



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO

60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD48/3, Rev. 1 (Esp.)
24 de septiembre del 2008
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La planificación de acciones de salud pública

Una visión colectiva y un compromiso para lograr una salud mejor

Mensaje de la Directora

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2007-2008 acerca de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. En él se pone de relieve la importante labor de cooperación técnica de la Oficina durante ese año, en el marco de los Planes Estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondientes a los períodos 2003-2007 y 2008-2012, aprobados por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Mirta Roses Periago
Directora

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Capítulo I Las tendencias mundiales y regionales	3
Capítulo II La planificación de acciones nacionales en materia de salud	9
Capítulo III La planificación de acciones panamericanas en materia de salud	18
Capítulo IV Planificación de la acción de la OPS en el campo de la salud	25
Recursos financieros para la cooperación técnica de la OPS en el 2007	31
Fondo Maestro de Inversiones de Capital	32

Introducción

1. En la actualidad, el panorama de la salud en las Américas es una trama compleja de contrastes y posibilidades. La globalización y los adelantos técnicos y científicos han creado oportunidades inigualables para que las personas puedan gozar de una vida más larga, más sana y más productiva, pero estos beneficios no han recaído en todos por igual. Aunque la expansión económica, el crecimiento más lento de la población y las políticas sociales más eficaces han reducido las tasas de pobreza, la Región de las Américas continúa distinguiéndose por ser la región más desigual del mundo. La urbanización ha acercado a las personas a los servicios de salud, pero también las ha llevado a adoptar modos de vida poco saludables y ha debilitado los vínculos sociales. Las intervenciones de salud pública han ayudado a aumentar la esperanza de vida y otros indicadores globales clave, pero persisten enormes disparidades y brechas en materia de salud.

2. Para poder afrontar los complejos retos sanitarios con que se enfrenta la Región de las Américas en la actualidad, es fundamental comprender estas tendencias y condiciones contextuales. Pero eso es solo el principio. Las acciones de salud pública eficaces deben basarse en una comprensión clara de las fuerzas múltiples que afectan a la salud, pero también deben estar guiadas por una visión más amplia de lo que es posible y deben apuntar a lograr metas ambiciosas, pero realizables. Además, deben contar con el apoyo de recursos asignados adecuadamente, deben ejecutarse por medio de intervenciones de probada eficacia y someterse a un proceso de evaluación y revisión. Mediante la planificación estratégica, todos estos elementos se unen y apoyan la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (la OPS o la Organización). En el período 2007-2008, tanto la Organización como la Oficina dedicaron esfuerzos especiales a la planificación estratégica para el avance de la salud pública.

Capítulo I

Las tendencias mundiales y regionales

3. En los últimos años, la Región de las Américas ha sabido aprovechar muchas de las oportunidades brindadas por la economía mundial. A pesar de que el crecimiento del producto interno bruto general no ha coincidido con el nivel de las regiones más prósperas del mundo, la Región de las Américas ha experimentado seis años de crecimiento económico sostenido, el período de expansión económica más largo y más amplio desde los años sesenta. Esto ha ayudado a encaminar a la Región para que se pueda alcanzar el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, que llama a reducir la pobreza extrema a la mitad para el 2015. En el 2007, de acuerdo con datos de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL),

el 12,7% de la población de la Región estaba viviendo en situación de pobreza extrema, un 44% menos de lo registrado en 1990; lo que significa que la Región ha avanzado un 87% hacia el cumplimiento del ODM1 en solamente un 68% del tiempo asignado para su cumplimiento.

4. La expansión económica también ha impulsado el aumento del gasto social de la Región, que se incrementó en un 10% en promedio entre 2002-2003 y 2004-2005. A pesar de este aumento, el nivel de gasto social per cápita sigue siendo bajo en comparación con otras regiones del mundo. Por otra parte, subsisten enormes diferencias entre los países: el gasto social per cápita es 15 veces mayor en el país que más gasta que en el que gasta menos y, lo que es más importante, gran parte del gasto social de la Región se concentra en los sistemas de seguridad social relacionados con la fuerza laboral formal. Los programas sociales encaminados a luchar contra la pobreza, como los programas de transferencia condicional de dinero en efectivo, en general recibieron una proporción mucho menor de los recursos económicos. Estas deficiencias en cuanto al gasto social reflejan un progreso más lento de la Región en cuanto a la disminución de la pobreza no extrema y en la reducción de grandes desigualdades.

5. Algunas tendencias demográficas recientes tienen repercusiones importantes, aunque contradictorias, en cuanto al desarrollo social de la Región. Las menores tasas de fecundidad han aliviado la presión sobre las personas a cargo del sostén económico de sus familias y sobre la administración pública, pero también han creado nuevos retos de salud a consecuencia del envejecimiento de la población. La migración interna ha disminuido en los últimos años y ha pasado del flujo entre las zonas rurales y urbanas a un mayor movimiento entre y dentro de las ciudades y los países. Una inquietud incipiente es el aumento de la segregación residencial en las ciudades, que no solo es el resultado de los modelos de desigualdad y exclusión, sino que los refuerza. En los países menos urbanizados, la emigración de las zonas rurales hacia las zonas urbanas sigue siendo una fuerza importante y, a menudo, desestabilizante, que empeora las desigualdades sociales existentes entre los grupos rurales y urbanos. La migración internacional, que sigue en aumento, beneficia a la Región por las remesas de los trabajadores, pero también hace que se pierdan recursos humanos valiosos en áreas vitales como la ciencia, la tecnología y la salud.

6. En la Región, aún persiste la exclusión social basada en los ingresos, la edad, el sexo, la raza o el grupo étnico, y la discapacidad, y afecta el acceso de las personas y de los grupos a los servicios de salud y a una mayor calidad de vida. Esta situación se manifiesta con especial claridad en los casi 50 millones de indígenas de la Región, cuya exclusión histórica se traduce en resultados más deficientes en una amplia gama de indicadores de salud, como la desnutrición, la mortalidad materno-infantil y la esperanza de vida.

7. Por lo que hace al medio ambiente, la Región de las Américas sigue enfrentándose con importantes presiones, entre ellas el cambio climático. La deforestación, la erosión de los suelos y la desertificación están afectando a todos los países de la Región en mayor o menor medida, lo que representa una amenaza para la seguridad del abastecimiento de alimentos y agua, y aumenta la vulnerabilidad de la población frente a los desastres naturales. El crecimiento urbano e industrial descontrolado ha llevado a una mayor contaminación del aire, el agua y el suelo, y a una amenaza especialmente para los niños de la Región puesto que son más vulnerables a sus efectos sobre la salud. Se ha ampliado la cobertura del agua y el saneamiento, sin embargo, más de uno de cada cinco habitantes de la Región todavía carece de acceso a tales servicios. A pesar de que estas tendencias afectan a la situación sanitaria de toda la Región, sus repercusiones negativas son mayores en los pequeños estados insulares del Caribe y en los países más pobres de la Región, los cuales tienen una capacidad menor de respuesta.

8. Además de sus efectos sobre la economía y determinantes sociales de la salud, la globalización ofrece oportunidades y retos específicos en materia de salud pública para los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud. El aumento del comercio, la migración y el avance hacia la integración económica ha traído consigo una mayor permeabilidad de las fronteras nacionales, lo que contribuye a la propagación mundial de nuevas enfermedades como la infección por el VIH/sida, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la fiebre del Nilo Occidental y la gripe causada por el virus H5N1 (“gripe aviar”), además de otras enfermedades que en otra época estuvieron controladas en gran medida, como la tuberculosis, el dengue, la malaria y la fiebre amarilla. Esta mayor interdependencia y vulnerabilidad común han dado lugar a nuevas iniciativas de colaboración entre los países, que se traducen en procesos de integración regionales y en iniciativas específicas relacionadas con la salud. Algunos ejemplos en las Américas son la coordinación entre los Estados Miembros de la OPS y los organismos de las Naciones Unidas en torno a la prevención y los preparativos para la gripe aviar causada por el virus H5N1 sumamente patógeno, lo que hasta el presente ha logrado que no se registre ni un solo caso de la enfermedad en la Región. Liderados por la OPS, los países también están colaborando estratégicamente para prevenir y controlar otras enfermedades como la fiebre amarilla, el dengue, la tuberculosis, la malaria y la rabia humana. En el capítulo 3 se describen en mayor detalle algunos ejemplos de estas iniciativas.

9. A nivel mundial, el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, que entró en vigor en junio del 2007, proporciona un marco para la cooperación a fin de prevenir la propagación internacional de enfermedades y de otras amenazas para la salud. Con el apoyo de la Oficina, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud están fortaleciendo sus estructuras de salud pública para facilitar la aplicación cabal del nuevo Reglamento para la fecha prevista del 2012.

