



# 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

---

*Tema 4.1 da Agenda Provisória*

CE154/10  
17 de abril de 2014  
Original: inglês

## **RELATÓRIO FINAL PRELIMINAR DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2008–2013 E AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO DO PROGRAMA E ORÇAMENTO 2012–2013**

---

## ÍNDICE

*Página*

<b>I.</b>	<b>RESUMO EXECUTIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>DESCRIÇÃO GERAL DO PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL (PMA) NA OPAS.....</b>	<b>8</b>
	Avaliação Programática.....	9
	Avaliação Orçamentária e Análise de Recursos.....	9
<b>IV.</b>	<b>RESUMO DE SAÚDE REGIONAL.....</b>	<b>11</b>
	A. Doenças Transmissíveis.....	11
	B. DNT e Fatores de Risco.....	14
	C. Saúde Materna, da Criança, do Adolescente e do Idoso e Nutrição.....	17
	D. Prontidão frente a Situações de Emergência e Desastre.....	19
	E. Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde.....	21
	F. Sistemas e Serviços de Saúde.....	23
	Principais Realizações de Cooperação Técnica da RSPA.....	26
	Desafios para a RSPA.....	33
<b>V.</b>	<b>DESEMPENHO PROGRAMÁTICO.....</b>	<b>35</b>
	Avaliação dos Objetivos Estratégicos (OEs).....	35
	Avaliação dos Resultados Esperados a Nível Regional (RERs).....	36
	Situação dos indicadores de RERs.....	39
<b>VI.</b>	<b>ORÇAMENTO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS.....</b>	<b>41</b>
	Resumo do Orçamento: 2008–2013.....	41
	Captação de Recursos.....	45
	Financiamento por Fonte, 2008–2013.....	47
	Financiamento por Objetivo Estratégico, 2008–2013.....	48
	Financiamento com as Contribuições Voluntárias Nacionais.....	51
	Análise da Alocação de Recursos versus Priorização dos Objetivos Estratégicos.....	52
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>54</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS (em espanhol)</b>	

## I. RESUMO EXECUTIVO

1. A finalidade deste relatório é apresentar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) os resultados da avaliação final sobre a execução do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013. Embora o relatório se centra no período de seis anos do Plano, também expõe os resultados da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento (PB) 2012–2013.
2. O relatório está em conformidade com o compromisso da Organização com a responsabilidade e a transparência condizente com sua estrutura de gestão baseada em resultados (RBM). Baseia-se em dois relatórios de progresso provisórios anteriormente apresentados aos Órgãos Diretivos da OPAS e incorpora as recomendações feitas pelos Estados Membros.
3. O relatório se respalda em informações obtidas no processo de Monitoramento e Avaliação de Desempenho Institucional (PMA) conduzido na Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). Consiste de análises da execução programática e orçamentária por Objetivo Estratégico (OE) e por cada nível da Organização. É fornecida informação sobre os esforços de captação de recursos da RSPA para cobrir o déficit de financiamento para os três Programas e Orçamentos aprovados para a implementação do Plano (2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013). O relatório também traz uma análise da alocação de recursos por prioridades programáticas.
4. Constata-se na avaliação que a Organização manteve um ritmo de execução constante ao longo dos três biênios cobertos pelo Plano. Em 2013, sete dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs) foram plenamente alcançados (sendo 100% das metas alcançadas ou superadas) e nove foram parcialmente alcançados. Destes nove objetivos parcialmente alcançados, em oito foram alcançadas mais de 75% das metas de indicadores; e em somente um objetivo (OE1 – doenças transmissíveis) menos de 75% das metas foram alcançadas. De 90 Resultados Esperados a Nível Regional (RERs), 75 (83%) foram plenamente e 15 parcialmente alcançados. Das 256 metas dos indicadores de RER para 2013, 233 (91%) foram alcançadas ao todo. Não apenas foram alcançadas, mas 127 delas (54%) foram superadas.
5. Nos seis últimos anos, a Região fez avanços consideráveis para alcançar as metas com repercussão na saúde pública metas especificadas no Plano Estratégico. Por exemplo:
  - a) Todos os países da Região, exceto um, reduziram a mortalidade infantil a níveis inferiores a 32,1 mortes por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil decorrente de doenças que podem ser prevenidas com vacina teve uma redução estimada de 53% em 2002–2012.

- b) A Região progrediu significativamente para alcançar as metas de eliminação das doenças infecciosas negligenciadas (DIN). Ao todo, 18 países eliminaram com êxito a hanseníase aos níveis nacional e subnacional. Dezesete países eliminaram a raiva humana transmitida por cães. Outros 17 países interromperam a transmissão vetorial da doença de Chagas ao reduzir a infestação doméstica na área definida a menos de 1%.
  - c) Em particular, a Colômbia foi o primeiro país no mundo a eliminar a oncocercose, como comprovado pela OMS.
  - d) Houve uma redução de 49% na incidência da malária na Região em 2006–2012. A taxa de letalidade para dengue caiu de 0,07%, em 2010, a 0,05%, em 2013.
  - e) A incidência da infecção pelo HIV foi reduzida a 15% em 2012, abaixo dos 16,9% em 2006. Dezenove países na Região reduziram a transmissão materno-fetal (TMF) do HIV a menos de 5%. Além disso, 75% dos pacientes com HIV/aids tinham acesso ao tratamento antirretroviral (ARV) em 2012. E 13 países haviam alcançado a meta de eliminação da sífilis congênita de menos de 0,05 caso por 1.000 nascidos vivos em 2012.
  - f) A incidência da tuberculose (TB) continuou em declínio, caiu a 29 casos por 100.000 em 2012 comparado com 39 casos em 2005, com queda semelhante na mortalidade por TB.
  - g) A análise de tendências de mortalidade prematura (na população na faixa etária de 30 a 69 anos) nos quatro principais grupos de DNT demonstrou que os índices ajustados para idade por 100.000 tiveram queda de 379,9 em 2000 a 318,7 em 2010, alcançando uma redução geral de 16,1%. Ao final de 2013, oito países haviam alcançado uma redução de 10% na prevalência do tabagismo em comparação a somente três países em 2007.
  - h) A mortalidade diária nas populações afetadas por situações graves de emergência ficou abaixo de 1 por 10.000 na fase inicial de resposta de emergência em todas as emergências avaliadas em 2008–2013.
  - i) A Região cumpriu o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 7 de melhorar o acesso à água potável, alcançando uma cobertura geral de 97%.
6. Entre outros avanços importantes estão:
- a) A porcentagem de população coberta por qualquer tipo de esquema de proteção social na Região aumentou de 46%, em 2003, a 60%, em 2013. O gasto do setor público com saúde como uma porcentagem do PIB cresceu de 3,1% em 2006 a 4,1% em 2010, mas teve uma ligeira queda a 3,8% em 2011.
  - b) Dezenove países da Região incorporaram o princípio do direito de gozar do mais alto padrão atingível de saúde nas suas constituições ou na legislação sanitária nacional. Mais de 30 países assinaram tratados internacionais respaldando esses

