Región factores económicos, políticos y sociales poco conducentes a la equidad en materia sanitaria, reconociéndose que la pobreza generalizada afectaba a aproximadamente 211 millones de personas y menoscababa el ejercicio de los derechos ciudadanos y la participación en los mercados mundiales. La Región de las Américas era y sigue siendo, lamentablemente, la de mayor inequidad de ingreso del mundo.

14. Aunque en 2002 la mayoría de los países de la Región habían alcanzado varios de los objetivos vinculados con la meta de salud para todos, los indicadores revelaban marcadas diferencias entre países y dentro de cada país, aunque ocultos por las cifras promedio nacionales y subregionales. Había, además, enormes disparidades sanitarias entre distintos grupos de población en función del ingreso, el sexo, el origen étnico, la edad y otros factores determinantes de la salud.

15. La tasa de crecimiento económico en la Región al comienzo del quinquenio era muy baja. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las economías de la Región se expandieron solamente 1,5% en 2003 y ese año el PIB per cápita no creció, tras haber descendido en 2001 y 2002. Según un estudio que realizaron en 18 países el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la CEPAL y el Instituto Brasileño para la Investigación de la Economía Aplicada (IPEA), las tendencias del momento indicaban que sólo 7 de los 18 países —Argentina, Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay— alcanzarían en 2015 los ODM relacionados con la reducción de la pobreza.

16. Sin embargo, no todo en la Región era desfavorable. Se habían realizado notables avances debido a la restauración o instauración en muchos países de gobiernos pluralistas favorables a los movimientos en pro de los derechos de grupos especiales, como los trabajadores, las mujeres y los grupos indígenas, y que se preocupaban más por el medio ambiente. Nuevos procesos de desarrollo institucional, como la descentralización y la desconcentración, habían llevado a una mayor participación de los ciudadanos locales, aunque no suficiente para reducir las inequidades sociales y económicas. Por otro lado, la democratización y la descentralización habían empezado a generar una mayor participación ciudadana en la planificación y administración de los sistemas y servicios de salud de la Región.

17. La desigualdad de los esfuerzos por modernizar el aparato estatal y fortalecer sus sistemas de reglamentación, sumada a los efectos de la globalización y la inestabilidad económica y política, había llevado a una pérdida de confianza en la capacidad del Estado para velar por la equidad. Por otro lado, la liberalización económica del comercio no había beneficiado a todos los países en el mismo grado, pero las economías nacionales estaban cada vez más conectadas entre sí en el mercado mundial. Había volatilidad e incertidumbre y una inestabilidad generalizada ocasionada por graves crisis políticas y económicas, como los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, la reaparición de la fiebre aftosa con su consiguiente impacto sobre la exportación de ganado en algunos países, y varios desastres naturales.

18. Pese a algunas mejoras, en 2002 seguía habiendo brechas en la prestación de servicios de agua limpia y saneamiento. Alrededor de 15,4% de la población de América Latina y el Caribe todavía no tenía acceso a agua potable, cerca de 20,8% carecía de acceso al saneamiento y sólo 13,7% de las aguas residuales recogidas por los sistemas de alcantarillado se trataba antes de la descarga. Aunque cada vez eran más numerosos los hogares pobres con servicios de agua y saneamiento, una proporción mayor de los ingresos familiares se destinaban al pago de éstos. El tratamiento y la eliminación higiénica de los miles de toneladas de desechos producidos diariamente en las zonas urbanas planteaban un problema grave, como también la contaminación biológica, química y física del aire, el agua y el suelo por efecto de la urbanización, la industrialización, el transporte y los hábitos de consumo.

19. Varios desastres naturales habían agravado el problema de la inequidad y habían afectado desproporcionadamente a los residentes de barrios marginales asentados en sitios muy vulnerables. Los desastres habían puesto de manifiesto la fragilidad de las estructuras sociales y una actitud de indiferencia fatalista frente a la necesidad de tomar medidas preventivas.

20. En América Latina se habían logrado reformas estatales progresivas. Los sistemas y servicios de salud habían sufrido transformaciones internas, sobre todo en relación con la estructura y organización de los servicios prestados, su financiamiento, y la participación del sector privado y de aseguradoras privadas en el diseño y la ejecución de nuevos modelos de atención de salud y de prestación de servicios. Sin embargo, nada de ello había surtido los efectos previstos y varias áreas necesitaban mayor atención: la infraestructura sanitaria; las funciones esenciales de la salud pública; la protección social de la salud; la equidad en el acceso a los servicios asistenciales; los recursos humanos, y la calidad de la atención. La capacidad de gestión de los recursos humanos, que representan el activo más valioso de los sistemas de salud, era débil en toda la Región. La distribución del personal era poco uniforme, en parte por efecto de su migración en busca de mejores empleos. Los sueldos eran bajos, las condiciones de trabajo deficientes, y no había vinculación entre la formación de personal sanitario y las necesidades de los servicios de salud.

21. A pesar del creciente interés del público en la salud, el bienestar general y la alimentación, en general las tentativas por influir en el modo de vida individual habían surtido poco efecto, con la sola excepción de la iniciativa de comunidades y municipios saludables. Ello se debía en parte al estado de pobreza y poca escolaridad de las poblaciones destinatarias. La salud pública misma se había venido transformando; se conocían mejor los factores determinantes de la salud y las enfermedades. No obstante, estaban descuidadas algunas áreas esenciales; faltaban medidas para mejorar la salud de la población, la prevención, el bienestar general, las comunidades, la infraestructura de la salud pública y la prestación de servicios. A la vez habían surgido retos nuevos e inesperados, como el peligro de posibles ataques biológicos y químicos y de pandemias

de enfermedades emergentes para las cuales el sector de la salud de todos los países debía prepararse.

### **Un Plan Estratégico 2003-2007 inspirado en la equidad y el panamericanismo**

22. Al iniciarse un nuevo período en la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana en febrero de 2003, se aprobó el Plan Estratégico 2003-2007 (en lo sucesivo el “PE 2003-2007” o simplemente “el plan”) con arreglo a la resolución CSP26.R18 de la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. Este plan representó la respuesta a un panorama sanitario regional caracterizado por la presencia de enormes inequidades sociales y se centraba en la búsqueda de la equidad y en el principio del panamericanismo, entendido como la ayuda mutua entre países de la Región para resolver sus problemas.

23. El plan contiene ocho áreas de acción prioritarias definidas por los Estados Miembros y, con arreglo a los mandatos internacionales en pro de la equidad social, concentra la asignación y movilización de recursos en ciertos grupos vulnerables y en los países más agobiados por el endeudamiento y la pobreza. Bolivia, Honduras, Guyana y Nicaragua tenían grandes deudas externas que impedían invertir en la infraestructura sanitaria, entre las más precarias del continente; Haití, el país más rezagado de la Región, tenía las tasas más altas de mortalidad materna y de mortalidad infantil.

24. La OPS no sólo debía dar a estos Estados Miembros su apoyo técnico directo, sino también dirigir hacia ellos la atención y la ayuda de otros países de la Región. Simultáneamente, la Oficina enfrentaba la necesidad de complementar su concentración en esos países con intervenciones sistemáticas dirigidas a los grupos de población más vulnerables y desprotegidos: las mujeres, los niños y los ancianos, particularmente en los focos de pobreza urbanos y rurales, incluidas las zonas de “nueva pobreza” en las grandes ciudades, y las poblaciones autóctonas y afrodescendientes.

#### **Las ocho áreas de acción prioritarias del Plan Estratégico 2003-2007**

- La prevención, el control y la reducción de las enfermedades transmisibles
- La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles
- La promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables
- El crecimiento y desarrollo sanos
- La promoción de entornos físicos seguros
- Los preparativos, la gestión y la respuesta en casos de desastre
- El acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sustentables
- La atención a la salud en la formulación de las políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo

25. Desde luego, las ocho áreas técnicas prioritarias del Plan Estratégico no son campos de acción separados e independientes; más bien, la natural interrelación entre muchos de sus componentes impone la necesidad de buscar maneras más flexibles e integradas de llevar a cabo la labor de la Oficina. Para fortalecer su capacidad operativa, la OPS aspira a conseguir un desarrollo institucional basado en seis metas concretas que también forman parte del PE 2003-2007:

- transmitir información de calidad de manera oportuna para mejorar la cooperación técnica y sus repercusiones;
- generar y utilizar información estratégica para prever los acontecimientos;
- responder anticipadamente a los desafíos futuros y aprovechar las oportunidades;
- llegar a formar parte de la corriente principal de las redes de ciencia y tecnología y aprovechar los conocimientos para mejorar la salud en la Región;
- llegar a ser un líder reconocido en los asuntos transnacionales y mundiales que influyen en la salud regional y nacional;
- fomentar la formación de una fuerza laboral creativa, competente y comprometida;
- lograr un alto nivel de desempeño y establecer puntos de referencia para otros organismos sanitarios internacionales.