10. La cooperación internacional cada vez mayor también ha redundado en un importante progreso para establecer y apoyar objetivos de desarrollo comunes, a medida que la comunidad internacional se esfuerza por transformar la globalización en un proceso más equilibrado y armonioso. Estos esfuerzos se han plasmado de manera elocuente en la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, y también se encuentran en las declaraciones y los acuerdos conjuntos que han surgido de las cumbres regionales sobre los temas relativos al desarrollo humano, en las cuales la Organización ha participado activamente (véase el capítulo 3). Estos acuerdos y declaraciones reflejan un aumento del consenso internacional que coloca a la salud en el centro del proceso de desarrollo y que, al dar mayor énfasis a la equidad, reafirma los conceptos del universalismo y la salud como un derecho humano básico. A pesar de que el derecho a la salud está consagrado en 19 de las 35 constituciones de los Estados Miembros de la OPS y en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, este nuevo hincapié en el programa de acción para el desarrollo internacional proporciona un impulso importante para la acción de salud pública en general y, en particular, para la promoción del acceso universal a la atención de salud. En la Región, estos procesos están determinando la manera en que los países definen sus propios objetivos de desarrollo y avanzan en pos de ellos.

11. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las iniciativas relativas a ellos han ayudado a aumentar los niveles generales de ayuda internacional para el desarrollo, aunque solo una proporción relativamente pequeña se ha destinado a América Latina y el Caribe. Los aumentos han ido acompañados de nuevos esfuerzos para lograr que la asistencia sea más eficaz, entre los que se destaca el Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (donde se aprobó la Declaración de París en el 2005), en el que los donantes y los organismos de cooperación internacional están armonizando sus propias prioridades y procedimientos para ayudar a los países a hacer un mejor uso de la ayuda que reciben para el desarrollo. Este proceso ha incluido encuestas y evaluaciones de las capacidades de los países de absorber la ayuda mediante el uso de políticas y estrategias eficaces, y de las técnicas de gestión orientada a la consecución de resultados. De manera similar, el proceso de reforma de las Naciones Unidas tiene como finalidad hacer que la labor de los organismos de desarrollo que integran ese sistema sea más eficaz, coherente y receptiva a las necesidades y las prioridades de los países. El Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y las evaluaciones comunes para los países proporcionan un marco para la planificación del trabajo de todos los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país, sobre la base de los objetivos y las estrategias de cooperación comunes, y con un sistema para programar los recursos y las propuestas de seguimiento y evaluación. La estrategia de cooperación en los países de la Organización, que establece las responsabilidades y las funciones de la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto al apoyo de los planes nacionales de salud de los países y otras medidas sanitarias, se vincula directamente a las evaluaciones comunes para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (véase además el

capítulo 3). Para la OPS, este mecanismo de coordinación no solo facilita la planificación, sino que además brinda una oportunidad única de promover la acción intersectorial en materia de salud y abordar los principales determinantes sociales de la salud.

12. En América Latina y el Caribe, ningún factor contextual es más importante para el progreso en materia de salud que el estado de los sistemas de salud. Tradicionalmente basados en diferentes modelos de protección social, la mayoría de los sistemas de salud de la Región se estructuraron originalmente para atender a grupos de población específicos definidos principalmente por sus funciones en el mercado de trabajo formal. El resultado fue una serie de sistemas subsidiarios con diferentes modalidades de financiamiento y de afiliación, y distintas normas de atención. Las reformas del sector de la salud que tuvieron lugar en los años ochenta y noventa, vinculadas al ajuste macroeconómico, no lograron abordar estos problemas y se centraron, en cambio, en la rentabilidad y la sostenibilidad económica. En lugar de integrar los sistemas públicos de salud, estas reformas promovieron la descentralización y una mayor función del sector privado. En el proceso, dejaron los sistemas de salud segmentados y atomizados, y debilitaron la función del Estado de proporcionar liderazgo y orientación en materia de salud pública.

13. La solución de estos problemas sistémicos de los sectores de la salud de la Región ha sido un punto importante en el que se han centrado las nuevas iniciativas de los Estados Miembros con el fin de integrar los sistemas de salud y fortalecer la capacidad del Estado de cumplir su función rectora en materia de salud pública. Estas iniciativas forman parte de esfuerzos mayores por fortalecer la función del Estado consistente en velar por la equidad y la sostenibilidad en el desarrollo mediante la distribución del gasto público entre las áreas y los programas, los niveles de gobierno y las regiones geográficas, de ese modo respondiendo más apropiadamente a las necesidades de los distintos grupos poblacionales. La Oficina Sanitaria Panamericana está apoyando estos esfuerzos al promover las funciones esenciales de salud pública del Estado y mediante los programas de cooperación técnica sobre las políticas y los sistemas de salud, el desarrollo de recursos humanos y la organización de los servicios de salud. También es importante la labor de la Oficina con respecto a la promoción de las estrategias de atención primaria de salud, conjuntamente con el grupo de estudio mundial de la OMS sobre la atención primaria de salud, copresidido por la Directora de la Oficina, la doctora Mirta Roses. Un avance importante en el 2005 fue el aval que brindaron los Estados Miembros de la OPS a la atención primaria de salud como la mejor estrategia para organizar los sistemas de salud de la Región con el fin de lograr tanto una mayor equidad como una mayor sostenibilidad.

14. Para aprovechar estas iniciativas, en el período 2006-2007 la Organización Panamericana de la Salud desempeñó una función catalizadora en cuanto a la elaboración

de un marco regional para guiar la planificación y la acción nacionales e internacionales en materia de salud de sus Estados Miembros. La culminación de este proceso fue la puesta en marcha en el 2007 de la Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017.

La Agenda de Salud para las Américas para el período 2008–2017

La Agenda de Salud para las Américas proporciona un conjunto conciso de principios y de áreas de acción que tienen como fin orientar la planificación estratégica de “todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas”.

La agenda concuerda con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Se sustenta en los principios de la salud como un derecho humano, la universalidad, el acceso y la inclusión, la solidaridad panamericana, la equidad en materia de salud, y la participación social. Su visión es lograr una Región de las Américas más sana y más equitativa, en la que cada persona, cada familia y cada comunidad tengan la posibilidad de lograr su máximo potencial.

La agenda establece ocho áreas de acción:

- fortalecer la autoridad sanitaria nacional,
- abordar los determinantes de la salud,
- aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad,
- disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades en el interior de los mismos,
- reducir los riesgos y la carga de las enfermedades,
- fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud,
- aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, y
- fortalecer la seguridad sanitaria.

La agenda además tiene como propósito facilitar la movilización de recursos y fortalecer el compromiso de los países con respecto a la salud y a las medidas para alcanzar sus metas.

15. La adopción de la Agenda de Salud para las Américas por parte de los Estados Miembros de la OPS ya es un logro importante en sí mismo, pero que además arroje buenos resultados dependerá de la eficacia de la labor de los países de la Región, la Oficina y sus asociados internacionales en pos de las metas. En ese sentido, la planificación estratégica es un medio esencial para procurar que este trabajo esté guiado por objetivos bien definidos, apoyado por recursos asignados eficazmente y dirigido a obtener resultados cuantificables. La Oficina ha hecho de la planificación estratégica un componente central de su propio trabajo y está promoviendo activamente su uso en los Estados Miembros.

16. En los capítulos 2-4 se describen estas iniciativas en mayor detalle por medio de ejemplos de los países, a nivel subregional y de la propia Oficina.

Capítulo II

La planificación de acciones nacionales en materia de salud

17. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se enfrentan con muchos retos semejantes de salud, pero cada país tiene también problemas únicos, al igual que sus propios puntos fuertes y prioridades en materia de salud pública. Esto hace que un único modelo de cooperación técnica sea totalmente inadecuado. Teniendo en cuenta esto, y en concordancia con una medida similar adoptada por la Organización Mundial de la Salud, en el año 2005 la OPS puso en marcha una política de cooperación centrada en los países para adaptar sus actividades de país a las prioridades y necesidades individuales de cada Estado Miembro.

18. De acuerdo con la política de cooperación centrada en los países, la cooperación técnica de la Organización está guiada por una estrategia de cooperación en los países elaborada con cada Estado Miembro de manera específica. En ella se establece un marco estratégico a mediano plazo (de 4 a 6 años) que describe las responsabilidades y las funciones de la Organización para apoyar el progreso del desarrollo sanitario nacional. La estrategia es el plan de la OPS específico de cada país para estimular y apoyar las iniciativas nacionales de planificación, y promover la continuidad de los programas, los planes y las políticas de salud pública a mediano plazo.

19. La elaboración de la estrategia de cooperación en cada país es un proceso participativo que tiene por objeto obtener aportaciones de los distintos niveles del gobierno y de diferentes sectores, utilizando al mismo tiempo los marcos pertinentes, las herramientas de planificación y las mejores prácticas identificadas por la OPS y otras instituciones asociadas. Cada estrategia se armoniza cuidadosamente con el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana y, por lo tanto, se vincula con los mandatos mundiales y regionales de la OPS. La estrategia también hace uso de las evaluaciones comunes para los países que forman parte de la iniciativa de las Naciones Unidas para armonizar la labor de sus organismos en cada país por medio del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

20. A fines del 2007, la Organización Panamericana de la Salud había elaborado estrategias de cooperación para 27 Estados Miembros, y cada una de ellas sentaba las bases del plan de trabajo bienal de la respectiva Representación de la OPS/OMS.