- mesmos princípios. Além disso, 15 países e territórios têm legislação que visa melhorar o acesso à saúde e atenção de saúde. Três países mudaram a própria legislação de saúde para incorporar o direito à saúde e reconhecer a meta de cobertura universal de saúde.
- c) Trinta e um países e territórios fortaleceram os seus sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde. Doze países implantaram esquemas de seguro e planos nacionais de saúde para aumentar a cobertura de saúde através de garantias explícitas de assistência de saúde, e oito países adotaram políticas explícitas e/ou mecanismos financeiros destinados a reduzir ou eliminar o risco financeiro associado a doença e acidentes.
  - d) O número de países que atingiram a densidade de força de trabalho em saúde recomendada, ou seja, 25 por 10.000 habitantes ou mais, mais que dobrou desde 2006, subindo de 12 a 25 ao final de 2013.
  - e) Seis Estados Partes cumpriram os critérios de capacidade básica de vigilância e resposta do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

7. Apesar do significativo progresso e realizações, persistem vários desafios. Por exemplo, a redução da taxa de mortalidade materna continua sendo lenta. Existe ainda necessidade de ampliar e coordenar ação multissetorial para prevenir DNT e seus fatores de risco e contemplar os determinantes sociais da saúde. A fim de assegurar detecção, resposta e gestão adequadas de emergências de saúde pública de interesse internacional, os países devem fortalecer suas capacidades básicas nacionais de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005). Além disso, sistemas e serviços de saúde devem ser mais bem organizados e administrados para a concretização progressiva da cobertura universal de saúde e para acabar com as desigualdades em saúde, em particular as que afligem os grupos populacionais vulneráveis.

8. Com relação ao financiamento do trabalho da Organização Pan-Americana da Saúde, o segmento do programa de base aprovado do PB 2012–2013 foi de US\$ 613 milhões<sup>1</sup>, sendo 85% financiados (US\$ 522 milhões) no biênio. Dos fundos disponíveis, a taxa de execução foi de 95% (US\$ 498,1 milhões).

9. Em 2012–2013, a Organização também recebeu financiamento para outros segmentos que não os programas de base no valor de US\$ 10,6 milhões para surto, crise e resposta e US\$ 565 milhões provenientes das contribuições voluntárias nacionais. A taxa de execução destes fundos foi de 97% (US\$ 10,2 milhões dos US\$ 10,6 milhões) para surto, crise e resposta e de 68% (US\$ 387 milhões dos US\$ 565 milhões) das contribuições voluntárias nacionais.

---

<sup>1</sup> Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias citadas neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

10. O montante cumulativo de financiamento para os programas de base disponível para o período do Plano Estratégico 2008–2013 foi de US\$ 1,66 bilhão, do qual 93% (US\$ 1,54 bilhão) foram executados.

11. No financiamento para outros segmentos que não os programas de base, durante o período do Plano Estratégico, US\$ 82,7 milhões foram disponibilizados para surto, crise e resposta e US\$ 1,1 bilhão foi recebido em contribuições voluntárias nacionais. A taxa geral de execução destes fundos foi de 97% (US\$ 80 milhões) para surto, crise e resposta e de 63% (US\$ 715 milhões) para as contribuições voluntárias nacionais. A taxa de execução relativamente baixa para as contribuições voluntárias nacionais se deveu a uma entrada de fundos ao final do biênio de 2012–2013, sendo os saldos não utilizados transferidos ao novo biênio 2014–2015.

12. Mais recursos foram disponibilizados aos Objetivos Estratégicos prioritários durante a execução do Plano Estratégico 2008–2013. Em particular, dentre as cinco prioridades máximas, OE4 (saúde materno-infantil) teve um aumento de 75%, sendo o aumento para OE3 (doenças não transmissíveis)<sup>2</sup> e OE1 (doenças transmissíveis) de 22% e 5%, respectivamente.

13. Durante 2008–2013, a RSPA lançou iniciativas para melhorar a eficiência e a efetividade dos programas de cooperação técnica da OPAS, inclusive o desenvolvimento e a execução da RBM e a adoção das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS). Em particular, o Plano Estratégico 2008–2013 foi o primeiro dos planos estratégicos a ser formulado, executado e avaliado de acordo com a estrutura de RBM da Organização.

14. Ainda que avanços significativos tenham sido feitos na execução da RBM neste período, entre as questões principais que ainda precisam de atenção para consolidar plenamente a RBM em todos os níveis da Organização estão: fortalecimento de mecanismos de responsabilidade e avaliação independente e melhoria na documentação sistemática e aplicação das lições aprendidas. Além disso, devem ser estabelecidos mecanismos para consolidar o monitoramento e a avaliação do progresso realizados em conjunto pela RSPA e os Estados Membros visando atingir as metas ao nível de resultados e impacto. Há também necessidade de promover e implementar enfoques interprogramáticos, em particular para enfrentar os novos desafios e explorar novas modalidades de ampliar o alcance da cooperação técnica da OPAS.

---

<sup>2</sup> Os termos *doenças não transmissíveis* (DNT), *doenças crônicas não transmissíveis* (DCNT) e *doenças crônicas* são usados como sinônimos em todo este documento e, em geral, na Organização como um todo.

## II. INTRODUÇÃO

15. A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) tem o prazer de apresentar o terceiro e último relatório sobre a execução do Plano Estratégico 2008–2013 (também referido aqui como Plano) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

16. Como estipulado no Plano Estratégico 2008–2013, a RSPA deve apresentar relatórios de progresso sobre a execução do Plano aos Órgãos Diretivos da Organização a cada dois anos. Este relatório abrange o período completo de seis anos do Plano e também o último Programa e Orçamento (PB) 2012–2013, aprovado para a execução do Plano.

17. O relatório se respalda em informações obtidas no processo de Monitoramento e Avaliação de Desempenho Institucional (PMA) conduzido na RSPA a intervalos regulares durante a execução do Plano Estratégico. Consta de uma análise do desempenho da Organização, incluindo a execução programática e orçamentária. Ele também apresenta informações sobre a captação de recursos pela RSPA para cobrir os déficits de financiamento nos PBs de 2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013, assim como a alocação dos recursos por nível de organização e por Objetivo Estratégico.

18. O relatório incorpora as recomendações feitas pelos Estados Membros nos dois relatórios de progresso anteriores apresentados ao 50º Conselho Diretor da OPAS em 2010 e à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana. A orientação do Oitavo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPPA) dada em março de 2014, foi incorporada ao relatório. O relatório final, a ser apresentado ao 53º Conselho Diretor em setembro de 2014, incluirá outras recomendações da 154ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2014.