26. Un gran esfuerzo de abogacía conjunta con los Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas logró sensibilizar a los líderes políticos acerca de la importancia y trascendencia de la Declaración del Milenio. El mensaje de lucha contra la pobreza y el hambre y a favor de la equidad comenzó a resonar en la Región, donde el 80% de los pobres residen en los países más prósperos.

27. Aunque los ODM establecidos por las Naciones Unidas se tuvieron en cuenta al elaborar el PE 2003-2007, éste se preparó antes de que se hubiesen acabado de formular los ODM regionales y sus metas, que posteriormente debieron incorporarse en las actividades institucionales como parte integrante del trabajo de la OPS. La iniciativa de “Rostros, voces y lugares” lanzada por la OPS en agosto de 2006 se creó para ayudar a las comunidades más pobres de América Latina y el Caribe a fomentar la equidad y cumplir los ODM que guardan relación con la salud. Se basa en un análisis de la situación de salud en comunidades individuales que permita planificar y poner en marcha intervenciones con el apoyo técnico de la OPS. Cada intervención tiene como fundamento el empoderamiento de los habitantes y el establecimiento de alianzas horizontales entre la comunidad y entidades prestadoras de asistencia técnica.

### **El marco estratégico gerencial para la cooperación técnica en 2003-2007**

28. Respondiendo a la resolución CE130.R1, se desarrolló una estrategia gerencial encaminada a lograr los resultados previstos en el PE 2003-2007 con un enfoque triple

con el cual se buscaba: a) promover la agenda inconclusa, es decir, atender a las áreas pendientes sin avances suficientes; b) proteger los logros alcanzados en materia de salud, y c) preparar a los países para encarar los problemas futuros, así como los más persistentes y rebeldes del panorama sanitario regional.

29. Atenta a la necesidad de renovarse frente a los cambios rápidos observados en su entorno operativo, desde 2003 la Oficina ha enfocado su gestión estratégica en un programa de transformación y desarrollo institucional con cuatro objetivos internos: a) una cooperación más centrada en los países y una mejor integración entre los diversos niveles de la Organización, incluida la OMS, y dentro de cada nivel; b) una capacidad fortalecida para actuar como foro regional para el debate y la formulación de políticas de salud pública; c) una mayor disponibilidad de estadísticas de salud y de información de salud pública para la formulación de políticas, la elaboración de programas y el aprendizaje continuo, con miras a generar, intercambiar y analizar la información, formar redes y forjar alianzas; d) la creación de un entorno propicio para la innovación en la prestación de la cooperación técnica.

#### **El marco estratégico para la cooperación técnica de la Oficina en 2003-2007**

##### *Finalizar la agenda de salud inconclusa:*

- reducir las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil;
- mejorar los indicadores de salud de los sectores más pobres de la sociedad, incluidos los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana;
- batallar contra las enfermedades prevenibles o curables persistentes que estuviesen "desatendidas", entre ellas la filariasis, el tracoma, las parasitosis, la peste, la enfermedad de Chagas, la brucelosis y la fiebre amarilla;
- reducir la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las comunidades más pobres del continente americano, y
- ampliar la cobertura del abastecimiento de agua potable y los servicios de saneamiento.

##### *Proteger los logros alcanzados:*

- ampliar la cobertura de vacunación;
- mejorar el desarrollo sanitario y la gobernanza locales;
- mejorar la salud pública en las zonas fronterizas e integrar las inquietudes sanitarias subregionales;
- mejorar la atención primaria de salud y concebir y promover políticas públicas sólidas para mejorar la calidad de vida de la población.

##### *Afrontar los retos nuevos y pendientes:*

- la propagación de la infección por el VIH y el sida;
- la violencia;
- el síndrome respiratorio agudo grave (SARS);
- el virus de la gripe aviar;
- la epidemia de tabaquismo, y
- los desastres naturales.

30. El proceso de transformación institucional se ha venido efectuando con la participación de todo el personal de la Oficina, el sistema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos de las Naciones Unidas, y los Estados Miembros. Estos últimos han participado activamente en el proceso mediante el llamado Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, establecido en el año 2003 para analizar la situación de la Organización en los albores del nuevo siglo y velar por el cumplimiento de ciertos parámetros de desempeño institucional.

31. En el 45.º Consejo Directivo, celebrado en septiembre de 2004, y en la Reunión Anual de Gerentes de octubre de 2004, la Directora reemplazó los cuatro objetivos estratégicos iniciales de la estrategia gerencial para la transformación institucional por cinco nuevos que, como los anteriores, ponían el acento en llevar a la Oficina a responder mejor a las necesidades de los países; adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica; afianzarse como foro regional de la salud en las Américas; convertirse en una institución de aprendizaje basada en el conocimiento, y mejorar los procesos de gestión.

#### **El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI**

En septiembre de 2003, el 44.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD44.R14 de establecer un grupo de trabajo para analizar la situación de la OPS en el siglo XXI. El grupo se constituyó con Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica y Perú, en calidad de miembros del Comité Ejecutivo de 2003-2004, y se abrió a todos los demás Estados Miembros de la OPS y a otras entidades conocedoras del proceso de reforma institucional de las Naciones Unidas que quisieran integrarlo, procurando que hubiese una distribución equilibrada entre las subregiones. El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI tuvo la función de reexaminar la visión, misión y valores de la OPS y de recomendar cambios estratégicos que le permitieran a la institución encarar los principales retos de salud del nuevo siglo en las Américas, y contribuir a los objetivos formulados por las Naciones Unidas en la Declaración del Milenio.

Después de numerosas reuniones presenciales y virtuales y de un proceso de análisis y discusión entre los Estados Miembros con el apoyo de la Oficina, se presentó su informe final (documento CD46/29) ante el Comité Ejecutivo, con recomendaciones en torno a distintos asuntos vinculados con la reforma institucional: los principales problemas de salud pública regionales previstos para los próximos años; el carácter evolutivo de las asociaciones y alianzas propias del desarrollo sanitario internacional que podían afectar a la función de la OPS; los bienes de salud pública regionales y mundiales y su relación con el mandato de la Organización; las distintas formas de cooperación técnica en el ámbito de la salud; la gobernanza de la OPS, y los recursos humanos, financieros, científicos y tecnológicos con los que contaba la Oficina en el contexto actual. La creación del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI representó un paso decisivo en el proceso de modernización, reforma y fortalecimiento que ha impregnado toda la labor de la Oficina en el periodo de 2003-2007.

## **La modernización de las Naciones Unidas y el alineamiento de la OPS con la OMS**

32. En 1997, los Estados Miembros de las Naciones Unidas impulsaron un programa de reformas institucionales de largo alcance para integrar más eficientemente las áreas de su competencia —especialmente el desarrollo sustentable, los derechos humanos y la eliminación de la pobreza— en los planes de desarrollo nacionales y lograr el mayor impacto y efectividad de la cooperación internacional. El objetivo perseguido era una respuesta más eficiente, coherente y congruente con las necesidades de los países. Todos los organismos, al igual que muchos donantes bilaterales, entidades financieras internacionales y otros colaboradores clave, se comprometieron a armonizar sus estrategias de cooperación y ciclos de planificación. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) agrupó todos los fondos y programas de los órganos de las Naciones Unidas destinados al desarrollo para facilitar la formulación de políticas globales. Se implantaron al mismo tiempo el sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) como plataformas estratégicas para impulsar en los Estados Miembros el logro de las metas acordadas en las conferencias mundiales.

33. La OMS pronto se unió al GNUM y, en el quinquenio 2003-2007, la Oficina emprendió un proceso de transformación institucional encaminado a armonizar sus políticas y estrategias con las de ese organismo.