La estrategia de cooperación de la OPS en Cuba

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, Cuba ha establecido el año 2015 como la fecha para alcanzar un conjunto de metas de salud prioritarias establecidas en su plan nacional de salud. La OPS está apoyando los esfuerzos en ese sentido por medio de la estrategia de cooperación en el país elaborada en estrecha consulta con el Ministerio de Salud Pública de ese país.

La estrategia de cooperación de la OPS establece 14 prioridades de cooperación técnica, entre las que se destacan:

- el apoyo a la promoción de la salud;
- el seguimiento y la evaluación de las funciones esenciales de salud pública del Estado;
- la revisión y la actualización de las normas, los procedimientos y los reglamentos para la prestación de servicios en los centros de salud comunitarios;
- el fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud y de otros sectores con respecto al envejecimiento de la población;
- la ejecución de un análisis del sector con respecto a la calidad del agua, el saneamiento y los residuos sólidos, haciendo hincapié en detectar y controlar los riesgos para la salud ambiental, y
- el mejoramiento de los programas para la seguridad alimentaria y nutricional.

La estrategia de cooperación de la OPS en Cuba ha adoptado un criterio descentralizado, con componentes separados para cada una de las ocho provincias que se encuentran entre las más necesitadas del país. Esta estrategia concuerda con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo para Cuba, y encaja en la línea de cooperación técnica denominada “seguridad alimentaria y sanitaria”, una de las cinco áreas del trabajo en el país de los organismos de las Naciones Unidas.

21. La estrategia de cooperación en los países es la herramienta de planificación estratégica propia de la OPS a nivel de país, pero una de las grandes prioridades de la Organización es estimular la planificación estratégica del mismo país. En el 2007, las representaciones de la OPS/OMS en toda la Región prestaron apoyo y estímulo para la planificación estratégica en materia de salud a nivel de país. En este sentido, la cooperación técnica de la OPS consistió en brindar capacitación y realizar talleres para el personal del ministerio de salud y otros funcionarios clave acerca de los principios y las prácticas de la planificación estratégica, el análisis de la situación y la evaluación de las necesidades, y los exámenes y las recomendaciones para los marcos jurídicos en que se inscribe la planificación. La OPS también desempeñó un papel importante facilitando una amplia participación en el proceso de planificación estratégica y promovió la inclusión de los objetivos estratégicos basados en las prioridades de salud regionales, las “áreas de acción” establecidas en la Agenda de Salud para las Américas.

22. La OPS, junto con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), está brindando apoyo a las iniciativas de la **Argentina** para mejorar la planificación estratégica en torno a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual para el período 2008-2011, aprovechando y proporcionando continuidad a los esfuerzos anteriores realizados en este sentido. En el 2007, la OPS ayudó a la oficina del Ministerio de Salud a cargo de los programas sobre la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual a que convocara a una amplia participación en la actualización de la respuesta estratégica a la infección por el VIH/sida en la Argentina. Un elemento fundamental para ello fue la consulta nacional ampliada, que reunió a interesados directos del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud, al igual que de otros sectores, y que estuvo seguida de una serie de cinco talleres de dos días. Los participantes colaboraron para realizar un análisis de la situación, identificando necesidades a nivel nacional, provincial y local, y para elaborar un conjunto de líneas de acción dentro de un marco de planificación estratégica. En el 2008, la OPS está prestando cooperación técnica para poner en funcionamiento estas estrategias por medio de planes operativos anuales a nivel regional compatibles con el plan nacional.

23. En las **Bahamas**, la Representación de la OPS/OMS prestó apoyo técnico a la formulación de un nuevo plan estratégico para los servicios de salud pública del país para el período 2007-2015. Como parte de esta iniciativa, la OPS organizó un taller sobre gestión estratégica para los directivos de salud pública y el personal clave de los programas. El taller examinó los determinantes sociales de la salud, la formulación de políticas sanitarias nacionales y la importancia de contar con una amplia participación de los interesados directos, los procesos de análisis estratégico y de planificación, los marcos lógicos y la gestión orientada a la consecución de resultados.

24. La Representación de la OPS/OMS en **Belice** está brindando apoyo a un nuevo programa nacional de acción sanitaria para el período 2007-2011, elaborado mediante un proceso participativo del que formaron parte gerentes y personal de salud de las cuatro regiones sanitarias del país, miembros de la sociedad civil, la OPS y otros asociados internacionales en el ámbito del desarrollo. La OPS está ayudando al Ministerio de Salud a formular un plan para poner en práctica la agenda sanitaria nacional, usando un enfoque multisectorial y mecanismos de seguimiento y evaluación. Además, con el apoyo de la Red de Sanimetría de la OMS, la OPS está ayudando al ministerio a que elabore un plan estratégico para fortalecer los sistemas de información sanitaria del país. También le está brindando apoyo a los planes y las políticas nacionales en cuanto al control del tabaco, la salud mental y el fortalecimiento de las funciones de salud pública del Estado.

25. En el 2007, la Representación de la OPS/OMS en **Bolivia** prestó apoyo al nuevo plan de desarrollo socioeconómico del gobierno: “Bolivia: Digna, soberana y productiva”. La OPS trabajó a lo largo de siete líneas de acción que abordaron los

factores sociales determinantes de la salud y la promoción del concepto de la salud como un derecho humano, la prestación de apoyo técnico al proceso de reforma constitucional, el apoyo a la creación de un sistema único y universal de cobertura sanitaria, y el fortalecimiento de la función rectora del Estado en materia de salud pública.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas
Fortalecer la autoridad sanitaria nacional

En el **Brasil**, la OPS está brindando ayuda al Ministerio de Salud a fin de integrar la planificación estratégica para el fortalecimiento institucional como parte de un programa más amplio de metas e inversiones conocido como *Mais Saúde* (Más salud). El apoyo de la OPS se centra en tres áreas: determinar y asignar las responsabilidades y aportaciones de las distintas secretarías, fundaciones y organismos del ministerio de salud con respecto al programa *Mais Saúde*; realizar un diagnóstico institucional del Ministerio de Salud y elaborar una propuesta para su reestructuración estratégica; detectar las áreas problemáticas para la ejecución de la reestructuración y elaborar una propuesta para abordarlas mediante la reconfiguración de los procesos.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas
Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad

La Representación de la OPS/OMS en **Colombia** firmó un acuerdo a fines del 2006 con el gobierno del departamento de Antioquia, en virtud del cual la OPS prestó cooperación técnica a fin de sistematizar los objetivos de tres estrategias sanitarias departamentales clave: la atención primaria de salud, la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, y la seguridad alimentaria y nutricional. Sobre la base de esta labor, la OPS también ha ayudado a las autoridades del departamento a elaborar una propuesta para integrar estas tres estrategias dentro del sistema de protección social departamental y nacional, utilizando un modelo de gestión integrada y haciendo hincapié en la promoción de la sostenibilidad, la eficiencia y el uso óptimo de los recursos. Esta propuesta pretende que el sistema de protección social de Antioquia sea precursor en cuanto al aumento de la protección social y del acceso a servicios de salud de calidad.

26. En la **República Dominicana**, la Representación de la OPS/OMS brindó apoyo a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social en el marco de un proceso de consultas intersectoriales que permitió poner en marcha nuevamente el plan decenal de salud 2006-2015. La OPS además brindó apoyo a la planificación de la secretaría en

relación con otras áreas, como el desarrollo y la gestión de los recursos humanos, la mortalidad materno-infantil y los productos farmacéuticos.

27. La Representación de la OPS/OMS en **Ecuador** colaboró en la formulación de la sección de salud de la nueva constitución del país y, junto con los ministerios de salud de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, brindó apoyo para la elaboración de una propuesta de transformación del sector sanitario. También ayudó al Gobierno del Ecuador a elaborar planes estratégicos para la prevención y el control de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, que sentaron las bases de las propuestas de financiamiento presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas
Disminuir las desigualdades en materia de salud

La iniciativa Rostros, Voces y Lugares de la OPS tiene por objeto empoderar a algunas de las comunidades más vulnerables del continente para que puedan gozar de los beneficios del avance en pro del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como parte de esta iniciativa, la OPS ha colaborado con la comunidad de Nabón (**Ecuador**), donde ayudó a revisar y sistematizar el plan de desarrollo municipal a fin de abordar mejor los factores sociales, económicos y ambientales determinantes de la salud; fortalecer las estrategias de atención primaria de la salud; y aplicar las enseñanzas extraídas a fin de poder avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este plan, elaborado por la propia comunidad, está integrado por seis componentes: fortalecimiento institucional, desarrollo económico local, gestión de recursos naturales, salud integral, salud del niño y del adolescente, y fortalecimiento de los recursos humanos. La OPS ha promovido un proceso de “reflexión crítica” dentro de la comunidad, ha proporcionado ayuda con la recopilación y el análisis de la información para fundamentar la revisión del plan, y ha coordinado el apoyo recibido de los organismos de cooperación internacional para su ejecución.