19. As seções I, II, e III deste relatório contêm o resumo executivo, a introdução e o resumo do processo de PMA. A Seção IV contém um resumo dos principais desafios e realizações de saúde pública na Região durante a execução do Plano Estratégico 2008–2013. A Seção V apresenta uma análise institucional do desempenho programático, e a Seção VI apresenta a análise do desempenho orçamentário e captação de recursos. A Seção VII traz um resumo das conclusões e recomendações, e a Seção VIII contém seis anexos: Anexo A, relatórios sobre cada um dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs), com seus respectivos Resultados Esperados a Nível Regional respectivos (RERs) e indicadores de RER; Anexo B, indicadores de RERs não alcançados e os principais motivos para não terem sido alcançados; Anexo C, resumo do Programa e Orçamento 2012–2013; Anexo D, lista de países e territórios; e Anexo E, Abreviaturas.

### **III. DESCRIÇÃO GERAL DO PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL (PMA) NA OPAS**

20. De acordo com o processo de Monitoramento e Avaliação de Desempenho Institucional (PMA) de Organização, a avaliação final do Plano Estratégico 2008–2013 foi realizada ao final da execução do Programa e Orçamento (PB) 2012–2013, que foi o último PB aprovado para completar a implementação do Plano. Os resultados da avaliação do PB 2012–2013 foram incorporados na avaliação final do Plano, que é cumulativa, abrangendo o período de planejamento de seis anos 2008–2013 e também os três PBs aprovados no mesmo período (2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013).

21. O processo de Monitoramento e Avaliação de Desempenho Institucional da Organização envolve todos os gerentes de entidade da RSPA (incluindo representantes da OPAS/OMS nos países) e suas equipes, assim como a Gestão Executiva (EXM).

22. Durante este exercício, a RSPA examinou: *(i)* o desempenho de cada uma das 70 entidades da RSPA e *(ii)* o progresso na realização dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs) com seus respectivos Resultados Esperados em Nível Regional (RERs) e indicadores de RERs do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013. Este exercício proporcionou o principal aporte para a preparação do relatório aos Órgãos Diretivos da OPAS.

23. A avaliação inclui tanto métodos quantitativos como qualitativos, que são descritos a seguir.

24. Primeiro, avaliou-se o cumprimento das metas dos indicadores de RERs estabelecidas para o final de 2013 com base nas informações dadas pelos gerentes de entidade. Esta parte da metodologia é quantitativa – a meta foi alcançada ou não foi alcançada – e os gerentes de entidade devem avaliar o cumprimento dos resultados sob sua responsabilidade e prestar contas e também respondem pelas informações fornecidas. Para os indicadores do tipo “número de países”, os relatórios dos gerentes de entidade nos países são agregados a fim de que se possa determinar se a meta de indicadores de RERs foi alcançada. Subsequentemente, é realizada uma análise qualitativa dos RERs. Estas informações fornecem a base para uma análise qualitativa final dos OEs. Em ambos os casos, considera-se o número de metas dos indicadores de RERs alcançadas.

25. Taxas de 75% ou mais para a execução programática e 90% para a execução orçamentária são consideradas um desempenho aceitável no final do período de planejamento, como estabelecido no Plano Estratégico 2008–2013.



26. Uma descrição breve da metodologia usada em cada componente do processo de PMA é apresentada a seguir.

### **Avaliação Programática**

27. *Análise por meta de indicador de RER*: a avaliação dos indicadores de RERs é realizada pelo facilitador de indicadores de RERs. O alcance do indicador de RER é medido de acordo com a obtenção das respectivas metas estipuladas para o final do período de avaliação. Assim, define-se se cada indicador foi alcançado ou não foi alcançado.

28. *Análise por RER*: a avaliação dos RERs é realizada pelos facilitadores de RERs de acordo com o grau de cumprimento das metas dos indicadores de RERs (avaliação quantitativa). Aplicam-se os seguintes critérios:

- Plenamente alcançado: todas as metas dos indicadores foram alcançadas ou superadas.
- Parcialmente alcançado: uma ou mais metas dos indicadores não foram alcançadas.
- Não alcançado: nenhuma meta dos indicadores foi alcançada.

29. *Análise do OE*: a avaliação dos Objetivos Estratégicos é realizada pelos facilitadores de Estratégicos Objetivos levando-se em consideração o alcance de RERs. A situação de cada Objetivo Estratégico é determinada de acordo com os seguintes critérios:

- Plenamente alcançado: todos os RERs foram plenamente alcançados ou superados.
- Parcialmente alcançado: um ou mais RERs não foram alcançados.
- Não alcançado: nenhum RER foi alcançado.

30. Os facilitadores de Estratégicos Objetivos também precisam realizar uma avaliação qualitativa, que implica documentar o progresso, desafios, recomendações e lições aprendidas em relação a cada Objetivo Estratégico durante a execução do Plano Estratégico 2008–2013.

### **Avaliação Orçamentária e Análise de Recursos**

31. A avaliação orçamentária e a análise de recursos se baseia nos fundos disponíveis para implementar o programa, o nível de execução de tais fundos, o déficit de financiamento e os esforços para captação de recursos para sanar os déficits. A análise compreende uma avaliação cumulativa dos três Programas e Orçamentos (2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013) aprovados para a execução do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013.

32. *Execução orçamentária:* este fator é avaliado para a Organização como um todo por nível funcional (país, sub-regional e entidades regionais) e por Objetivo Estratégico. A execução por fonte de financiamento (orçamento ordinário e outras fontes de fundos) é também analisada. A taxa de execução orçamentária é calculada dividindo-se os fundos desembolsados pelo montante disponível para implementação do programa.

33. *Análise de recursos:* o documento do Programa e Orçamento estabelece o nível estimado de recursos (custo planejado) requeridos pela RSPA como um todo para implementar o programa de trabalho aprovado pelos Órgãos Diretivos para um determinado biênio. O Programa e Orçamento também estabelece o montante estimado de fundos necessários para cada Objetivo Estratégico. Durante o biênio, são captados recursos para suprir o déficit de financiamento da Organização com relação ao Programa e Orçamento aprovado. Ocorre redução progressiva do déficit de financiamento institucional durante o biênio à medida que recursos são captados e alocados aos correspondentes níveis funcionais e Objetivos Estratégicos. A tendência na alocação dos recursos por Estratégico Objetivo e nível de prioridade programática é analisada para determinar se a Organização conseguiu seguir a orientação dos Órgãos Diretivos e fazer as devidas alocações aos Objetivos Estratégicos prioritários, como definido no Plano Estratégico 2008–2013. Esta análise é feita comparando-se o montante total de fundos disponíveis para um Objetivo Estratégico em um biênio com o do biênio seguinte.