34. En 2003, la OPS se incorporó al grupo de Directores Regionales de los organismos pertenecientes al Comité Ejecutivo del Grupo de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe: el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en América Latina y el Caribe. Este grupo se reúne cada trimestre para coordinar las acciones conjuntas en la Región y debatir temas de relieve acerca del impulso al desarrollo y la reforma de las Naciones Unidas. Gracias a este trabajo interagencial, se elaboró el informe conjunto de todas las agencias regionales de las Naciones Unidas titulado *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, publicado en 2005 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La OPS preparó el capítulo sobre la salud y los ODM con aportes del UNFPA.

35. Asimismo, el Grupo de Directores Regionales ha venido apoyando a Uruguay en el proceso de reforma de Naciones Unidas, ya que es el único país piloto dentro de la Región y el único país de ingresos medios de los ocho países seleccionados como pilotos.

36. En el año 2006, la OPS sirvió de agencia anfitriona para la reunión del grupo de Directores Regionales de América Latina y el Caribe y presentó los adelantos más recientes en el campo de la vacunación. En esa reunión se firmó una declaración del grupo de Directores Regionales acerca del programa de inmunización como un bien público.

37. La OPS es miembro fundador del grupo de agencias copatrocinadoras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y, como tal, ha seguido organizando y asistiendo a las reuniones permanentes del grupo para reforzar la respuesta de las Naciones Unidas a la infección por VIH y el sida en América Latina y el Caribe. En junio del 2003 se emitió una declaración de los Directores Regionales con el compromiso de fortalecer el diálogo político sobre el VIH/SIDA con los gobiernos, intensificar la colaboración en esa área con entidades regionales y subregionales, la sociedad civil y asociaciones de personas que sufren de la infección por VIH y sida, y movilizar los recursos internacionales para ayudar a los países a contrarrestar este grave problema de salud pública.

38. Desde el 2003, la OPS ha logrado progresivamente una mayor convergencia con la OMS en su estrategia de cooperación, como ilustran la gestión orientada hacia la consecución de resultados y la cooperación técnica centrada en los países. Por decisión de sus Estados Miembros, la OPS también ha modificado su política presupuestaria regional y ha reestructurado su presupuesto por áreas de trabajo, y con ello ha logrado agrupar las actividades independientemente de las estructuras y ha facilitado el uso del presupuesto como instrumento de gestión estratégica. En este sentido la OPS ha sido pionera entre los organismos internacionales de cooperación.

39. El proceso de convergencia con la OMS es uno de los aspectos sobresalientes del Plan Estratégico 2008-2012 (“PE 2008-2012”), que se describe en el último capítulo de este informe, ya que en el quinquenio venidero los resultados previstos por la Oficina coincidirán por completo con los previstos en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y con el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS. La Oficina fue la primera de las oficinas regionales de la OMS en celebrar consultas con sus Estados Miembros acerca del Undécimo Programa General de Trabajo.

### **Una cooperación técnica centrada en los países**

40. La gestión estratégica de la OPS a lo largo de 2003-2007 ha tenido como elemento clave las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP), marco de cooperación a mediano plazo que ha formado parte del proceso de convergencia con la OMS. Las ECP se orientan a mejorar la planificación estratégica del trabajo sobre el terreno y a integrar mejor el apoyo técnico brindado a cada Estado Miembro. Cada ECP comienza con un análisis cuidadoso de la situación local y supone amplias reuniones de consulta con actores y socios clave en la esfera de la salud. Este enfoque ha sido tan importante en el quinquenio de 2003-2007 que la Unidad de Apoyo a los Países ha sido reestructurada y colocada bajo la Oficina de la Directora. Otra medida muy importante ha sido la creación en 2006 de la Unidad de Desarrollo Institucional, que ha marcado una nueva etapa con la observación continua del proceso de transformación interna como un paso esencial para lograr una gestión orientada hacia la consecución de resultados.

41. Al establecer las ECP como guía del trabajo con cada país en el mediano plazo, la Oficina inició su aplicación en Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua. En Haití, durante la transición política se elaboró un marco provisional de cooperación que ha permitido la acción coordinada de todos los organismos de las Naciones Unidas y los donantes. Para cada ECP se han tenido en cuenta los ODM, los acuerdos regionales y subregionales, los programas para reducir la pobreza y los planes nacionales de salud, así como la información obtenida de las distintas contrapartes nacionales y de los socios para el desarrollo. En 2004 se celebró una reunión consultiva del Grupo de Trabajo para Países Prioritarios.

42. En los países prioritarios, todas las ECP han destacado la función de la Oficina como entidad facilitadora de alianzas con otros organismos y fortalecedora de la capacidad nacional para coordinar la cooperación internacional y el liderazgo sectorial. Los países han participado en varias actividades que han facilitado estas funciones: UNFPA y UNICEF organizaron un taller, con participación de las representaciones de OPS de Honduras y Nicaragua, para determinar las estrategias más eficaces para la colaboración interinstitucional y formular planes operativos regionales para 2005-2006. Otro taller sobre la armonización y el alineamiento organizado por los bancos de desarrollo regionales tuvo lugar en Honduras en noviembre del 2004. Las ECP de cuatro de los países clave se han presentado ante la Asamblea Mundial de la Salud y las de los cinco países clave se han presentado en la sede de la OPS. Una clara manifestación de solidaridad en la Región ha sido la aprobación de 30 proyectos de cooperación técnica entre países (CTP) en 2005 y 2006. Los mecanismos de integración subregional han sido fortalecidos con la aprobación de sus respectivos BPB en el 2006.

43. Desde el 2003 la Organización ha incrementado notablemente su capacidad para responder a las necesidades de desarrollo de los países y ha facilitado la participación de los Estados Miembros en convenios colectivos subregionales, regionales y mundiales vinculados con la salud. La elaboración del marco de cooperación técnica de la Oficina para 2003-2007 ha marcado un hito estratégico. El marco, junto con el programa y la estrategia de cooperación correspondientes, se ha orientado a lograr una relación de trabajo más estrecha con los países; a identificar a los países y grupos de población más necesitados y las áreas de acción prioritarias; a conseguir una mayor participación de la Organización en los debates políticos mundiales, regionales y nacionales en torno a la salud; a encarar los problemas subyacentes que determinan la situación de salud; a generar capacidad en los planos local, nacional y subregional; a establecer alianzas estratégicas con diferentes socios; a entablar contacto con otras entidades, y a facilitar el intercambio de conocimientos dentro de la Organización y entre ella y otras entidades.

44. Además, la Oficina incrementó su participación en el diálogo político y en los procesos de generación de consenso, como lo indica la aprobación por parte de los países de la Región de la Agenda de Salud para las Américas. La Oficina ha asumido un papel importante en las actividades del Sistema Interamericano por conducto del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC) y el Grupo de Trabajo Conjunto de

Cumbres (GTCC) de la OEA, como también en las del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Ha participado en diversas reuniones interministeriales con los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación, el trabajo y la agricultura y en acciones intersectoriales en torno a los factores determinantes de la salud; en el diálogo con instituciones financieras internacionales, con el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Fondo Indígena), con la Secretaría General de Cumbres Iberoamericanas y con la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).

45. En 2005 se elaboraron directrices para conseguir la plena participación de los países y de todos los niveles de la Organización en la formulación de los planes de salud regionales y nacionales. Asimismo, a lo largo del quinquenio se ha incrementado la participación de las representaciones de la OPS/OMS en los países en los procesos y decisiones institucionales de la Oficina, con una mayor sinergia entre las áreas y unidades técnicas, en parte como resultado de la celebración de reuniones virtuales. En general se ha adoptado un enfoque integral e interprogramático en torno a las estrategias de alcance regional, reflejado en la formación de grupos de trabajo en diversas áreas, como es el caso de la preparación de medidas de alerta frente al peligro de epidemias y de respuesta frente a una pandemia de gripe; de la desnutrición, la infección por VIH y el sida; de la cooperación con los países clave, y de las enfermedades crónicas.

46. Se ha adoptado una política de descentralización a fin de agilizar la prestación de servicios. En el 2006, a la Coordinación de Programas en el Caribe se le asignó la tarea de promover la cooperación en materia de salud en el Caribe (en su tercera fase) junto con los centros especializados de la OPS en esa subregión: el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

47. Se han descentralizado los puestos de los asesores regionales a fin de mejorar la capacidad para prestar cooperación técnica por medio de redes especializadas de refuerzo a las capacidades en cada país. La cooperación técnica regional en materia de agua y saneamiento básico se ha descentralizado al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS); la Unidad de Salud de la Mujer y Salud Materna (FCH/WR) se ha descentralizado al Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP); y el área de la Salud Pública Veterinaria se ha descentralizado hacia el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) se suprimió en 2005 y sus actividades se consolidaron con las de PANAFTOSA. Asimismo, se ha incrementado la delegación de autoridad a los representantes de la OPS/OMS para la adquisición de servicios y la contratación.