28. La Representación de la OPS/OMS en **Guyana** ha prestado un apoyo fundamental a las actividades de planificación estratégica del Ministerio de Salud, ofreciendo capacitación al personal clave sobre el enfoque del marco lógico y los principios de planificación estratégica. La OPS también prestó apoyo en la formulación posterior de un conjunto de planes estratégicos de salud pública, como el nuevo plan estratégico contra la infección por el VIH/sida, el plan estratégico contra la malaria, el plan estratégico contra la tuberculosis, el plan estratégico de control de vectores, el plan estratégico de control de las enfermedades no transmisibles, el plan contra una eventual pandemia de gripe y el plan nacional de salud para el período 2008-2012. La

representación también ayudó con la evaluación del plan nacional de salud de Guyana correspondiente al período 2003-2007.

La OPS y la planificación en Nicaragua

La Representación de la OPS/OMS en **Nicaragua** prestó apoyo en el área de la salud para el nuevo proceso de planificación del país, conocido como el plan nacional a corto plazo. Este proceso se propone integrar la planificación realizada por diferentes instituciones del Estado, garantizando la armonización y la convergencia de las contribuciones de los organismos de cooperación internacional. El foco de interés de la OPS ha consistido en ayudar a consolidar la función rectora del Ministerio de Salud. La Organización ha proporcionado ayuda técnica para el análisis de varias leyes existentes que rigen el proceso de planificación como la ley general de salud, la ley de autonomía, la ley general de educación, la ley de municipios, la ley general de aguas y su regulación, la ley de soberanía y las leyes sobre la participación de los ciudadanos y la seguridad nutricional. La OPS también ha ayudado a elaborar nuevas leyes y presentarlas ante la Asamblea Nacional, entre ellas la ley de carrera sanitaria, la ley para el control del tabaco, la ley de buzos, la ley de medicina tradicional y la ley del comité de agua potable.

La OPS también ha prestado ayuda en la elaboración del componente de salud del nuevo Plan Nacional de Nicaragua de Desarrollo Humano, que apunta a acabar con la discriminación y la exclusión, y permitir que los nicaragüenses puedan ejercer plenamente sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

La OPS y la planificación en el Caribe oriental

Seis países y territorios del Caribe oriental (Anguila, Barbados, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lucía, y Saint Kitts y Nevis) han aprobado planes estratégicos para el desarrollo nacional que se están ejecutando actualmente con el apoyo de la OPS y de otros asociados como la Unión Europea, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y el Banco Mundial. La OPS está brindando cooperación técnica para abordar los retos especiales del sector de la salud, como los escasos recursos y las competencias limitadas para la ejecución de planes, y la necesidad de contar con sistemas más fuertes de seguimiento y evaluación.

La OPS está también apoyando esfuerzos nacionales participativos para mejorar la planificación estratégica en materia de salud al reunir equipos multidisciplinarios y multisectoriales para evaluar el desempeño del sistema de salud, determinar los problemas clave y priorizar la orientación y las intervenciones de salud. Esta labor ha ayudado a ampliar la base de interesados directos involucrados en el desarrollo sanitario y ha puesto de relieve el perfil de la salud como un componente estratégico del desarrollo nacional. Además, la OPS está ayudando a los países a que pongan en marcha la planificación al pasar de las orientaciones estratégicas y los indicadores de desempeño a la planificación operativa y la ejecución, y de la elaboración de planes a la presupuestación y la asignación de recursos.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas

Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad

La Representación de la OPS/OMS en **Haití** brindó apoyo al proceso de planificación estratégica emprendido por el programa de atención gratuita para las embarazadas y los recién nacidos, el primer paso para la creación de un sistema nacional de protección social para la salud maternoinfantil. La OPS ayudó a planificar la reasignación de los recursos provenientes de la ayuda humanitaria internacional para financiar el nuevo programa, y ayudó a crear y emprender un programa de capacitación dirigido al personal del Ministerio de Salud Pública acerca del análisis de los interesados directos, los métodos para calcular el costo de los conjuntos de intervenciones de salud, los marcos conceptuales y el concepto de la protección social en los planes sanitarios. Además, la OPS prestó apoyo al foro nacional para la armonización de la reforma sanitaria, una importante iniciativa de diálogo social que formó parte de la planificación del desarrollo nacional y tuvo como propósito facilitar la creación de alianzas multisectoriales en apoyo de la armonización del proceso de reforma del sector sanitario y de creación del sistema de protección social. La OPS también fue un socio clave del Ministerio de Salud Pública en la preparación del componente de salud del documento de estrategia nacional para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza para el período 2008-2012.

29. En el 2007, la Representación de la OPS/OMS en **Honduras** prestó apoyo técnico clave a la elaboración del plan estratégico del sector de la salud 2012, parte de la estrategia nacional para la reducción de la pobreza. La OPS encabezó una mesa redonda continua del sector de la salud (Mesa CESAR) integrada por representantes del gobierno, la sociedad civil y más de una docena de organismos internacionales de cooperación con presencia activa en Honduras. La mesa redonda sirvió de plataforma para el análisis, el diálogo, la coordinación y la obtención de consenso para la elaboración de presupuestos y planes estratégicos para varios años para el sector de la salud en su totalidad y para el Instituto Hondureño de Seguridad Social en particular. La Mesa CESAR también ayudó activamente en la formulación de un nuevo plan estratégico nacional de lucha contra la enfermedad de Chagas, el tercer plan estratégico nacional de lucha contra la infección por el VIH/sida para el período 2008-2012 y la estrategia nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil para el período 2008-2015.

30. En **Jamaica**, la Representación de la OPS/OMS participó en el proceso multisectorial de elaboración del nuevo plan nacional de desarrollo de aquí al año 2030. La OPS proporcionó orientación general para el componente sanitario del plan, que brinda un marco de planificación para lograr que Jamaica sea una “nación desarrollada” en los próximos 22 años. Además, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a actualizar varios planes existentes y a elaborar otros nuevos, incluido el plan nacional de salud correspondiente al período 2006-2010, el plan estratégico del Ministerio de Salud para el

2006-2015, el plan estratégico nacional sobre la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual para el 2008-2012 y el plan de salud sexual y reproductiva.

31. En el 2007, la OPS prestó un apoyo fundamental para la elaboración del primer plan nacional de salud del **Perú** en 20 años. El proceso fue ampliamente participativo, con consultas que convocaron a representantes de las asociaciones de profesionales y de personal sanitario, de los prestadores de servicios privados, del sistema de seguridad social y de otras instituciones públicas y de gobiernos de las distintas regiones del país. Los planes regionales de salud se elaboraron mediante procesos similares en La Libertad, Arequipa, Ancash y Callao.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas
Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

La Representación de la OPS/OMS en el **Paraguay** brindó apoyo clave para la formulación de un plan estratégico nacional para el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) para el período 2007-2011. La OPS formó parte de un equipo interinstitucional que analizó las necesidades de información del sistema de salud, definió prioridades y estableció una serie de metas, estrategias, líneas de acción y repercusiones presupuestarias de la creación de un sistema de información sanitaria a lo largo de un período de cinco años. El plan definitivo establece ocho objetivos estratégicos, entre ellos la elaboración de una política nacional y un marco jurídico para garantizar el derecho a la información sanitaria, el fortalecimiento de los recursos humanos, y de la infraestructura física y tecnológica del sistema de información sanitaria a nivel local, regional y nacional. Otros integrantes del equipo interinstitucional fueron representantes del programa Measure Evaluation de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y de los departamentos de bioestadística; de programación, seguimiento y evaluación; de servicios sanitarios; de vigilancia sanitaria; y de encuestas, estadísticas y censos del Paraguay, entre otros.

Área de Acción de la Agenda de Salud para las Américas
Abordar los determinantes de la salud

En el **Perú**, la OPS se asoció con 12 organismos de las Naciones Unidas y otras instituciones de cooperación internacional en el 2006 a fin de encabezar la iniciativa de lucha contra la desnutrición, un intento por fortalecer el compromiso político nacional de reducir el hambre. Desde ese entonces, esta iniciativa ha sentado las bases del apoyo internacional para la estrategia nacional CRECER puesta en marcha por el gobierno, un plan estratégico multisectorial que aborda los factores sociales determinantes del hambre como la educación, las condiciones del ambiente y del modo de vida, y el acceso a la asistencia sanitaria. Está dirigida por el Consejo de Ministros del Perú y coordinada por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, que reúne a los ministerios de salud, de educación, de la mujer y el desarrollo, de vivienda, y de economía y finanzas. La OPS y los organismos internacionales asociados con ella siguen desempeñando un papel clave de promoción de la causa y de apoyo a la estrategia CRECER a nivel local, regional y nacional.

32. La Representación de la OPS/OMS en **Suriname** ha apoyado la elaboración del plan nacional de desarrollo para el período 2006-2010 y durante el 2007 orientó su cooperación técnica a atender las prioridades en materia de salud establecidas en el plan. Esta labor comprendió el apoyo a un método intersectorial de producción y seguridad de los alimentos, y de agua potable y saneamiento, un mayor énfasis en la prevención primaria y secundaria en la atención primaria de salud, una mayor participación comunitaria, prevención y detección temprana de las enfermedades crónicas, la ampliación de la cobertura de atención de salud primaria y secundaria a las personas que viven en el interior del país y en zonas rurales, y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud.