## IV. RESUMO DE SAÚDE REGIONAL

34. Esta seção resume o progresso feito quanto às prioridades de saúde pública da Região durante a execução do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013. Destacam-se alguns dos avanços mais significativos ao nível de impacto e resultados, assim como os principais desafios enfrentados durante a implementação do Plano. Um resumo dos desafios e realizações da RSPA também é apresentado nesta seção. É fornecida uma descrição detalhada de cada um dos Objetivos Estratégicos (OEs) nos respectivos relatórios (Anexo A).

35. Esta descrição geral está organizada por subseções correspondentes aos OEs programáticos do Plano Estratégico 2008–2013, como segue:

- A. Doenças transmissíveis (OEs 1 e 2)
- B. DNT e fatores de risco (OEs 3 e 6)
- C. Saúde materna, da criança, do adolescente e do idoso e nutrição (OEs 4 e 9)
- D. Prontidão frente a situações de emergência e desastre (OE5)
- E. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (OEs 7 e 8)
- F. Sistemas e serviços de saúde (OEs 10 a 14).

### A. Doenças Transmissíveis

36. No período de 2008–2013, a Região progrediu ao reduzir a carga econômica, social e de saúde das doenças transmissíveis, incluindo doenças que podem ser prevenidas com vacina, doenças transmitidas por vetores, doenças tropicais negligenciadas, HIV/aids e TB. As principais realizações e desafios são destacados a seguir. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada nos relatórios dos OE1 e OE2 no Anexo A.

#### *Realizações*

- a) Como resultado do aumento na cobertura de vacinação na Região contra as doenças mais comumente associadas a mortes em crianças, como doenças causadas por rotavírus, pneumococo, meningococo e *Haemophilus influenzae tipo b*, a mortalidade infantil por doenças que podem ser prevenidas com vacina teve queda de 47 por 100.000 crianças menores de 5 anos, em 2002, a 35,2 em 2012. Entre 2002 e 2012, houve uma redução de 53% das mortes em crianças por doenças que podem ser prevenidas com vacina mais comumente associadas à mortalidade infantil. Trinta e oito países e territórios na Região mantiveram com êxito a situação de erradicação certificada da poliomielite e obtiveram e

- mantiveram a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC). O tétano neonatal foi eliminado em toda a Região, exceto no Haiti.
- b) A taxa de letalidade para dengue teve queda de 0,07%, em 2010, a 0,05%, em 2013. Ao todo, 2.376.869 casos de dengue foram notificados pelos países em 2013, com uma incidência de 435,5 casos por 100.000 habitantes, e 1,6% dos casos notificados foram de formas graves de dengue.
  - c) A Região obteve uma redução de 49% na incidência da malária em 2006–2012. Nos últimos dois anos houve uma redução média anual de 16%. Os 19 países sem áreas endêmicas de malária mantiveram-se nesta situação. Além disso, seis países estão na fase de pré-eliminação e 14 países não têm transmissão local da malária.
  - d) A Região fez progressos significativos para alcançar as metas de eliminação de doenças infecciosas negligenciadas (DIN). Um total de 18 países eliminaram com êxito a hanseníase como um problema de saúde pública ao nível nacional e subnacional. Dezesete países eliminaram a raiva humana transmitida por cães. Dezesete países interromperam a transmissão vetorial da doença de Chagas com a redução da infestação doméstica na área definida a menos de 1%. A Colômbia foi o primeiro país no mundo para receber a comprovação da OMS da eliminação da oncocercose. O Equador apresentou uma solicitação de comprovação da eliminação em 2013. Se for comprovada a eliminação, ele será o segundo país na Região a estar nesta condição.
  - e) Estima-se que a incidência de infecção pelo HIV na Região passou de uma estimativa de 16,9 infecções por 100.000 habitantes em 2006 para 15,0 em 2012. Em 2012, 75% dos pacientes com HIV/aids tinham acesso ao tratamento antirretroviral (ARV) comparados com 72% em 2006. Os dados disponíveis indicam que a Região está no rumo de alcançar a meta de 80% de acesso universal a ARV.
  - f) No final de 2013, 19 países na Região haviam alcançado um índice de transmissão materno-fetal do HIV inferior a 5% (TMF) e 13 países haviam alcançado a meta de eliminação da sífilis congênita de menos de 0,05 caso por 1.000 nascidos vivos em 2012. A conquista em relação à sífilis congênita representa um progresso significativo desde 2006, quando somente dois países haviam alcançado esta meta de eliminação.
  - g) A incidência de TB continuou em declínio, de 39 casos por 100.000 em 2005 a 29 casos em 2012. A prevalência e a mortalidade também diminuíram em 1990–2012: queda de 62% na prevalência e de 61% na mortalidade.
  - h) Seis países declararam em junho de 2012 que obtiveram e mantiveram as capacidades básicas mínimas em vigilância, resposta e pontos de entrada estabelecida no RSI. Em 2010–2013, houve aumento das capacidades básicas nacionais do RSI, com melhora de 15% ou mais nas seguintes capacidades:

prontidão, legislação e política, resposta, laboratório, eventos zoonóticos e vigilância.

***Desafios***

- a) Persistem diferenças significativas na cobertura de imunização dentro dos países. Embora muitos países tenham feito progresso considerável em alcançar e manter a cobertura de imunização nacional, ainda existem bolsões de indivíduos não vacinados ou inadequadamente vacinados.
- b) A circulação dos vírus do sarampo e da rubéola em outras regiões do mundo representa um alto risco de reintrodução de vírus nas Américas. Entre os desafios que persistem estão o fortalecimento dos sistemas de vigilância nos países para assegurar a notificação oportuna de casos suspeitos de sarampo e de rubéola e para atingir cobertura de vacinação uniforme e sustentada do sarampo e da rubéola ao nível municipal.
- c) Apesar da crescente importância da resistência aos antimicrobianos no cenário de saúde pública, o apoio nas Américas vem diminuindo continuamente. Esta situação põe em risco os avanços obtidos até agora na Região e dificulta os esforços de contenção, capacitação, laboratório e vigilância da resistência aos antimicrobianos.
- d) Os desafios persistentes para a ampliação do tratamento do HIV e programas de atenção são sistemas de saúde frágeis, enfoques verticais, dependência de fundos externos em alguns países e barreiras à prestação de serviços para populações-chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH) e transgêneros.
- e) Não é possível alcançar as taxas pretendidas de detecção e de sucesso no tratamento da tuberculose devido à necessidade de justificar a integração de programas na atenção primária à saúde, uso de estimativas controversas de morbidade produzidas mundialmente, demora na introdução de novas ferramentas de diagnóstico e de tratamento, dificuldade no seguimento de pacientes e a não inclusão de outros interessados diretos/setores ao nível nacional.
- f) Para o controle contínuo e a eliminação das DIN na Região, os ministérios da Saúde devem se empenhar em assegurar que um compromisso político elevado seja sustentado. Ações integradas são necessárias para contemplar os determinantes sociais da saúde relacionados a essas doenças, em particular, água potável, saneamento básico, e educação em higiene.
- g) Entre os desafios persistentes no combate à dengue estão a necessidade de desenvolver e implantar um sistema integrado de vigilância da dengue e de fortalecer a capacidade dos profissionais da saúde ao nível da atenção primária de detectar surtos e subsequentemente prevenir as formas graves de dengue e morte.