48. En septiembre de 2006 la OPS estableció la Oficina para el Caribe Oriental con el propósito de mejorar su cooperación técnica y aumentar su presencia en esos países y territorios. Además del personal de la Representación en Barbados, cuatro funcionarios

han sido contratados y colocados estratégicamente en Anguilla, Antigua y Barbuda, Dominica y Granada.

### **La Política del Presupuesto Regional por Programas**

49. Un paso muy importante ha sido la aprobación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (PPRP) por el 45.º Consejo Directivo en septiembre de 2004, que representa un marco explícito para orientar la asignación de recursos hacia el logro de los fines señalados en la gestión orientada a la consecución de resultados (GOCR), así como de los resultados que se espera obtener mediante el proceso de cambio institucional.

50. El nuevo marco para la asignación de recursos acordado por los Estados Miembros ha modificado algunos elementos fundamentales de la estructura del presupuesto por programas de la Organización, destinando una mayor proporción de los recursos a los programas en los países; ha creado el nivel de asignación subregional para la cooperación técnica en el contexto de los procesos de integración subregionales; y ha establecido las bases para la asignación de los recursos entre los países según sus necesidades y con arreglo a criterios de equidad y solidaridad.

51. Con arreglo a la PPRP, los recursos provienen del presupuesto ordinario (las cuotas de los Estados Miembros), de la contribución de la OMS (ordinaria y voluntaria) y de otras fuentes (contribuciones voluntarias a la Oficina). La PPRP mejora la convergencia entre los programas de trabajo de la OPS y de la OMS y así permite a la Oficina alinear sus esfuerzos con las necesidades y los mandatos mundiales y regionales.

52. La PPRP ha introducido una nueva política para la asignación de recursos entre los países que consta de dos componentes: uno básico y otro variable. El componente básico representa 95% de la asignación a los países y consta, a su vez, de dos partes: una fija y una basada en las necesidades. La parte asignada en función de las necesidades depende de la situación sanitaria del país (determinada por un índice compuesto de las necesidades de salud); la parte fija es igual para todos los países, con lo que se respeta el principio de cooperación de la Organización con todos los Estados Miembros, independientemente de su situación sanitaria relativa. La parte variable de la asignación, que no excederá 5% de los recursos totales asignados al país, está concebida para conferir flexibilidad al proceso de asignación.

### ***Un nuevo componente presupuestario subregional***

53. El objetivo principal del nuevo componente presupuestario subregional por programas ha sido el de intensificar la asistencia prestada por la OPS a los procesos de integración subregional de las Américas en el ámbito de la salud. Estos procesos han sido, en particular, los de la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la

Comunidad Andina de Naciones (CAN). La categoría de asignación subregional también abarca los recursos ordinarios y extrapresupuestarios de la OPS destinados a los tres centros subregionales —el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)— y a la Oficina de Campo de la OPS en la frontera mexicano-estadounidense en El Paso (Texas).

### **El fortalecimiento institucional con arreglo a nuevos estándares mundiales**

54. El entorno de la Organización a comienzos de siglo se caracteriza por el predominio de nuevas expectativas y estándares mundiales para las entidades internacionales. La reforma emprendida en el sistema de las Naciones Unidas y el Sistema Interamericano es un reflejo del interés general por fortalecer la gobernanza, mejorar los procesos de planificación y gestión, e incrementar la rendición de cuentas y la transparencia. El propósito fundamental es hacer que todas las actividades de la institución contribuyan a generar los cambios deseados en las poblaciones.

### ***La gestión orientada hacia la consecución de resultados***

55. En 2003-2007 la OPS ha puesto en práctica una gestión orientada hacia la consecución de resultados. Ello significa que todas sus actividades han gravitado en torno a determinados resultados deseados o previstos, es decir, a los cambios que desea conseguir en el estado de salud de los habitantes de sus Estados Miembros. En la OPS, la GOCR se ha centrado en la planificación, ejecución y gestión de las medidas encaminadas a alcanzar los resultados previstos del PE 2003-2007. La GOCR ha implicado todo un cambio paulatino en la cultura gerencial que se ha visto reforzado en el quinquenio de 2003-2005 por una nueva planificación estratégica, un presupuesto bienal por programas (PBP) y la supervisión del rendimiento por el Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). Internamente, la GOCR ha exigido cambios en todos los procesos de planificación y evaluación estratégicas, en la delegación de autoridad, en el sistema de rendición de cuentas y en los programas de perfeccionamiento del personal.

### ***La planificación, la vigilancia y la notificación***

56. La planificación es un aspecto fundamental de la GOCR que se lleva a cabo en la Oficina con arreglo a un método lógico para el diseño de proyectos basado en resultados (Marco Lógico). Sus elementos principales son el Plan Estratégico, que define los resultados previstos por la Secretaría para la Región; el presupuesto por programas, que es el documento operativo fundamental de la OPS; y los planes de trabajo de las unidades, que son los presupuestos bienales por programas (BPB) ya descritos. Partiendo de los resultados planificados en el presupuesto por programas, cada unidad elabora su plan de trabajo bienal, vinculando sus propios resultados previstos con los resultados previstos de alcance regional que se hayan aprobado.

## ***La gobernanza***

57. Reforzar la gobernanza ha sido un aspecto esencial del fortalecimiento institucional de la OPS. Como producto de la reflexión del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI en el 2005, el Comité Ejecutivo creó el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza, en conformidad con la decisión CE137(D5), para que revisara algunos aspectos del gobierno de la OPS, entre ellos el proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el mejoramiento de los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos. El grupo examinó en particular las actividades del Subcomité de Planificación y Programación (SPP), del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales y recomendó formas de simplificarlos y reformarlos.

58. El SPP se sustituyó por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPBA), investido con nuevas funciones, entre ellas las de analizar las políticas de cooperación técnica; la planificación, la programación y el presupuesto; los planes estratégicos, el presupuesto por programas y los informes sobre el desempeño y la evaluación; y de seguir la integración de la igualdad de género dentro de la Organización, además de examinar las relaciones oficiales con las ONG. También se eliminó el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y se recomendó incorporar transversalmente la equidad y sensibilidad en materia de género en todos los aspectos técnicos del trabajo de la Oficina y en los informes generales de salud pública presentados al Comité Ejecutivo.

59. En general el Grupo de Trabajo ha recomendado mejorar la comunicación dentro de los Cuerpos Directivos y entre los Estados Miembros; fomentar la participación de ONG y otras asociaciones profesionales en el trabajo de la Oficina; poner en práctica un proceso transparente más formal para seleccionar los candidatos a puestos superiores; informar a los Estados Miembros acerca de las prácticas operativas, de gestión y financieras de la Oficina; mejorar la eficiencia de las Representaciones en los países y estrechar la relación entre la OPS y la OMS. En paralelo, ha destacado la labor de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas en el examen de la gestión orientada a la consecución de resultados y las recomendaciones de los auditores, tanto internos como externos.

## **La Hoja de Ruta para la Transformación Institucional**

60. La transformación de la OPS se originó en varias iniciativas internas lanzadas en 2003 con el fin de renovar la Oficina y adaptarla a las exigencias del PE 2003-2007. En sus comienzos, el proceso llevó a una nueva estructura, a nuevas formas de delegar la autoridad y al establecimiento del Grupo de Gestión Ejecutiva. Pero dicho proceso se llevaba a cabo a la vez que la Oficina se esforzaba por lograr los objetivos del PE 2003-2007 con una cantidad limitada de recursos. En marzo de 2005, la Directora lanzó la

llamada Hoja de Ruta para la Transformación Institucional con 11 iniciativas vinculadas con los cinco objetivos estratégicos clave de la estrategia de gestión. Se formaron 11 grupos de trabajo, cada uno encargado de revisar y analizar una de las 11 iniciativas y de formular recomendaciones para agilizar su ejecución.