33. En **Trinidad y Tabago**, la Representación de la OPS/OMS, que preside el Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida del país, dirigió la elaboración de un programa conjunto de apoyo para el control y la prevención de la infección por el VIH a fin de guiar el trabajo de los organismos de las Naciones Unidas en esta área. Junto con el ONUSIDA, la OPS organizó capacitación para los miembros del equipo de las Naciones Unidas en la ejecución conjunta y la vigilancia del plan, y patrocinó una evaluación de las brechas y fortalezas de los diferentes organismos a fin de abordarlas.

34. En el **Uruguay**, la OPS apoyó la creación de una nueva unidad nacional de seguridad vial en la oficina de la Presidencia, que coordinará los esfuerzos nacionales en relación con este tema. La OPS también apoyó la elaboración de leyes y planes con respecto a los pilares básicos de la reforma del sistema de salud del país, incluida la

creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Capítulo III

La planificación de acciones panamericanas en materia de salud

35. Desde su fundación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha actuado como un importante agente catalizador de la cooperación entre sus Estados Miembros en torno a las iniciativas para proteger y promover la salud de sus respectivas poblaciones. Esta colaboración panamericana se sustenta en el entendimiento de que los países americanos tienen situaciones e inquietudes de salud en común, y que sus vínculos históricos, políticos y geográficos pueden facilitar la ejecución de acciones conjuntas eficaces que permitan abordar los problemas comunes.

36. El “valor agregado” que aporta el panamericanismo a la salud se puede ver claramente en los resultados de los planes regionales y de las iniciativas subregionales de salud pública, y del programa de cooperación técnica entre países de la OPS. En el período 2007-2008, la OPS apoyó y promovió la planificación estratégica en todas estas áreas, y en la iniciativa panamericana emblemática de la Organización, la Semana de Vacunación en las Américas.

La Semana de Vacunación en las Américas del 2008

Durante la sexta Semana de Vacunación en las Américas, actividad anual que tuvo lugar del 19 al 26 de abril del 2008, se vacunó a más de 56 millones de personas en 44 países, lo que hizo que esta fuera la más ambiciosa de estas actividades desde que se puso en marcha este programa por primera vez en el 2003. La planificación fue una parte central de esta iniciativa y la OPS prestó apoyo al respecto a cada país participante. Se proporcionó orientación para definir las metas, las estrategias y las poblaciones prioritarias; para coordinar las actividades a nivel nacional y en las zonas fronterizas; para definir los indicadores que se usarían para medir e informar los resultados; y para calcular el presupuesto necesario para adquirir las vacunas, los equipo de cadena de frío y otros suministros, realizar la capacitación, cubrir los gastos operativos, y llevar a cabo la supervisión, el seguimiento y la evaluación. La OPS también proporcionó orientación en cuanto a las campañas de comunicación y de movilización social de los países.

37. En el período 2007-2008, uno de los puntos más destacados de las iniciativas panamericanas en materia de salud fue la aprobación por parte de los Estados Miembros de la OPS de la Agenda de Salud para las Américas, un conjunto mutuamente acordado

de principios, prioridades y áreas de acción para la planificación del programa de acción sanitaria a nivel nacional, subregional y regional (véase el capítulo 1). La cooperación técnica de la OPS ayudó a que los Estados Miembros pudieran avanzar en la planificación en dichos niveles con respecto a las ocho líneas de acción propuestas en la agenda (véase también el capítulo 2).

La elaboración de la Agenda de Salud para las Américas

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 fue, desde su concepción hasta su aprobación, una iniciativa de los países de las Américas y para ellos. El concepto de la agenda fue propuesto por primera vez por el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS en su sesión del 2006 como una visión colectiva de las prioridades de salud en la Región y de líneas de acción acordadas para abordarlas. Un grupo consultivo encabezado por **Panamá** e integrado además por **Antigua y Barbuda, Argentina, Canadá, Chile, Cuba** y los **Estados Unidos**, al que posteriormente se unieron también **Brasil** y **México**, elaboró un borrador al que se arribó mediante un proceso que incluyó teleconferencias y dos reuniones presenciales celebradas en la Ciudad de Panamá. En enero del 2007, en ocasión del III Encuentro de Cooperación Internacional en Salud que tuvo lugar en Chile, **Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, República Dominicana, Uruguay** y **Venezuela** se incorporaron a esta iniciativa, al igual que el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU) y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica. Posteriormente se llevó a cabo un amplio proceso de consulta que recogió observaciones de los interesados directos a nivel nacional, regional y mundial.

Chile es un buen ejemplo del proceso de consulta que tuvo lugar en los países de toda la Región. El Ministerio de Salud chileno organizó reuniones con los principales departamentos de salud pública del país (de la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de la Frontera), a fin de tratar el proyecto de la agenda y recibir observaciones. Las autoridades sanitarias regionales mantuvieron reuniones también con los interesados directos locales con este mismo fin. Las observaciones de Chile se unieron a las contribuciones provenientes de otros Estados Miembros de la OPS y de otras organizaciones como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Sistema de Integración Centroamericana, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública.

La versión definitiva de la Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017 vio la luz formalmente en la Ciudad de Panamá en junio del 2007 en ocasión de la apertura de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, que contó con la presencia del Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, del Secretario General de la OEA, José Miguel Insulza, del Presidente de Panamá, Martín Torrijos, y de 20 ministros de salud y de relaciones exteriores de toda la Región.

38. Una de las funciones principales de la OPS es velar por que la salud sea una prioridad máxima en el programa político de la Región y una parte fundamental de la planificación del desarrollo nacional y regional. Con este fin, a lo largo de este período la OPS ha vigilado y participado en las actividades de planificación y seguimiento de los principales foros políticos y técnicos de la Región como la **Cumbre de las Américas**, la **Cumbre Iberoamericana**, la **Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas** y más de una docena grupos de trabajo y comisiones patrocinadas por la Organización de los Estados Americanos.

39. La OPS también colaboró estrechamente con los sistemas de integración de la Región mediante los **programas subregionales**, que tienen su propio personal y presupuesto y que comenzaron a funcionar en el 2006. En el período 2007-2008, la OPS promovió la planificación estratégica en varias iniciativas subregionales.

40. En la **zona andina**, la OPS apoyó la elaboración de una estrategia subregional conjunta para la cooperación junto con organismos del Sistema Andino de Integración, otros organismos de las Naciones Unidas, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y otros asociados. La OPS también prestó un apoyo fundamental a las actividades de planificación y ejecución del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), entre ellas la elaboración de un plan estratégico conjunto para el período 2009-2012. Además, la OPS participó en reuniones del Comité Ejecutivo del Plan Andino de Salud en las Fronteras (PASAFRO) y prestó apoyo técnico a la puesta en práctica de su plan operativo para el 2008.

41. Por medio de su programa subregional contra la infección por el VIH/sida situado en **Colombia**, la OPS también prestó un apoyo fundamental a la formulación y la ejecución del plan andino de respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH para el período 2007-2010, aprobado por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina en el 2007. La OPS ayudó a realizar el análisis de la situación de los sistemas subregionales de seguimiento y evaluación, y del estigma y la discriminación de la infección por el VIH en los países andinos, y a elaborar y ejecutar planes estratégicos subregionales en ambas esferas. Esta labor contó con el apoyo de un equipo institucional con respecto a la infección por el VIH integrado por miembros del ORAS - CONHU, el ONUSIDA, la OPS y otros asociados.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas

Fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de la salud

El programa subregional de la OPS trabajó conjuntamente con el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue para crear un nuevo Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, que fue aprobado por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina realizada en el 2008. La OPS también colaboró con este organismo para organizar la capacitación de los profesionales de la salud involucrados en la formulación de políticas en materia de recursos humanos sanitarios, y para fortalecer la información y el conocimiento para la adopción de decisiones.

Como miembro del consorcio internacional de recursos humanos para la atención de salud, la OPS se asoció con la Universidad Dalhousie del **Canadá** y el Ministerio de Salud del **Brasil** para proporcionar capacitación a los equipos de la Autoridad Sanitaria Regional del Sudeste de **Jamaica** y de los departamentos de salud de los estados de Minas Gerais y Ceará (Brasil) con respecto al uso de la información para prever las necesidades de recursos humanos y evaluar las opciones de política. En el **Caribe**, la OPS se asoció con el Ministerio de Salud de Jamaica para realizar una reunión sobre planificación de recursos humanos en Kingston en julio del 2007, donde más de 150 participantes provenientes de 15 países del Caribe analizaron las áreas para la cooperación en el desarrollo de recursos humanos y formularon proyectos de estrategias para abordar los temas relacionados con la educación, la distribución, la retención y contratación, la planificación basada en las necesidades y la migración del personal sanitario.