O combate da dengue deve incluir a conscientização e o engajamento sustentado dos chefes de família, comunidades e outros setores bem como ação intersetorial.

- h) O tratamento e a resposta oportunos nos casos de malária são dificultados em alguns países pelos desafios de se estabelecer e manter sistemas de vigilância confiáveis em áreas remotas e de difícil acesso. A fragilidade dos sistemas de vigilância também pode comprometer as capacidades nacionais de monitorar a resistência aos antimaláricos. Existe ainda dificuldade em racionalizar o tratamento da malária e integrar intervenções como parte de um quadro de ações para uma resposta mais ampla do sistema de saúde.
- i) A resposta à pandemia de influenza H1N1 de 2009 pôr em relevo vários desafios aos países como a necessidade de: (i) dados clínicos, epidemiológicos e virológicos vinculados em tempo real sobre os casos graves; (ii) sistemas de alerta precoce e capacidade de alerta e de resposta adequados; (iii) laboratórios qualificados e (iv) sistemas de saúde com capacidade de garantir a segurança dos pacientes e atenção de qualidade.
- j) Os principais desafios enfrentados pelos Estados Partes para adquirir as capacidades básicas estabelecidas no RSI são enfrentar adequadamente as situações de emergência química, emergência nuclear e questões de pontos de entrada. Entre outros desafios estão: (i) institucionalização das capacidades básicas do RSI para que elas sejam pertinentes a cada país em particular e ao mesmo tempo se evite uma situação de "um modelo que sirva a todos"; (ii) fortalecimento dos esforços de monitoramento e avaliação relacionados à implementação do RSI a fim de assegurar responsabilidade mútua e (iii) uso do RSI como uma ferramenta efetiva para o fomento de mecanismos de coordenação intersetorial.

## **B. DNT e Fatores de Risco**

37. Em 2008–2013, foram fortalecidos na Região os esforços para combater a morbidade crescente causada pelas DNT e seus fatores relacionados. As principais realizações e desafios são destacados a seguir. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada nos relatórios dos OE3 e OE6 no Anexo A.

### ***Realizações***

- a) A análise de tendências de mortalidade prematura (na população na faixa etária de 30 a 69 anos) nos quatro principais grupos de DNT demonstrou que os índices ajustados para idade por 100.000 tiveram queda de 379,9 em 2000 a 318,7 em 2010, alcançando uma redução geral de 16,1%. Ocorreu uma mudança percentual média anual de -1,7%, que é estatisticamente significativa.

- b) A taxa média de mortalidade na Região por acidentes de trânsito caiu para 16,1 por 100.000 habitantes em 2010 comparada com a média estimada de 16,7 em 2000–2004.
- c) O compromisso político de combater as DNT como parte da agenda de desenvolvimento foi firmado em todo o mundo e na Região. Também se estabeleceu uma estrutura operacional para uma redução de 25% da mortalidade prematura. Os esforços liderados pela Região culminaram em um compromisso político firmado na Reunião de Nível Alto das Nações Unidas sobre DNT em 2011 e foi incorporado na Estrutura de Monitoração Global das DNT e Plano de Ação Global da OMS e Plano de Ação Regional da OPAS para DNT.
- d) Vários países revisaram os seus planos, programas e regulamentações nacionais para DNT (em particular, doenças cardiovasculares, principais tipos de câncer e diabetes), saúde mental, deficiências, segurança viária, prevenção da violência e acidentes, atenção oftalmológica, e saúde bucal, de acordo com as diretrizes e quadros de ação atualizados da OPAS/OMS.
- e) Os sistemas de vigilância de DNT foram fortalecidos, como ilustrado pelo seguinte:
  - i. todos os países notificaram dados sobre mortalidade específica por DNT;
  - ii. 28 países notificaram dados sobre deficiências;
  - iii. 21 países estão participando do Relatório Global sobre Prevenção da Violência;
  - iv. 21 países informaram terem sistemas de informação em saúde mental;
  - v. 19 países contribuíram para o relatório global sobre recursos para prevenção e tratamento dos transtornos de uso de substâncias;
  - vi. realizou-se a primeira comparação regional de dados representativos nacionais sobre violência contra a mulher;
  - vii. 11 países têm registros nacionais de câncer, acidente cerebrovascular ou diabetes e
  - viii. a maioria dos países na Região faz parte do Observatório Regional de Segurança Viária.
- f) Observam-se avanços significativos na vigilância dos fatores de risco: (i) 25 países adotaram o enfoque *PanAmerican STEPS* ou aderiram a este sistema de vigilância; (ii) 27 países participam da Pesquisa Global de Saúde Escolar e (iii) 30 atualizaram pelo menos um dos componentes do Sistema Global de Vigilância do Tabaco (30 atualizaram a Pesquisa Mundial de Tabagismo em Jovens, cinco realizaram a Pesquisa Mundial de Tabagismo em Adultos e 19 a Pesquisa Mundial de Estudantes de Profissões da Saúde). A vigilância dos fatores de risco é fundamental para defender convincentemente a ideia de políticas com base científica e de melhor relação qualidade/preço que contribuem para frear a epidemia de DNT na Região.

- g) Em 2013, oito países tinham obtido uma redução de 10% na prevalência do tabagismo comparado com somente três países em 2007. Além disso, progresso foi feito na implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT):
- i. 29 Estados Membros são Partes da CQCT;
  - ii. 17 países têm política de proibição total do fumo em locais públicos fechados, locais de trabalho fechados e transporte público;
  - iii. 13 países têm proibição total ou bastante ampla da publicidade, promoção e patrocínio de produtos do tabaco;
  - iv. 19 países cumprem com os requisitos mínimos do Artigo 11 da CQCT, que rege as regulamentações sobre embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco;
  - v. seis países modificaram a própria estrutura tributária do tabaco para reduzir a acessibilidade e
  - vi. dois países aprovaram o uso da receita do tabaco para financiar a saúde pública.
- h) Avanços significativos foram feitos na implementação de políticas ou normas nacionais para promover a alimentação saudável e a atividade física. A Região está liderando os esforços relacionados com o combate da epidemia de obesidade, principalmente em crianças.
- i) O Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNT (PAFNCD) foi criado com a intenção de forjar parcerias, formar redes e captar recursos para apoiar a cooperação técnica da OPAS. A Iniciativa Câncer em Mulheres e a Iniciativa de Redução do Sal são dois exemplos bem-sucedidos de parcerias público-privadas do PAFNCD.