61. Todos los grupos de la Hoja de Ruta han emitido recomendaciones que han servido para formular los resultados previstos y fijar los indicadores adecuados para el Plan Estratégico y el plan de trabajo por áreas para 2008-2012. Asimismo, desde el lanzamiento de la Hoja de Ruta se han tomado nuevas decisiones políticas con la orientación de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS, sobre todo en conexión con las deliberaciones y conclusiones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, las resoluciones del 45.º Consejo Directivo acerca de la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas (PPRP) y las posteriores recomendaciones del Auditor Externo.

62. La Hoja de Ruta ha creado conciencia dentro de la institución acerca del valor del trabajo en equipo y ha sentado un ejemplo de colaboración entre grupos y a distancia mediante el uso de nuevas tecnologías de comunicación.

**Los objetivos estratégicos del cambio institucional y las 11 iniciativas de la Hoja de Ruta para la Transformación Institucional**

- *Responder mejor a las necesidades de los países*  
La cooperación centrada en los países  
La revisión de la organización de las unidades y áreas programáticas
- *Crear una organización de aprendizaje basada en el conocimiento*  
El aprendizaje y desarrollo del liderazgo  
La gestión del conocimiento
- *Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica*  
Los planes regionales de salud pública
- *Hacer de la OPS un foro regional para la salud*  
El Foro Regional de Salud en las Américas
- *Mejorar los procesos de gestión*  
Las normas de rendición de cuentas y transparencia  
La comunicación interna  
La comunicación externa  
La estrategia de recursos humanos  
La movilización de recursos

### ***Crear una organización de aprendizaje basada en el conocimiento***

63. A lo largo del quinquenio la OPS ha puesto en práctica una estrategia de gestión del conocimiento y tecnología de la información orientada a convertir a la institución en una fuente autorizada de información sobre la salud pública y una organización de aprendizaje basada en la colaboración y en la formación de redes y asociaciones. El Área de Publicaciones ha generado muchos libros y otros materiales técnicos de carácter práctico para salubristas, investigadores y otros trabajadores del ámbito de la salud, así como para expertos de disciplinas afines y el público interesado en los problemas sanitarios del continente americano.

64. El Área de Información y Gestión del Conocimiento (IKM) y el Área de Servicios de Tecnología de la Información (ITS) han colaborado mutuamente a lo largo del quinquenio para formar redes de comunicación dentro y fuera de la Oficina. Como resultado se ha mejorado la conectividad entre las representaciones de la OPS y se han creado espacios virtuales para el trabajo en grupo. El uso ampliado de SharePoint como plataforma de trabajo ha permitido una colaboración más eficiente en la preparación de documentos. También se han adoptado medidas —reuniones virtuales, tele conferencias y archivos electrónicos— para reducir los costos de la distribución y preparación de documentos. En general, el apoyo a los países ha mejorado gracias al uso de estas y otras tecnologías de comunicación.

65. Se han formado diversas redes de comunicación externa, entre ellas la de Salud en las Américas (2007); las Redes Iberoamericanas; el Foro Regional de Salud Pública en las Américas y el Campus Virtual de Salud Pública, en cuya fase piloto se contó con más de 80 mentores para la educación a distancia y se capacitó a 250 trabajadores acerca de los problemas de salud pública más apremiantes. La fase piloto ha llevado a una reorientación del modelo estratégico con un enfoque de red abierta descentralizada. Actualmente participan en el Campus instituciones de seis países con la asistencia técnica de INFOMED. En el periodo 2006-2007 se realizó la segunda fase, y el apoyo sirvió de punto de contacto entre el Campus Virtual de Salud Pública y el sistema de bibliotecas virtuales de salud impulsado por la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) por un lado y la política de la OPS de gestión de la información y los conocimientos por el otro.

66. Se ha adoptado un nuevo instrumento de colaboración virtual para la Organización (E-Illuminate) y se ha adiestrado al personal, con apoyo de la OMS, en torno a la iniciativa de InterRed Salud de acceso a las investigaciones (HINARI, por *Health InterNetwork Access to Research Initiative*) y a Global Information Full Text (GIFT), que ponen al alcance del personal de la OMS en el mundo entero y de las instituciones públicas de los países en desarrollo una amplia colección de revistas y bases de datos biomédicas.

67. Se han mejorado el intercambio de conocimientos entre expertos en diversos campos y las habilidades y destrezas del personal mediante un programa de

adiestramiento conocido por Digital Literacy; mediante Help Desk, sistema de ayuda tecnológica para los funcionarios; y mediante cursos y talleres en torno a la gestión del conocimiento, tanto en la Sede como en los países.

68. En 2006 se creó un sitio Web nuevo para la Oficina y también se han creado sitios web para las representaciones en los países y para las unidades y los proyectos en la Sede a fin de uniformar la imagen de la Organización.

69. En el sitio de la OPS se ha creado un espacio (*blog*) donde la Directora vierte sus opiniones y sostiene un diálogo dinámico con los profesionales de salud de los países. El *blog* forma parte de una estrategia de comunicación cuyo objetivo central es consolidar a la OPS como una fuente especial y fidedigna de información sobre la salud pública y mantener bien informados a los habitantes de las Américas acerca de las actividades de la Organización. Las visitas al *blog* desde que se creó han sido más de 54.000. Se han publicado periódicamente artículos de opinión de la Dirección en los principales medios de comunicación de los Estados Miembros, con lo cual se ha conseguido una presencia institucional generalizada en todas las subregiones. Ha habido entrevistas y reportajes especiales en los principales medios de difusión impresos, electrónicos y especializados de América e incluso otras regiones.

70. Distintas estrellas internacionales del mundo del espectáculo han participado muy activamente en campañas y otras actividades auspiciadas por la OPS para la promoción de la salud pública en la Región: Don Francisco en la campaña contra la obesidad; Mónica, personaje de las tiras cómicas brasileñas, y los artistas agrupados en la Fundación ALAS en las actividades en torno a la Semana de Vacunación en las Américas, la lucha contra la violencia contra la mujer, las actividades en pro de la seguridad vial y otras causas.

71. La OPS ha creado materiales de información pública y los ha distribuido a un público muy amplio. Varios de sus funcionarios han dado entrevistas sobre distintos aspectos de la salud pública en las Américas, y diversas agencias, noticieros y programas de televisión han dedicado espacio a programas e iniciativas de la OPS. Mediante el uso de materiales gráficos sobre diversos temas de salud básicos, la OPS ha logrado alcanzar a un público más extenso. También ha usado carteles, calendarios, publicaciones y otras fuentes de información para dar a conocer sus actividades. Los NBA Washington Wizards, equipo de basquetbol con el cual la OPS ha formado una alianza, han diseminado varios mensajes de salud.

72. La revista semestral de la OPS, *Perspectivas de salud*, ha revelado a un público mundial cada vez más numeroso el rostro humano de la salud pública, y el noticiero impreso de la Organización, *PAHO Today*, también ha servido para difundir las actividades y programas de la OPS.

### **El desarrollo de infraestructuras y capacidad en materia de información y comunicación científica y técnica**

En los últimos cinco años, la OPS, por conducto de BIREME, ha consolidado iniciativas, programas y redes de información que garantizan el acceso equitativo a la información y al conocimiento científico. Destacan entre ellas la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), mediante las cuales la OPS ha contribuido a la disseminación de información científica y técnica y al aprovechamiento de los conocimientos, tecnologías e innovaciones generados por la investigación científica y la experiencia de campo. La Región como un todo y la gran mayoría de los países han avanzado sostenidamente en lo que respecta a la recolección, organización, publicación, indización, conservación, uso y evaluación de la información científica y técnica.

En los últimos tres años, la expansión de la BVS en la Región ha llevado a la participación de la OPS en iniciativas promovidas por la OMS, incluidas la *Global Health Library*, que exporta la plataforma de la BVS a otras regiones de la OMS; la red ePORTUGUÊS, que lleva la BVS a los países de lengua portuguesa, y la iniciativa TropiKA (*Tropical diseases research to foster innovation and knowledge applications*) de investigación de las enfermedades infecciosas que afectan a las poblaciones pobres. Por medio de las redes BVS y SciELO, BIREME coopera con la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM) y ha estrechado sus vínculos con España y Portugal.