42. En el período 2007-2008, la OPS siguió apoyando la iniciativa de **Cooperación para la Salud en el Caribe**, actualmente en su tercera etapa (CCH III). La Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS está colaborando con la secretaría del Mercado Común del Caribe (CARICOM) para mejorar el seguimiento y la evaluación de las actividades relacionadas con esta iniciativa. La OPS también proporcionó asistencia al CARICOM para establecer el nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

43. En **Centroamérica**, la OPS y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo han ayudado a elaborar un programa de acción sanitaria para Centroamérica y la República Dominicana, enderezado a reducir las inequidades en materia de salud y mejorar la calidad de vida. La OPS ha colaborado con las autoridades sanitarias para diseñar un programa preliminar y ha ayudado a organizar consultas intersectoriales nacionales para analizarlo y perfeccionarlo. En Guatemala, por ejemplo, la representación de la OPS/OMS ayudó a formar una comisión especial integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM) y la OPS para efectuar consultas y colaborar en aspectos fundamentales del programa. Se espera que el documento definitivo sea sometido a la consideración del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) a fines del 2008. Este programa

concuenda con la Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017 y con el Plan de Acción del CARICOM y el Sistema de Integración Centroamericana.

44. Una de las herramientas más importantes que utiliza la OPS para promover la planificación estratégica son los **planes regionales de salud pública**, que proporcionan un marco conceptual y estrategias y acciones específicas acordadas por los países americanos como la mejor manera de abordar los problemas prioritarios en materia de salud. Estos planes promueven un enfoque estratégico de la acción sanitaria y ayudan a garantizar que se utilicen criterios e indicadores normalizados en el seguimiento y la evaluación. Durante el período que abarca este informe, la OPS elaboró cuatro nuevos planes regionales de salud para su aprobación por el 48.º Consejo Directivo:

- La estrategia y el plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino
- La estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes
- La estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño
- El plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud

45. La OPS también siguió promoviendo la puesta en marcha de los planes aprobados anteriormente, entre ellos los planes regionales acerca de la infección por el VIH, la malaria, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, la salud materna y las enfermedades crónicas.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas

Reducir los riesgos y la carga de enfermedad: el cáncer cervicouterino

La **Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino**, elaborada durante el período 2007-2008 para someterla a la consideración del 48.º Consejo Directivo, busca reducir el número de defunciones por cáncer cervicouterino y de casos de esta enfermedad mediante el fortalecimiento de la capacidad de los países de ejecutar programas integrales de prevención y control. Propone siete líneas de acción: evaluar la situación; intensificar la información, educación, y orientación; fortalecer los programas de detección y tratamiento de afecciones precancerosas; establecer o fortalecer los sistemas de información y registros de los casos de cáncer; mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos; generar datos de investigación para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el virus de los papilomas humanos; y promover el acceso equitativo y la prevención integral asequible del cáncer cervicouterino. El plan asigna prioridad inmediata al fortalecimiento de los programas actuales y a la consideración de la introducción de nuevas tecnologías, en particular la inspección visual con ácido acético y la prueba directa del

ADN del virus de los papilomas humanos. Además, insta a las autoridades sanitarias a que se asocien con la comunidad y las organizaciones nacionales e internacionales, incluidos los grupos de mujeres, para poner en práctica estas líneas de acción.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas

Reducir los riesgos y la carga de enfermedad: las enfermedades crónicas

Con el apoyo de la OPS, los países del **Caribe** han hecho de la planificación un punto central de la lucha contra las enfermedades no transmisibles, que representan más de la mitad de las enfermedades y las defunciones, y la mayor parte de los costos sanitarios en esa subregión. Como secretaría conjunta (junto con el CARICOM) de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, la OPS está ayudando a revisar un plan regional de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, de acuerdo con lo dispuesto por los jefes de Estado caribeños en una cumbre especial del CARICOM sobre las enfermedades no transmisibles, que tuvo lugar en septiembre del 2007. Nueve de los trece países del Caribe han redactado o empezado a aplicar estrategias nacionales con respecto a las enfermedades no transmisibles, la mayoría inscritas en el marco de la Estrategia regional de la OPS sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo régimen alimentario, actividad física y salud. En el 2007, la OPS organizó un taller subregional sobre esta estrategia regional a fin de sentar las bases para la elaboración de planes e impartió capacitación a profesionales del ministerio de salud de 10 países en el uso del análisis de la eficacia en función de los costos y del enfoque estratégico en la formulación de políticas y la promoción de la causa en el ámbito de las enfermedades no transmisibles. En el 2008, la OPS patrocinó una reunión de expertos caribeños en enfermedades cardiovasculares, que se centró en la planificación de los programas de prevención y control. Para el 2012, los líderes del CARICOM han fijado como objetivo proporcionar un conjunto de servicios preventivos y de tratamiento basado en las directrices regionales a 80% de las personas que padecen enfermedades crónicas.

46. La OPS desempeñó una función técnica y dinamizadora en la elaboración de estrategias conjuntas para responder a los brotes de **fiebre amarilla** en América del Sur que se registraron a principios del 2008. En colaboración con las autoridades sanitarias de Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, los expertos de la OPS ayudaron a determinar las prioridades y las líneas de acción para responder a estos brotes y contenerlos, incluidas la vacunación y las estrategias para reducir los criaderos de *Aedes aegypti*, el mosquito vector de la enfermedad. La OPS también ayudó a los países con la planificación de las comunicaciones, recalando la importancia de llegar al público de una manera clara, transparente y oportuna.

Área de acción de la Agenda de Salud para las Américas
Fortalecer la seguridad sanitaria

En el período 2007-2008, la OPS prestó un apoyo constante a la planificación regional y de los países en dos áreas fundamentales de la seguridad sanitaria internacional: el nuevo Reglamento Sanitario Internacional y los preparativos para la gripe aviar y una eventual pandemia de gripe. La OPS ha trabajado con tres sistemas regionales de integración (el ORAS - CONHU, el MERCOSUR y la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana) a fin de promover la difusión del Reglamento, la designación de centros nacionales de enlace y la elaboración de planes de ejecución tanto a nivel de país como a nivel subregional. Hasta abril del 2008, 25 de los 35 países de la Región habían participado en las encuestas de la OPS para vigilar el avance en la aplicación del nuevo Reglamento. De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento, doce países habían realizado las evaluaciones nacionales de sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y los 12 informaron contar con un plan de respuesta en caso de emergencias nacionales de salud pública.

En el área de la gripe aviar y la pandemia de gripe, las representaciones de la OPS/OMS prestaron apoyo técnico constante a los preparativos y la planificación de la respuesta a nivel nacional, así como la protección sanitaria del personal de las Naciones Unidas y sus familias, la compra de preparaciones farmacéuticas y la elaboración de planes de continuidad de las operaciones y de contingencia para los organismos de las Naciones Unidas en los países. Además, durante el período 2007-2008, la OPS siguió usando su herramienta de evaluación de los preparativos para una eventual pandemia, basada en la lista de verificación de la OMS del plan de preparación contra una pandemia de gripe, para medir el progreso de los Estados Miembros en cuanto a la planificación y la ejecución de los preparativos. Las evaluaciones mostraron que el nivel promedio de los preparativos de los países de América Latina y el Caribe había aumentado de 43 a 50% entre el 2006 y el 2007, y que las mayores mejoras se habían registrado en Centroamérica, México, y los países del Cono Sur.

En el Caribe, la OPS ayudó a los Estados Miembros a fortalecer sus sistemas de vigilancia de los problemas de salud inesperados durante la Copa Mundial de Críquet del 2007 y luego los ayudó a aprovechar esos esfuerzos para elaborar planes nacionales de preparación para una eventual pandemia. La cooperación técnica continua de la OPS en cuanto a la formación de capacidad, la elaboración de herramientas de planificación y la realización de ejercicios de simulacro está ayudando a fortalecer tanto la preparación contra una pandemia como el cumplimiento de Reglamento Sanitario Internacional en toda la Región.

47. En el período 2007-2008, tres proyectos de la OPS de cooperación técnica entre países se centraron especialmente en el área de planificación.

48. En el 2007, **Belice, Costa Rica, Cuba, El Salvador y la República Dominicana** participaron en un proyecto de la OPS de cooperación técnica entre países sobre la

aplicación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional. El proyecto incluyó la elaboración de un método y de instrumentos específicos para estos países a fin de evaluar su capacidad básica de vigilancia y respuesta, y las propuestas de planificación para abordar las brechas detectadas. En este proyecto también se crearon estrategias para mejorar el funcionamiento del centro nacional de enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de cada país.

49. La OPS se asoció con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe y con países del **Caribe oriental** en un proyecto de cooperación técnica entre países para elaborar un plan estratégico de colaboración en materia de desarrollo sostenible y salud ambiental para el período 2008-2012. La estrategia pretende fortalecer la cooperación técnica entre la OPS y el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, promover la actuación conjunta entre estos países y hacer un mejor uso de los recursos para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales en esta subregión.

50. El **Perú** y el **Uruguay** participaron en un proyecto de cooperación técnica entre países encaminado a fortalecer la cooperación en la lucha contra la hidatidosis que incluyó la formulación, en colaboración con la Comisión Nacional de Zoonosis del Uruguay, de un plan para la prevención y el control de la hidatidosis en el Perú. El plan se encuadra dentro del marco del Proyecto del Cono Sur de Vigilancia y Control de la Hidatidosis, apoyado por la OPS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Capítulo IV

Planificación de la acción de la OPS en el campo de la salud

51. La OPS le ha venido prestando cada vez más atención a la planificación estratégica para impulsar metas regionales y mundiales decisivas en el ámbito de la salud y mejorar su propio desempeño. En el período 2007-2008, la planificación estratégica fue un elemento central del trabajo de la OPS, como área de cooperación técnica e internamente para la Organización.