### *Desafios*

- a) Vontade política nem sempre se traduz em ações concretas para lidar com o ônus crescente das DNT e seus fatores de risco.
- b) Embora os sistemas de vigilância de DNT e fatores risco na Região tenham progredido, eles continuam sendo insustentáveis e desiguais, e às vezes são duplicados.
- c) São necessários enfoques estruturados e coordenados para obter a participação dos setores fora do setor da saúde na resposta às DNT e seus fatores de risco.
- d) É preciso assegurar serviços integrados de qualidade para as DNT como parte do enfoque de cobertura universal de saúde.
- e) Certas questões de saúde pública, como a prevenção da violência, ainda não são reconhecidas como grandes prioridades de saúde pública, apesar da sua magnitude e importância como principal causa de mortalidade na Região.



- f) A mudança do paradigma da saúde de atenção aguda a atenção crônica requererá captar mais investimentos para formar prestadores de serviços, estabelecer diretrizes com base científica e dar incentivos para a atenção contínua em vez da atenção episódica.
- g) A interferência da indústria do tabaco, bebidas alcoólicas, açúcar e alimentos ultraprocessados enfraquece pouco a pouco o progresso obtido pelos países em sentido da redução dos fatores de risco das DNT. Os litígios e as disputas judiciais, em razão de investimentos e interesses comerciais, que estão ocorrendo com relação ao controle do tabaco, se tiverem êxito, podem ameaçar ou mesmo reverter parte das conquistas de saúde pública e impedir o progresso de combater outros fatores de risco. Acordos comerciais bilaterais e regionais causam grande preocupação quando não protegem claramente a saúde pública.
- h) O trabalho multissetorial é um desafio ao nível dos países. Os esforços para lidar com os fatores de risco não são responsabilidade exclusiva dos ministérios da Saúde. Esforços para promover o enfoque Saúde em Todas as Políticas devem prosseguir na OPAS e ao nível dos países.
- i) O crescimento contínuo do consumo de álcool na Região, aliado ao progresso lento na implementação de políticas de custo-efetividade para reduzir o uso prejudicial do álcool, continua sendo um desafio. Esta situação é agravada por investimentos feitos pela indústria do álcool para aumentar a sua participação no mercado em alguns dos países da América Latina e Caribe.
- j) Há necessidade de maior integração da promoção da saúde e prevenção nos sistemas de atenção de saúde, em particular na atenção primária à saúde, para lidar com as DNT e os fatores de risco.

### **C. Saúde Materna, da Criança, do Adolescente e do Idoso e Nutrição**

38. Os países e os territórios continuaram a fazer progresso em reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde em todo o ciclo de vida, inclusive a saúde sexual e reprodutiva e a saúde da criança, do adolescente e do idoso. Avanços importantes foram também alcançados em implementar políticas e programas de nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar. As principais realizações e desafios são destacados a seguir. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada nos relatórios dos OE4 e OE9 no Anexo A.

#### ***Realizações***

- a) Todos os países na Região, com a exceção do Haiti, registraram taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos em um nível abaixo de 32,1 por 1.000 nascidos vivos. Segundo os Indicadores Básicos da OPAS de 2013, a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos por 1.000 nascidos vivos foi de 19,7

- na América Latina e no Caribe. Com base no progresso feito, estima-se que a Região alcançará o ODM 4 em 2014.
- b) Segundo os Indicadores Básicos da OPAS de 2013, 92,5% dos partos foram assistidos por pessoal capacitado na América Latina e no Caribe.
  - c) Melhoras notáveis foram observadas na saúde de crianças menores de 5 anos na América Latina e Caribe, com redução da proporção de baixo peso, de 7,5% em 2002 a 1,4% em 2010, e proporção de crianças com déficit de estatura para idade, de 11,8% em 2005 a 7,4% em 2010. A proporção de crianças com sobrepeso e obesidade se estabilizou em 3,8%, enquanto que a proporção de crianças com anemia caiu de 29,3% em 2005 a 24,9% em 2011.
  - d) Em 2013, 19 países e territórios tiveram taxas de prevalência de uso de contraceptivos acima de 60%, comparados com 13 países em 2006. Além disso, 20 países registraram uma taxa de fecundidade na adolescência abaixo de 75,6 por 1.000 adolescentes com idade de 15–19 anos, comparados com oito países em 2006.
  - e) Trinta países implementaram as Curvas de Crescimento Infantil da OMS e mais de 20 países estão implementando estratégias e programas para promover a amamentação, prevenir carências de micronutrientes e promover a alimentação e estilos de vida saudáveis.
  - f) Vinte e cinco países dispõem de sistemas de informação e sistemas de vigilância para monitorar dados sobre saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, neonatal e do adolescente, com informação desagregada.
  - g) Dezesesseis países possuem uma política de acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e 20 países adotaram estratégias abrangentes de saúde reprodutiva.
  - h) Dezoito países têm em funcionamento programas de desenvolvimento e saúde do adolescente e do jovem e 22 estão implementando um pacote integral de normas e padrões para prestar serviços de saúde adequados a esta faixa etária. Ao mesmo tempo, 18 países estão implementando programas multissetoriais nas comunidades para dar atenção ao envelhecimento saudável.
  - i) Obteve-se uma redução de 18% das doenças diarreicas transmitidas por alimentos, com uma diminuição no número de casos de 4.467 em 2006 a 3.663 em 2013.
  - j) Pela primeira vez desde a introdução da febre aftosa nas Américas em 1870, passaram-se 33 meses sem nenhum caso registrado.

### *Desafios*

- a) É cada vez mais importante adotar e implementar o enfoque de ciclo de vida no sistema de saúde e além dele mediante coordenação intersetorial com os setores

da educação, trabalho e meio ambiente (para contemplar os determinantes sociais da saúde).

- b) Mais atenção precisa ser dada às necessidades específicas de saúde do adolescente e assegurar que cheguem a eles intervenções preventivas.
- c) Existe pressão crescente quanto à demanda de atenção devido ao envelhecimento populacional.
- d) A controvérsia em torno do aborto medicamentoso impede um progresso mais rápido para serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva.
- e) Ainda que a desnutrição aguda não é um grande problema na Região, observam-se surtos de desnutrição aguda periodicamente em grupos populacionais específicos.
- f) O sobrepeso e a obesidade vêm aumentando na Região, com prevalências mais elevadas no México e nos Estados Unidos.
- g) Mais esforços são necessários para se chegar ao estado livre da febre aftosa sem vacinação e para introduzir ferramentas de emergência e de vigilância para proteger as conquistas regionais nesta área.