La inserción internacional de la BVS y SciELO se ha llevado a cabo mediante los sistemas, redes y servicios de información científica que operan en la web, incluidos PubMed de la NLM, Web of Sciences de ISI/Thomson, Scopus de la Casa Editorial Elsevier, Google Scholar de la Google, *Directory of Open Access Journals* de la Universidad Lund de Suecia, etc. SciELO en particular representa una de las principales iniciativas internacionales en pro del acceso abierto al conocimiento científico. La BVS y SciELO se relacionan también con otras redes regionales, como el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), la red Cochrane Iberoamericana y la red ScienTI, dirigida por los consejos nacionales de ciencia y tecnología con directorios de investigadores, grupos de investigación, instituciones y proyectos de investigación.

La BVS ofrece servicios de acceso abierto, universal y actualizado, con interfases en español, inglés y portugués, a las principales fuentes de referencia de la literatura científica y técnica de salud en los ámbitos nacional, regional e internacional.

En 2007, los portales de la BVS eran más de 100, con cobertura regional, nacional y por temas en todos los países latinoamericanos y muchos países caribeños. La BVS ha propiciado también la creación de comunidades virtuales, comunidades de práctica y ambientes de aprendizaje e información en instituciones y contextos relacionados con la salud, contribuyendo de ese modo a la inclusión social y al acceso a la información.

### ***Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica***

73. Los planes regionales de salud pública han sido el elemento clave para lograr este objetivo. Dichos planes, definidos colectivamente por los países, representan un

compromiso regional para atender a los problemas de salud pública más apremiantes de una manera integral y con una clara definición de metas, objetivos y estrategias. Constituyen un llamado a la acción conjunta y un instrumento estratégico y de convergencia mediante el cual se articulan las actividades de una red de entidades nacionales —del sector público y privado, instituciones y centros, ONG, organismos financieros y la sociedad civil— para cumplir una serie de metas y objetivos comunes de manera eficiente y con el apoyo de organizaciones internacionales como la OPS. Los planes regionales de salud pública son instrumentos de gobernabilidad y negociación que fomentan la estabilidad democrática y permiten contribuir al desarrollo social de los países.

74. Entre las formas de cooperación innovadoras que se han contemplado en el contexto de los planes regionales de salud pública figuran la cooperación horizontal entre países y, en cada país, entre instituciones académicas, científicas e institutos de investigación; la creación de fondos rotatorios y fiduciarios que fomenten las economías de escala; la producción de insumos, materiales, productos, medicamentos y alimentos baratos y de buena calidad; la cooperación con un enfoque subregional; y el trabajo interprogramático en la Secretaría mediante la formación de grupos de trabajo, misiones conjuntas a los países, atención a países prioritarios, proyectos conjuntos entre diferentes programas, creación o ampliación de redes virtuales y movilización de recursos para proyectos compartidos.

### ***Las normas de rendición de cuentas y transparencia***

75. Muchas de las recomendaciones del grupo de trabajo de la Hoja de Ruta a cargo de esta iniciativa se han canalizado mediante el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC), bajo el correspondiente Comité Coordinador, conformado por el Panel Mediador para Casos de Agravio, la Junta de Apelaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el mediador, el Jefe de la Oficina de Ética, el Área de Gestión de Recursos Humanos (HRM), la Oficina de Asuntos Jurídicos (LEG) y la Asociación del Personal; el Punto Focal del ICMS en cada país; los Servicios de Supervisión Interna; y el Oficial de Seguridad de la Información. La finalidad ha sido mejorar los mecanismos para la rendición de cuentas individual e institucional mediante políticas y procedimientos claramente definidos, transmitidos y ejecutados en conexión con las pautas de conducta del personal, los conflictos de intereses, la transparencia en cuestiones financieras, la notificación de quejas, las relaciones con los socios y gobiernos y el uso de los nombres y logotipos de la OPS y la OMS.

76. El sistema de rendición de cuentas forma parte del sistema general interno de gobernanza institucional y supervisión de la OPS. Define el flujo de autoridad y su finalidad, así como la responsabilidad implícita en el ejercicio de esa autoridad. En la OPS, la rendición de cuentas se produce en distintos niveles: a) en las unidades por medio del AMPES y del PBP; b) en el plano individual por medio del proceso de

evaluación del desempeño del personal (SPED, que se automatiza en 2006); c) por medio de las competencias de la OPS; d) por conducto de los reglamentos y normas financieras y de personal vigentes, y e) mediante el modelo vigente de delegación de autoridad. En el quinquenio de 2003-2007 el sistema de rendición de cuentas de la OPS se hizo coincidir con el de la OMS.

77. En el quinquenio se ha creado la Unidad de Operaciones de Gestión Administrativa sobre la base de la experiencia del trabajo realizado por el asesor especial para actividades en el campo. Se formularon funciones más amplias en relación con la vigilancia y el desarrollo institucionales y se completa la dotación de la Oficina de Auditoría Interna. También se efectuaron mejoras en las áreas de Finanzas y Adquisiciones (FAMIS/ADPICS), Gestión Financiera, Personal (PAS), el Seguro de Enfermedad del Personal (SHI), el Sistema de Información del Mapa de Productos (MAPIS), el Sistema de Seguimiento de Correspondencia (CTACS), el Sistema de Seguimiento de Licencias (LTS), la Nómina de Sueldos y diversas aplicaciones de la web e Intranet.

78. En el 2007 se realiza una revisión exhaustiva y una renovación de todas las delegaciones de autoridad y de los procesos de rendición de cuentas, en consonancia con la estrategia vigente de movilización de recursos. El modelo de competencias para la Oficina se actualiza a fin de concederle un mayor valor agregado a la cooperación técnica. Se inician el examen de las competencias de los funcionarios y el alineamiento estratégico del personal en la Coordinación de Programas en el Caribe.

### ***La comunicación interna y externa***

79. Se han producido muchos adelantos en cuanto al fortalecimiento de la cooperación interna, el trabajo en redes y equipos, y el intercambio de información y conocimientos. Ello se manifiesta en los grupos de trabajo internos interprogramáticos en las áreas técnicas y en las reuniones trimestrales de los gerentes de área. La estrategia de gestión del conocimiento y la Hoja de Ruta han dado lugar a iniciativas que han facilitado la comunicación interna.

80. En 2005, el grupo de trabajo de la Hoja de Ruta llevó a cabo un estudio de mercado en los Estados Miembros y entre el personal y otras partes interesadas a fin de determinar qué esperaba de la OPS la comunidad internacional. Los resultados revelaron la necesidad de mejorar la transparencia de la comunicación, acelerar los cambios institucionales, mejorar la eficiencia y lograr un liderazgo de más cohesión. Se validaron las tendencias de transformación institucional y se puso un mayor énfasis en la formación de alianzas institucionales e intersectoriales. El estudio reveló también que la OPS ocupa un lugar destacado y único en el terreno de la salud pública en virtud de su capacidad técnica, conocimientos, presencia en los países, relación estrecha con las autoridades nacionales y dedicación del personal.

### *La estrategia de recursos humanos*

81. De acuerdo con una actividad afín emprendida por la OMS en 2005, la Oficina inició un proceso de evaluación estratégica y alineación de recursos (SARA). La actividad se concibe para conseguir que los objetivos, funciones y recursos de las unidades de gestión (principalmente los recursos humanos, pero también los financieros y otros) estén bien definidos y converjan con las prioridades estratégicas de la Organización.

82. Hay un nuevo modelo de competencias que se está incorporando como instrumento básico para lograr mayor convergencia estratégica. A los funcionarios se les está asignando a aquellas funciones donde son más necesarias sus respectivas competencias, y se está preparando un plan de desarrollo individual que le permitirá a cada funcionario adquirir o mejorar las competencias que necesiten para desempeñar sus funciones. Están en preparación descripciones genéricas para todos los puestos. La inclusión en el Plan Estratégico 2003-2007 de metas de contratación para cada sexo y área geográfica representa un gran paso hacia la incorporación de la equidad de género como política de la OSP.