52. Uno de los aspectos destacados del período 2007-2008 fue la aprobación por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012 (*Documento Oficial 328*), que constituye un marco quinquenal para las operaciones de la OPS. El plan se basa en las prioridades y los objetivos establecidos en la Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017 y en el Undécimo Programa General de Trabajo y Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. La formulación del Plan Estratégico de la OPS empezó en el 2006 y

fue un proceso participativo que recibió aportaciones de los Estados Miembros de la OPS, las representaciones, los centros y las áreas técnicas y administrativas.

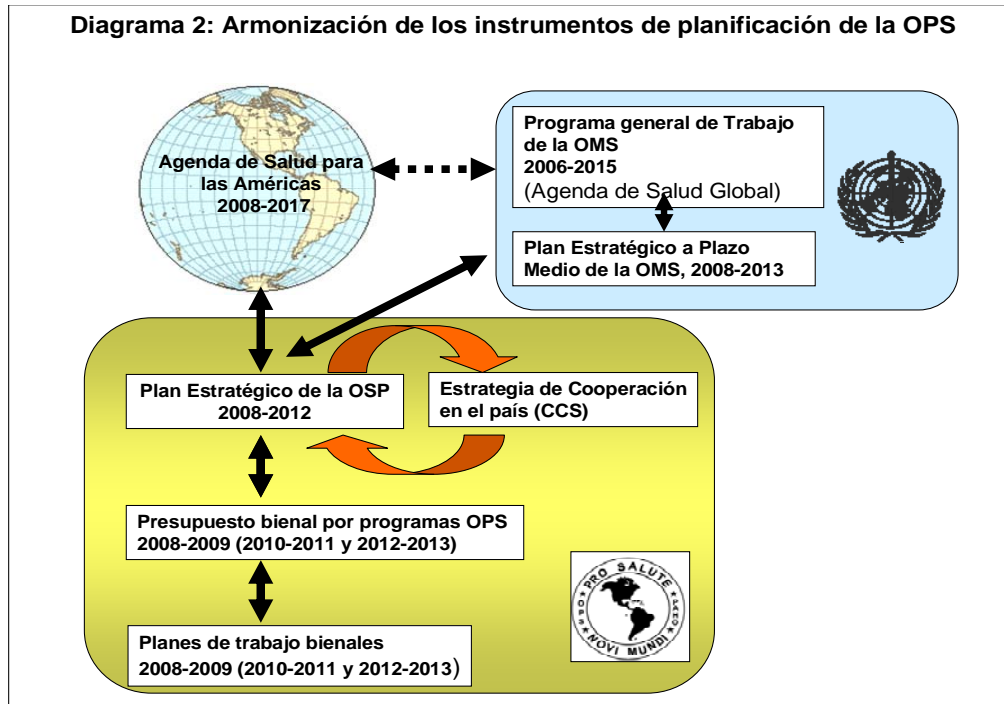
53. El Plan Estratégico de la OSP para el período 2008-2012 se basa en el marco de gestión orientada a la consecución de resultados que ha sido adoptado por la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas como parte del proceso de reforma de las Naciones Unidas. El plan establece 16 objetivos estratégicos, una estrategia detallada de ejecución, resultados previstos (resultados previstos a nivel regional [RPR] y resultados previstos específicos de cada oficina [RPEO]) e indicadores para medir el progreso realizado en su consecución. A fin de que haya transparencia, en el plan se usan objetivos e indicadores para los cuales se dispone de datos iniciales al comienzo del período de planificación. Para lograr la factibilidad, se especifican tanto los recursos necesarios como las fuentes previstas de esos fondos. En una versión revisada del plan, que se presentará al 48.º Consejo Directivo, se incorporan nuevas sugerencias de los Estados Miembros, así como adaptaciones de algunos indicadores y metas y un nuevo RPR relacionado con el cambio climático, a fin de armonizar el plan con la nueva versión del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, 2008-2013.

Figura 1. Objetivos estratégicos y Plan Estratégico de la OSP para el período 2008-2012

1 Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	9 Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible
2 Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	10 Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud
3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	11 Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y los datos probatorios de los sistemas de salud
4 Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	12 Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias
5 Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	13 Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios

<p>6 Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud</p>	<p>14 Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible</p>
<p>7 Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos</p>	<p>15 Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas</p>
<p>8 Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud</p>	<p>16 Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz</p>

54. Con la formulación y ejecución del Plan Estratégico, la OPS realizó un progreso considerable en el período 2007-2008 en la armonización de sus actividades con las prioridades y necesidades de sus Estados Miembros. Las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas fueron muy importantes para la preparación del Plan Estratégico. Las representaciones de la OPS en los países de toda la Región han iniciado o concluido la preparación de estrategias de cooperación en los países, directamente vinculadas a sus planes de trabajo bienales, que tienen en cuenta tanto las necesidades propias del país como el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y la evaluación común para los países (CCA) (véase el capítulo 2). La OPS realizó esfuerzos especiales para que los países designados como prioritarios (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) estuvieran entre los primeros en formular estrategias de cooperación en los países durante 2007-2008. (En el caso de Haití se elaboró en cambio un marco de cooperación provisional.) En estos países prioritarios, en particular, el proceso de estrategias de cooperación en los países ha facilitado la movilización de recursos adicionales para la salud.



Planificación y armonización en la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos

La Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos, en El Paso (Texas), es un ejemplo de los procesos de planificación y armonización que tuvieron lugar en toda la Organización durante 2007-2008.

En marzo del 2008, los secretarios de salud de México y Estados Unidos y la Directora de la Oficina firmaron una declaración mediante la cual se comprometen a abordar conjuntamente las prioridades mutuas en materia de salud fronteriza. Posteriormente, las partes establecieron un grupo de trabajo integrado por representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, la Secretaría de Salud de México, la Comisión Sanitaria de la Frontera entre México y Estados Unidos y la OPS. El Grupo de Trabajo elaboró un marco integrado para armonizar las prioridades y los planes de trabajo de la Comisión Sanitaria y la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos con las prioridades acordadas por ambos países. El marco incluye una declaración de base que describe la misión y la visión de cada organización y un examen de los problemas y los desafíos con que se enfrentan las comunidades a lo largo de la frontera entre ambos países.

En una serie de reuniones, el grupo de trabajo creó una matriz que detallaba los elementos del plan de trabajo bienal de la Oficina de Campo, las orientaciones y prioridades de la Comisión

Sanitaria y las medidas propuestas para armonizar las áreas de de los proyectos de ambas organizaciones. El grupo también creó otras dos matrices en las cuales se proponían medidas de armonización a corto y a mediano plazo. Posteriormente, se firmaron varios acuerdos mediante los cuales se comprometieron fondos de los gobiernos de México y Estados Unidos. Asimismo, la OPS y la Comisión Sanitaria se comprometieron a aprovechar al máximo los recursos colectivos e individuales para apoyar su trabajo conjunto.

55. Una característica decisiva del marco de gestión orientada a la consecución de resultados del Plan Estratégico de la OSP es el método de programación de recursos. Los resultados previstos son los que se consideran deseables y factibles. En el plan se calcula la cantidad de recursos necesarios para alcanzar esos resultados en su totalidad y después se asignan los recursos que realmente están disponibles. Si hay una diferencia entre los fondos disponibles y el costo de los resultados previstos, estos resultados se alcanzarán solo en parte o habrá que reducir la disparidad movilizand o recursos adicionales.

56. Como parte de la gestión orientada a la consecución de resultados, la OPS promueve el perfeccionamiento del personal como medio fundamental para aumentar la eficiencia y la eficacia, mejorar la competencia técnica y orientar mejor los servicios a los Estados Miembros. Con este fin, la OPS ha elaborado un plan de aprendizaje para el período 2008-2012, con contenido didáctico básico dirigido al personal de toda la OPS para ayudarle a reforzar sus conocimientos, aptitudes y competencia en áreas específicas. El plan de aprendizaje apoya los 16 objetivos estratégicos del Plan Estratégico de la OSP, las estrategias de cooperación en los países y las áreas especiales en las cuales se procura aumentar la capacidad, derivadas de mandatos clave tales como la Agenda de Salud para las Américas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda de seis puntos de la OMS para mejorar la salud pública.

La OPS y la planificación sanitaria en las Américas, 1958-2008

La OPS ha sido una firme defensora de la planificación en la salud pública por lo menos desde 1958, año en que el epidemiólogo chileno Abraham Horwitz fue nombrado Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Influenciados por el campo emergente de la economía del desarrollo, Horwitz y sus contemporáneos consideraban la planificación como un instrumento importante para promover el desarrollo nacional y la salud pública como un componente esencial del desarrollo.