#### **D. Prontidão Frente a Situações de Emergência e Desastre**

39. Nos seis últimos anos, os países na Região, com o apoio da RSPA, puderam melhorar a prontidão e resposta frente a situações de desastre no setor da saúde. As principais realizações e desafios são destacadas a seguir. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada no relatório do OE5 no Anexo A.

##### ***Realizações***

- a) A mortalidade diária nas populações afetadas por situações graves de emergência esteve abaixo de 1 por 10.000 na fase inicial da resposta de emergência em todas as emergências avaliadas em 2008–2013. No Haiti, a taxa de mortalidade devido ao colapso da infraestrutura física ficou acima deste índice, porém, a taxa de mortalidade diária ficou abaixo de 1 por 10.000 habitantes na fase inicial da resposta de emergência.
- b) No período 2008–2013, todas as respostas às emergências foram iniciadas em 24 horas após as solicitações recebidas, inclusive nos grandes desastres que repercutiram na Região: os terremotos de 2010 no Haiti e no Chile; a pandemia de influenza de H1N1 de 2009; os surtos de cólera no Haiti e na República Dominicana; o furacão Sandy na Jamaica, Haiti, Bahamas e Cuba em 2012; os terremotos na Guatemala e na Costa Rica em 2012, as enchentes na Bolívia, na Colômbia e na América Central (Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e El Salvador) em 2010–2011; e as erupções vulcânicas na América do Sul.

- c) Todas as redes de saúde tinham entrado em funcionamento no prazo de um mês após os desastres que ocorreram durante a implementação do Plano Estratégico. Além disso, foi realizado progresso considerável em relação à recuperação e reconstrução.
- d) A Iniciativa Hospitais Inteligentes, um enfoque inovador que integra prontidão para mudança climática e riscos de situações de desastre no setor da saúde, foi introduzida e se tornou uma força catalisadora ao engajar o interesse e a participação de parceiros e autoridades nacionais.
- e) O Índice de Segurança Hospitalar (ISH) foi desenvolvido e aplicado em mais de 2.900 hospitais e outros serviços de saúde em 33 países e territórios, com a implantação de medidas corretivas em serviços de saúde prioritários pela maioria. Este índice proporciona às autoridades nacionais uma visão geral do nível de segurança nos seus serviços de saúde, permitindo-lhes priorizar intervenções e atualizar os planos de resposta a situações de desastre na saúde conforme necessário. É também usado por mais de 20 países em outras regiões da OMS.
- f) O fortalecimento do sistema de Alerta e Resposta no Haiti não ficou restrito a epidemias e passou a englobar todos os riscos, como enchentes, incidentes com vítimas em massa e surtos de doenças. Este empenho incluiu o desenvolvimento de um sistema de alerta precoce e resposta rápida para o controle da qualidade da água nos serviços de saúde e abrigos de emergência.

### ***Desafios***

- a) Continuam existindo dificuldades para captar fundos para prontidão e redução de riscos, e esta situação se agravou com a crise financeira. Muitos doadores humanitários, que tradicionalmente financiavam programas de prontidão e mitigação, estão cada vez mais voltados a providência e resposta. Esta mudança teve um efeito negativo no quadro de profissionais e repercutiu no ritmo do progresso em cooperação técnica.
- b) O setor da saúde na América Latina e no Caribe ainda está mal preparado para enfrentar desastres em grande escala químicos e nucleares ou outros desastres tecnológicos. Os desastres tecnológicos representam um grande risco em potencial aos países que atingiram certo grau de desenvolvimento industrial mas que têm feito pouco em termos de regulamentação e/ou prevenção.
- c) Apesar do progresso na Iniciativa Hospitais Seguros, garantindo que todas as novas instalações de saúde sejam seguras em situações de desastre e melhorando a segurança das instalações existentes, este continua sendo um grande desafio. Embora existam vários fatores que contribuam para esta situação, vale destacar as limitações financeiras e falta de vontade política.

- d) Apesar dos esforços de dar treinamento para gestão de desastres aos recursos humanos da Região nos últimos anos, persiste uma escassez de recursos humanos e institucionais para responder a esses eventos, em particular a ameaças emergentes como potenciais desastres químicos ou nucleares, em um nível que se ajuste às expectativas nacionais e internacionais. A sustentabilidade das intervenções considerando o desgaste dos ministérios da Saúde representa um outro desafio.
- e) É um desafio manter uma equipe de especialistas para a Equipe Regional de Resposta a Desastres com competência e conhecimentos atualizados diante da alta rotatividade e/ou indisponibilidade dos seus membros de apresentar-se de imediato. Esta equipe, criada a pedido dos Órgãos Diretivos da OPAS, facilita a coordenação internacional de saúde e fornece ajuda de saúde pública para os países afetados.

#### **E. Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde**

40. Durante a execução do Plano Estratégico 2008–2013, os países na Região fizeram dos avanços importantes ao abordar os principais determinantes socioeconômicos da saúde mediante a formulação e a implementação de políticas e planos centrados na equidade em saúde e no uso de enfoques de gênero e baseados nos direitos humanos. Neste período, a OPAS/OMS, em estreita colaboração com outras agências das Nações Unidas como PNUMA, CEPAL, OIT e PNUD, deu apoio a ações e esforços conjuntos nos níveis nacional e regional usando um enfoque intersectorial para promover um ambiente mais saudável e contemplar as causas básicas das ameaças ambientais à saúde. As principais realizações e desafios são destacados a seguir. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada nos relatórios dos OE7 e OE8 no Anexo A.

#### ***Realizações***

- a) Seis países na Região incorporaram indicadores nacionais de saúde desagregados por sexo e condição socioeconômica, inclusive o coeficiente Gini, curvas de Lorenz, curvas de concentração e medidas de equidade-lacunas.
- b) Vinte países na Região desenvolveram iniciativas que salientam a necessidade de fortalecer a coordenação local em estratégias de saúde conjuntas para assegurar que as medidas de saúde pública estejam alcançadas em toda a população.
- c) A desigualdade em saúde e os determinantes sociais da saúde foram incluídos no documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. Isso foi resultado de uma colaboração de diversos interessados diretos, inclusive os Estados Membros e a RSPA. Além disso, em colaboração com 54 Centros Colaboradores da OPAS/OMS, as recomendações desta conferência foram usadas em preparação à Conferência Rio+20 sobre Desenvolvimento Sustentável.