83. También se han dado pasos para mejorar el sistema de evaluación del personal y para el otorgamiento de premios e incentivos. Se creó una Junta de Aprendizaje bajo la Directora Adjunta para definir las prioridades en relación con el desarrollo del personal. Se creó también un plan de aprendizaje para determinar las necesidades de cada oficina y definir planes anuales para mejorar las aptitudes y competencias de los funcionarios. Varios gerentes en los niveles nacional y regional participaron en el Programa de Liderazgo Mundial. También se formuló una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

84. La OPS recibió casi US\$ 2 millones en fondos del Programa Mundial de Aprendizaje de la OMS, que se usaron para fortalecer la gestión de proyectos, liderazgo, gestión de los conocimientos, comunicaciones y aptitudes de tecnología, entre otros. El éxito de la ejecución de estos fondos de aprendizaje en la OPS fue reconocido por la OMS y usado como un modelo para otras regiones. Los miembros del personal de la OPS apoyaron directamente la creación de un marco similar de aprendizaje en las regiones de Europa (EURO) y África (AFRO) de OMS.

85. En los países prioritarios las oficinas de la OPS se fortalecieron mediante la creación de oficiales de programas responsables de apoyar el desarrollo sanitario nacional, a través de negociaciones con otros sectores, movilización de recursos y coordinación de alianzas con donantes.

86. Para fortalecer un ambiente de trabajo basado en el respeto del tratamiento de los colegas y los socios y de acuerdo a los principios de Organización, la OPS ha

implementado tres políticas importantes: a) Prevención y resolución de acoso en el lugar de trabajo (2004), b) Código de Principios Éticos y Conducta (2005) y c) infección por el VIH/SIDA en el lugar de trabajo (2006). También, la OPS creó una Oficina de Ética, que investiga cualquier supuesta violación de estas políticas. Esta oficina, y estas políticas, ante las cuales todos los miembros del personal de la OPS son considerados responsables, constituyen la base de una Organización que defiende principios de conducta ética y adopta medidas cuando tales principios se infringen.

87. La Organización firmó un contrato para elaborar una base de datos automatizada (Localizador de Pericia) que empezó a funcionar en 2007. La base de datos mejora la localización de expertos y la transparencia del proceso de contratación y fomenta la igualdad de oportunidades entre los candidatos en todos los países.

### **La cooperación internacional y los nuevos socios en un mundo globalizado**

88. Hasta el 2001, 11% de la asistencia internacional para el desarrollo (AOD) se destinaba a la Región de las Américas, pero esa fracción ha venido disminuyendo paulatinamente hasta llegar a constituir 9% en el 2005. Todo indica que la cifra no volverá a aumentar en los próximos años. Esta situación debe considerarse un resultado del aumento de la movilización de recursos para el África, para los países afectados por el maremoto en el sudeste asiático y para resolver los conflictos armados en el Mediano Oriente.

89. La contribución monetaria total para la AOD en el mundo aumentó de aproximadamente \$69 mil millones en 2003 a \$103,9 mil millones en 2006 y la cooperación para la salud se ha incrementado a un ritmo de 5,4% anual en los últimos 15 años; sin embargo, estos aumentos no se han reflejado en la Región de las Américas.

90. En el quinquenio de 2003-2007 la Oficina se dedicó a movilizar recursos y a formar alianzas y asociaciones estratégicas. Mantuvo un diálogo constante con los socios de la comunidad internacional, entre ellos los organismos bilaterales, que sirvió para seleccionar temas de interés común como resultado del cruce entre las prioridades de política de cooperación de estos organismos con las prioridades de salud pública de los países de la Región y de la Oficina.

91. La OPS optimizó su doble papel de organismo especializado en salud, tanto del sistema de las Naciones Unidas como del sistema interamericano, por medio de su contacto privilegiado con la Organización de los Estados Americanos. Al evaluar las oportunidades de nuevas alianzas y fortalecimiento de la movilización de recursos, tuvo en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

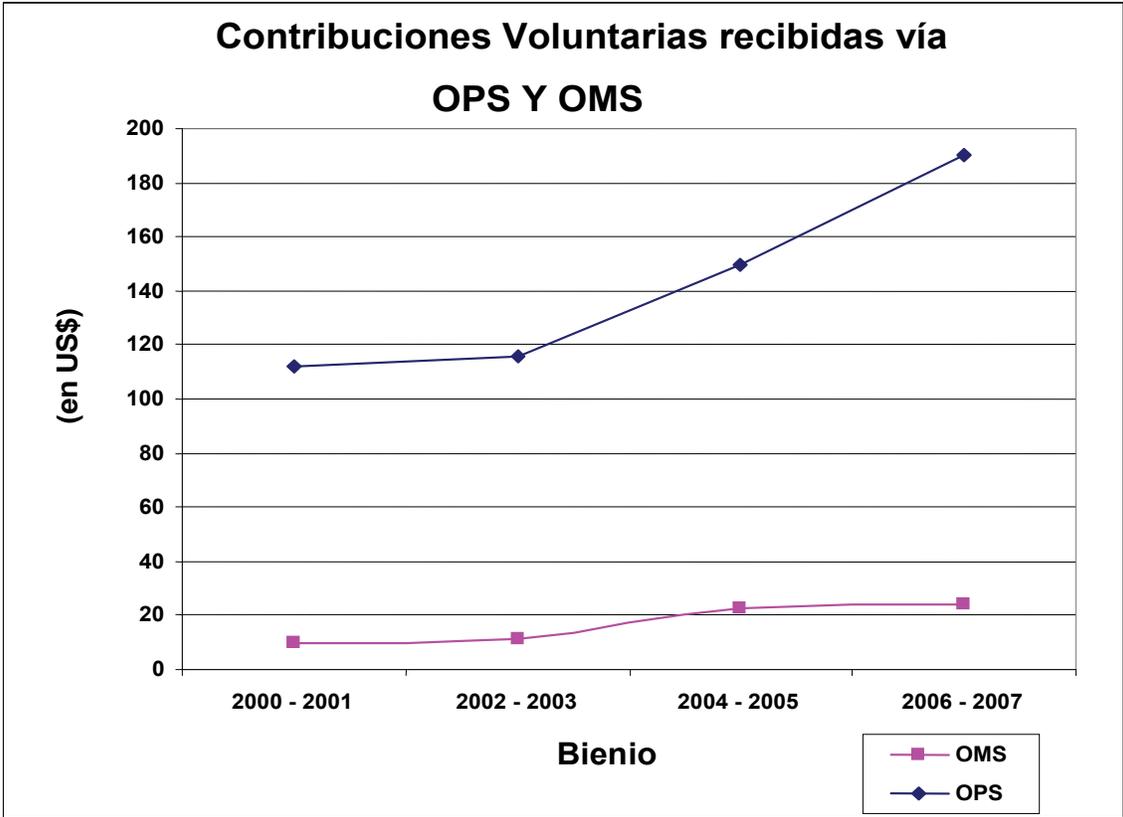
- el desarrollo de programas destinados al cumplimiento de los ODM;
- la multiplicación de socios potenciales en el campo de la salud, en los niveles mundial y regional, incluida la aparición de nuevas alianzas con el sector privado;

- la decisión, por parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), de dar mayor importancia a los procesos de armonización y convergencia con el fortalecimiento del papel rector y conductor de parte de los gobiernos en los países en desarrollo;
- la posibilidad de que surjan situaciones de emergencia epidemiológica o por desastres naturales y bioterrorismo;
- la necesidad de mejorar la capacidad institucional de los ministerios de salud para responder a los nuevos retos planteados por el cumplimiento del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

### *Los foros mundiales y la armonización de la asistencia para el desarrollo*

92. Durante el quinquenio 2003-2007 se celebraron foros mundiales de alto nivel sobre la armonización para mejorar la eficacia de la ayuda internacional: uno en Roma en 2003 y el otro en París en 2005. En el de 2003, los principales bancos multilaterales de desarrollo, las organizaciones internacionales y bilaterales, y los representantes de los países emitieron la Declaración de Roma sobre la Armonización y se comprometieron a adoptar medidas para conseguir, entre otras cosas, que la asistencia para el desarrollo se prestara en conformidad con las prioridades del país socio y que las actividades de armonización se adaptaran a la situación del país. Dos años después, la Declaración de París sobre la eficacia de la asistencia tradujo el consenso general alcanzado en Roma de aumentar los esfuerzos en materia de armonización, alineación y gestión y estableció mecanismos para la vigilancia del avance. Estas nuevas iniciativas y enfoques de cooperación internacional suponían nuevas oportunidades para el sector de la salud en el establecimiento de prioridades y la movilización de recursos.