La Carta de Punta del Este de 1961, mediante la cual se lanzó la Alianza para el Progreso, estableció un Programa de Salud Pública Decenal de gran alcance que procuraba aumentar la esperanza de vida cinco años en el curso del decenio mediante logros específicos en los campos del agua y el saneamiento, la salud del niño, el control de las enfermedades transmisibles, la

nutrición, los servicios de salud y la investigación científica. Horwitz ofreció a la OPS como principal organismo de cooperación técnica para el plan regional y exhortó al Centro de Estudios para el Desarrollo Económico y Social (CENDES), de la Universidad Central de Venezuela, a que elaborara un método para la planificación sanitaria nacional y regional. La OPS promovió el método del CENDES mediante programas de capacitación ofrecidos en el Centro Panamericano de Planificación de la Salud, situado en Santiago (Chile).

En 1971, una evaluación de la OPS mostró un progreso considerable en la consecución de las metas del plan decenal pero también grandes diferencias entre los países en lo que concernía a los logros. En su reunión de 1972, los ministros de salud de la Región examinaron las enseñanzas extraídas del primer plan decenal y concluyeron que la falta de políticas explícitas para el desarrollo de sistemas de salud había debilitado la eficacia de la planificación. En las resoluciones declararon la salud como un derecho universal, reconocieron la importancia de la participación social en la adopción de decisiones y presentaron un nuevo plan decenal (1971-1980) centrado en la extensión de los servicios de salud a las poblaciones subatendidas.

Para fines de los años setenta, los líderes de salud pública de la Región y de otros lugares habían pasado de los planes regionales decenales a estrategias de atención primaria de salud como la mejor manera de garantizar la salud como un derecho universal. Este proceso culminó en 1978 con el llamamiento de Alma-Ata a la “salud para todos en el año 2000”. Para 1980, la mayoría de los países de la Región habían elaborado estrategias nacionales a fin de lograr la “salud para todos en el año 2000”, que sirvieron de base para un conjunto de estrategias regionales aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS. Estas estrategias establecen metas de gran alcance relacionadas directamente con la salud para todos, entre ellas la vacunación de todos los niños menores de 1 año y la provisión de servicios de agua y saneamiento a toda la población para 1990. En 1981, la OPS adoptó un plan de acción a fin de alcanzar estas metas, haciendo hincapié en la reestructuración y ampliación de los servicios de salud para aumentar la equidad, la eficiencia y la eficacia.

Debido a la crisis económica de los años ochenta, menos personas, y no más como se había previsto, tenían acceso a los servicios de salud. En consecuencia, el Consejo Directivo de la OPS de 1988 hizo un llamamiento al establecimiento y fortalecimiento de sistemas locales de salud como base para transformar los sistemas nacionales de salud. La finalidad de este enfoque era fomentar la participación de los ciudadanos en la promoción de la salud y la prestación de los servicios, aumentando de ese modo la rendición de cuentas.

Para 1990, la Conferencia Sanitaria Panamericana había formulado un sinnúmero de orientaciones estratégicas nuevas y continuas para guiar el trabajo de la OPS y sus Estados Miembros. Entre ellas se encontraban la atención al papel de la salud en el desarrollo, la reorganización del sector de la salud, la concentración en grupos de alto riesgo, la promoción de la salud, la comunicación social, la integración de la mujer en la salud y el desarrollo, la gestión de los conocimientos, la movilización de recursos y la cooperación técnica entre países.

En la actualidad, la planificación es un medio clave para garantizar la eficacia de la acción sanitaria de la OPS en las Américas. El nuevo Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2017 está sumamente integrado y estructurado cuidadosamente a fin de que se vincule a sus

mandatos externos, con indicadores operacionalmente bien definidos, puntos de comparación y metas a fin de que los resultados de los esfuerzos de la Organización sean válidos y cuantificables. El plan refleja el compromiso de la OPS, junto con otros organismos de las Naciones Unidas e instituciones internacionales de cooperación, de velar para que su trabajo sea eficiente y eficaz y de que la Organización rinda cuentas en último término a las personas que procura servir.

57. En consonancia con la OMS, la OPS ha adoptado medidas para que sus procesos administrativos y sistemas de información también apoyen la nueva orientación y el compromiso estratégico con sus Estados Miembros. Como parte de este proceso, la OPS está usando el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y sus principios orientadores como brújula para mantener la armonización programática con la OMS, respetando al mismo tiempo la estructura de gobierno separada y la condición jurídica de la OPS. De esta forma, la OPS proporcionará a la OMS los datos programáticos y financieros necesarios a fin de que los integre en sus procesos mundiales de planificación de programas y elaboración de informes, respondiendo al mismo tiempo a los requisitos regionales de la Organización.

58. En el 2007, la Oficina Sanitaria Panamericana realizó importantes avances en los sistemas de gestión de programas y presupuestos. El principal instrumento de gestión de la Organización, AMPES/OMIS, se mejoró con el agregado del nuevo módulo presupuestario en la Web: el Sistema de Gestión Presupuestaria (AMS). De acuerdo con los principios orientadores del Sistema Mundial de Gestión, el nuevo AMS está configurado para 1) permitir que las entidades de gestión formulen planes de trabajo bienales vinculados al Plan Estratégico y el Presupuesto por Programas de la Organización y 2) facilitar la transición de una estructura programática basada en “áreas de trabajo” a una basada en “objetivos estratégicos”. El sistema nuevo permite que las entidades de gestión establezcan “resultados previstos específicos de cada oficina”, con indicadores conexos vinculados directamente a los “resultados previstos a nivel regional” contenidos en el Plan Estratégico. De esta forma, el sistema documenta las contribuciones de todas las entidades de gestión al logro de los objetivos estratégicos de la Organización.

59. En el 2008, la Oficina Sanitaria Panamericana terminará de implantar un nuevo sistema de seguimiento y evaluación del desempeño, con el cual quedará completo el nuevo entorno de planificación, programación y gestión.

Recursos financieros para la cooperación técnica de la OPS en el 2007

60. Durante el 2007, la OPS movilizó recursos financieros significativamente mayores, que le permitieron fortalecer su labor de cooperación técnica. El financiamiento ascendió a US\$ 620,8 millones, cifra que representa los mayores ingresos de la

Organización en cualquier año. Las recaudaciones de cuotas de ese año y de años anteriores totalizaron \$68 millones y \$44,6 millones, respectivamente. La OPS recibió \$67,6 millones de la OMS, de los cuales \$39,2 millones se destinaron a actividades del presupuesto ordinario y \$28,4 millones a proyectos extrapresupuestarios. La Organización también recibió \$284,4 millones para adquirir vacunas y otros suministros en nombre de los Estados Miembros.

61. La OPS movilizó \$153,8 millones en contribuciones voluntarias, incluidos \$72,6 millones de gobiernos para proyectos externos, \$71,3 millones de gobiernos para proyectos nacionales (\$68,9 millones de Brasil), \$5 millones de organizaciones internacionales, \$4,7 millones de organizaciones de los sectores privado y público y \$197.000 de otras fuentes. Los mayores contribuyentes de fondos voluntarios fueron Brasil (\$72,6 millones), Canadá (\$16,3 millones), Noruega (\$1,3 millones), España (\$23,3 millones), Suecia (\$5,7 millones), el Reino Unido (\$1,9 millones) y Estados Unidos (\$17,9 millones).

62. La gestión financiera de la OPS ha respondido con dinamismo a este notable crecimiento de los recursos financieros, así como a la descentralización y a la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados. En 2006-2007, la Organización estableció un nuevo marco de responsabilización financiera, que incluía el examen de las normas y los procedimientos financieros, la capacitación del personal y el requisito de que todos los representantes de la OPS en los países y los gerentes de alto nivel de la Sede certificarán las cuentas financieras anuales de sus oficinas. La nueva política de reconocimiento de gastos y la implantación prevista de las Normas Contables Internacionales del Sector Público (IPSAS), en consonancia con las Naciones Unidas y sus organismos especializados, reforzarán el compromiso de la OPS con la gestión orientada a la consecución de resultados. Estas iniciativas mantendrán a la OPS en la posición de líder de las mejores prácticas financieras de las instituciones tanto del sector público como del sector privado y apoyarán el compromiso permanente de la Organización con sus responsabilidades fiduciarias.

Fondo Maestro de Inversiones de Capital

63. En el 2007, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron la adopción del Plan Maestro de Inversiones de Capital (PMIC). Hasta ese momento, la OPS había abordado los requisitos relativos a bienes, instalaciones y equipo, así como infraestructura de tecnología de la información, sobre una base *ad hoc*. Con el PMIC, la Organización regularizará el proceso de planificación y abordará las necesidades relacionadas con el mantenimiento y la infraestructura de una manera más calculada en un período de diez años. El PMIC se actualizará continuamente en ciclos renovables de 10 años y se incorporará en el proceso de planificación y dotación de fondos para el presupuesto bienal por programas.

64. El financiamiento inicial de \$8 millones del PMIC provino del superávit del presupuesto ordinario por programas de 2006-2007. El financiamiento futuro provendrá del superávit, si lo hubiere, del presupuesto ordinario por programas a fines de cada bienio. Se ha solicitado a la OPS que proporcione asistencia a otros organismos de las Naciones Unidas con el establecimiento de esta práctica presupuestaria y financiera óptima.

- - -