93. La OPS ha incorporado las disposiciones de las declaraciones de Roma y París. El enfoque de una cooperación destinada a programas, iniciada en el bienio de 2002-2003, fructificó rápido y se amplió notablemente en el bienio de 2006-2007. Ello ha permitido que la programación de la Oficina para un determinado bienio, tanto técnica como presupuestaria, sea la base de negociación para la movilización de recursos y el establecimiento de acuerdos. El enfoque en los programas se ha sistematizado de tal manera que abarca los aspectos de planificación, programación, seguimiento y evaluación. Se han realizado, además, varias reuniones de diálogo político y negociación con los socios tradicionales con el propósito de dar impulso al enfoque programático. Entre ellas cabe mencionar las reuniones con Noruega, la Agencia de Desarrollo Internacional de Canadá (CIDA), la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Sida), la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos USAID y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).



**La evaluación del desempeño de la OPS  
por Douglas Lindores (Canadá) y Leif Lunde (Suecia)**

Para generar la confianza entre socios se han llevado a cabo análisis de la capacidad de la Oficina para adoptar una nueva orientación en la colaboración y el establecimiento de asociaciones. Los informes correspondientes, preparados en 2004 por asesores experimentados de Canadá y Suecia, mostraron resultados muy satisfactorios. Ello le permitió a la Oficina continuar con las negociaciones programáticas con esos dos países.

El informe del señor Douglas Lindores, para la Agencia Canadiense para el Desarrollo (CIDA), concluyó de que la OPS como institución es un bien común que le pertenece a la Región de las Américas. Por ende, fortalecerla es tarea que contribuye a llevar a cabo programas y proyectos individuales para mejorar la salud en general. También se encontró que la OPS es respetada en la Región y que su personal y sus distintos sistemas son de la misma calidad, o mejores, que los de otros organismos multilaterales.

El informe del señor Leif Lunde para la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo (Sida) encontró que la OPS, a pesar de depender de la OMS, se destaca por su independencia y confianza en sí misma. Tiene más presencia a nivel país que muchos organismos mundiales especializados de las Naciones Unidas, y con su trayectoria de más de un siglo de existencia, la Organización es, además, uno de los organismos multilaterales más antiguos que existen. La OPS tiene una visión y un mandato muy claro y vínculos muy sólidos con entidades gubernamentales y los ministerios de salud en los países. Su enfoque estratégico coincide, en este sentido, con el de otras dependencias de las Naciones Unidas, y gracias a ello la OPS ha sabido establecer alianzas para impulsar su visión, sus metas y sus estrategias con acierto y dedicación.

Durante el quinquenio se realizaron varias consultas con los socios bilaterales a fin de reexaminar la colaboración establecida con ellos, evaluar los adelantos obtenidos gracias a esa colaboración y hacer los cambios o ajustes que fuesen necesarios. Al principio las consultas fueron individuales, pero a partir de comienzos del 2005 se optó por hacerlas conjuntamente con algunos de los países nórdicos, tales como Suecia y Noruega, y a partir del 2008 se espera establecer reuniones de consulta con la participación de varios socios.

Un ejemplo interesante de estas consultas conjuntas es la Alianza para los Preparativos de Salud (PHP). Este consorcio de donantes (CIDA, Canadá; DFID, U.K.; ECHO Unión Europea y OFDA, AID) contribuyen a las actividades de preparativos y mitigación para casos de desastre de la OPS. La PHP sirve de mecanismo para enlace, diálogo y notificación colectiva a estos donantes centrales, que apoyan la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud en América Latina y el Caribe.

### ***Las redes y las alianzas***

94. En 2005, la Cumbre Iberoamericana de Salamanca aprobó la creación de cuatro redes iberoamericanas de cooperación en el campo de la salud: la Red Iberoamericana de Transplantes, coordinada por España; la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública, coordinada por Costa Rica; la Red Iberoamericana del Control del Tabaquismo, coordinada por Brasil, y la Red Iberoamericana de Políticas de Medicamentos, coordinada por Argentina.

95. Desde 1999, la OPS ha sido miembro de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). Este grupo de cinco organizaciones internacionales, EngenderHealth, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), JHPIEGO, la OPS y PATH, con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, han venido trabajando con una meta compartida, prevenir el cáncer cervicouterino en países en desarrollo.

96. Para maximizar la colaboración entre los socios y para ejecutar las actividades conjuntas, la ACCP formó un comité directivo y creó cuatro grupos de trabajo. El trabajo de la Alianza ha permitido analizar la factibilidad y eficacia de diversos métodos de tamizaje y tratamiento para la prevención del cáncer cervicouterino.

97. El Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, constituido por la OPS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el UNICEF, el UNFPA, la USAID, el Consejo de Población y Family Care International, apoya y promueve iniciativas internacionales, entre ellas los ODM y la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo. En febrero de 2004 el Grupo de Trabajo firmó una declaración conjunta comprometiéndose a colaborar para promover la acción contra la mortalidad y morbilidad maternas y tratar de establecer asociaciones para movilizar los recursos financieros necesarios a escala regional, subregional y nacional.

98. Para apoyar en la Región las acciones en pro de la salud neonatal en el contexto del continuo de la atención materno-neonatal-infantil, se estableció una alianza interagencial de la que forman parte la OPS, el UNICEF, la USAID, CORE, BASICS, Plan International, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), Save the Children [Salvemos a los Niños], la iniciativa Saving Newborn Lives y otras entidades. La alianza ha publicado un consenso estratégico neonatal y apoyará el Plan Operativo Neonatal Regional que se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en 2008.

99. En octubre de 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en la Sede de la OPS. La Alianza y diversos expertos y foros internacionales han señalado la necesidad de incorporar la voz de los pacientes en las iniciativas de mejora de la calidad y seguridad de la atención. A ese efecto, la OPS ha coordinado dos talleres regionales (San Francisco, mayo de 2006; Chicago, junio de 2007) con la participación de pacientes y de algunos centros colaboradores y actualmente proporciona orientación a la Alianza en la estructuración de una red panamericana de líderes de pacientes que llevará a cabo proyectos de sensibilización en los países de las Américas.

100. Aparte de la seguridad del paciente, otros factores entran en juego cuando se habla de un hospital seguro. Uno de ellos es la capacidad de respuesta en situaciones de desastre, es decir, la capacidad para resistir el impacto del desastre y continuar funcionando cuando más se necesita. Los Estados Miembros de la OPS han logrado avances importantes en este campo. La alianza con la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) facilitará la difusión de

conocimientos sobre estas cuestiones críticas. Los planes para La Campaña para la Reducción de Desastres 2008-2009 empezaron con el tema de los hospitales seguros. Esta asociación, en la cual la OPS proporciona asesoramiento técnico, ayudará a generar el apoyo de los socios nacionales a las Plataformas Nacionales para la Reducción de Desastres de la EIRD.

101. La OPS también forma parte de la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, establecida en junio de 2000. Sus otros miembros son el BID, la UNESCO, la OEA, los CDC, el Banco Mundial y la USAID. En marzo del 2007 se celebró en la OPS una reunión de alto nivel de los miembros de la Coalición, quienes ratificaron su compromiso de luchar contra la violencia.

102. En el contexto de la Estrategia Regional de Nutrición en la Salud y el Desarrollo, aprobada por el Consejo Directivo en su 27.<sup>a</sup> reunión de septiembre de 2006, la Organización ha participado en esfuerzos interagenciales para la formulación y puesta en marcha de actividades para promover la buena nutrición.

103. Durante el quinquenio la OPS ha recibido financiamiento de parte de sus principales donantes internacionales, tales como la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), la USAID, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Sida) y la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD). También ha promovido alianzas para movilizar recursos monetarios y no monetarios de fundaciones filantrópicas y otras entidades de la sociedad civil, entre las cuales destacan la Fundación de Bill y Melinda Gates, la Fundación Bristol-Myers-Squibb, la Fundación Ford, la Fundación WK Kellogg, la Fundación de las Naciones Unidas, la Cruz Roja Internacional y el Movimiento de la Media Luna Roja, el Club Rotario Internacional y la Catholic Medical Mission Board (CMMB).

104. Desde 1968 la OPS ha contado con el apoyo invaluable de la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF), entidad filantrópica estadounidense. En el periodo de 2003-2007 esta entidad canalizó \$7.877.715 para diversos proyectos de salud en los Estados Miembros de la OPS. Mediante su Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), suministró 784.107 materiales didácticos y 197.710 instrumentos médicos básicos a bajo precio a centenares de estudiantes y trabajadores de salud de escasos recursos en 19 países de la Región.