- d) O Plano de Ação Regional de Igualdade de Gênero (2009–2014) foi aprovado e 33 países estão implementando planos para estender a questão do gênero ao setor da saúde. Acordos técnico-políticos importantes também foram consolidados com o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) e a Comunidade Andina das Nações (CAN) para a igualdade de gênero em saúde.
- e) Dezesesseis países estão implementando políticas, planos ou programas para melhorar a saúde de grupos étnicos ou raciais específicos.
- f) A Região alcançou o ODM 7 de acesso a serviços de melhor qualidade de água potável. Houve um aumento no acesso a fontes de água de melhor qualidade, de 95% em 2002 a 97% em 2011 nas áreas urbanas, e de 69% a 82% nas áreas rurais, com uma cobertura geral de 97%.
- g) Houve aumento do acesso a sistemas melhores de saneamento, de 84% em 2002 a 94% em 2011 nas áreas urbanas, e de 44% a 62% nas áreas rurais, com uma cobertura geral de 88% na Região.
- h) Vinte e cinco países estão pondo em prática Planos de Segurança da Água e as Diretrizes da OMS para Água Potável.
- i) O número de países que implementaram planos nacionais de saúde do trabalhador dobrou, de 10 em 2007 a 20 em 2013. Além disso, um Grupo Interinstitucional sobre Trabalho Infantil (GITI) foi instituído em colaboração com o Escritório Internacional do Trabalho, e outros nove organismos trabalham nas Américas para eliminar o trabalho doméstico infantil na Região.
- j) Vinte países têm um regime jurídico para pesticidas, com diferenças em termos da proteção de saúde pública. Dez países têm programas nacionais de qualidade do ar, mas a maioria dos Estados Membros não segue as Diretrizes de Qualidade do Ar da OMS (AQG) sobre exposição média anual à fração inalável de partículas atmosféricas, e o México está revisando sua legislação vigente sobre o tema. Quinze países incorporaram o direito à água à própria legislação nacional.

### ***Desafios***

- a) Existe ainda participação limitada do setor da saúde ao nível nacional na formulação das Metas de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) a ser incorporadas à Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 das Nações Unidas.
- b) Questões complexas como identidade/expressão de gênero, direitos reprodutivos e orientação sexual e capacidade jurídica do adolescente, do portador de deficiência e do idoso continuam sendo um desafio. Muitas destas questões podem ser regulamentadas por leis nacionais (incluindo os códigos civil e penal) que não foram examinados quanto à sua compatibilidade com os padrões e tratados regionais e universais de direitos humanos.

- c) A coleta sistemática, análise, utilização e monitoramento de dados desagregados para contemplar os determinantes da saúde continuam sendo um desafio na Região.
- d) É necessária maior promoção de causa para convencer os profissionais que não são da saúde de que as desigualdades em saúde podem ser reduzidas mediante ação para abordar os determinantes sociais da saúde.
- e) As iniciativas de saúde interculturais incluídas como parte integrante de planos de desenvolvimento mais amplos são com frequência frágeis, não possuem informações estatísticas suficientes e têm lacunas importantes que impedem real participação no planejamento de intervenções que são receptivas às necessidades específicas dos grupos étnicos/raciais.
- f) São necessárias mais ferramentas e capacidade institucional para monitorar e analisar as desigualdades na exposição aos riscos ambientais e ocupacionais.
- g) A limitação de competência e recursos enfraquecem pouco a pouco a capacidade das autoridades sanitárias nacionais de implementar e consolidar as estratégias de saúde ambiental e ocupacional, incluindo a segurança química.
- h) Não existe integração intersetorial suficiente ao nível dos países para maior conscientização e execução das Diretrizes de Qualidade do Ar da OMS e o combate sistemático à poluição do ar na Região.

## **F. Sistemas e Serviços de Saúde**

41. Os países em toda a Região realizaram esforços para fortalecer os seus sistemas e serviços de saúde para prestar a todos serviços de saúde integrais baseados na APS centrados nas pessoas. Esforços se concentraram em fortalecer políticas, legislação e regulamentações nacionais de saúde e no desenvolvimento e implementação de estratégias e planos. Os serviços de saúde melhoraram significativamente em termos de qualidade e disponibilidade, com aumento no número de pessoas e na proporção da população que fazem uso destes serviços. As principais realizações e desafios são destacados a seguir. Uma descrição mais detalhada dos relatórios sobre os OE10 a OE14 pode ser encontrada no Anexo A.

### ***Realizações***

- a) A porcentagem de população da Região coberta por qualquer tipo de esquema de proteção social aumentou de 46% em 2003 a 60% em 2013.
- b) Dezenove países na Região incorporaram o princípio do direito a gozar do mais alto padrão atingível de saúde à própria constituição ou legislação sanitária nacional, e mais de 30 países assinaram tratados internacionais respaldando esses mesmos princípios. Além disso, 15 países e territórios têm legislação que visa aumentar o acesso à saúde e à assistência de saúde. Alguns países, como a

- República Dominicana, El Salvador e Peru, aprimoraram a própria legislação sanitária para incorporar o direito à saúde e reconhecer a meta de cobertura universal de saúde.
- c) Trinta e um países e territórios consolidaram os seus sistemas de saúde baseados na APS. As iniciativas de reforma do setor da saúde incluíram compromissos de ampliar a cobertura de serviços de saúde, que fazem parte de estratégias e planos nacionais de saúde. Doze países implantaram esquemas de seguro e planos nacionais de saúde para ampliar a cobertura de saúde mediante garantias explícitas de atenção de saúde, enquanto oito países adotaram políticas explícitas e/ou mecanismos financeiros destinados a reduzir ou eliminar o risco financeiro associado a doença e acidentes.
  - f) Seis Estados Partes cumpriram os critérios do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de capacidades básicas de vigilância e resposta.
  - g) O gasto público com saúde como porcentagem do PIB na Região aumentou de 3,1% em 2006 a 4,1% em 2010, mas com uma ligeira queda a 3,8% em 2011.
  - h) Todos os países formularam políticas e planos de médio e longo prazo ou definiram objetivos nacionais de saúde.
  - i) Dezesete países registraram melhoria da governança de seus sistemas de saúde, como demonstrado nas avaliações das suas Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP).
  - j) Dezesete Estados Membros incorporaram a estratégia de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na reforma e reorganização dos seus serviços de saúde com a meta de melhorar a qualidade, eficiência e equidade na prestação de atenção. Dezoito países e territórios implementaram iniciativas para integrar os programas prioritários em um modelo integral de atenção, com o fortalecimento do primeiro nível de atenção e um enfoque à atenção de saúde mais centrado na família e na comunidade.
  - k) O número de países que seguem a recomendação de densidade de força de trabalho da saúde, de 25 por 10.000 habitantes ou acima, aumentou de 12 em 2006 a 25 em 2013. Vinte e nove países e territórios elaboraram planos de recursos humanos em saúde (RHS) e nove deles puseram em dia sua legislação sobre plano de carreira no setor da saúde pública.
  - l) Quinze países implementaram processos para melhorar a qualidade e a cobertura dos seus sistemas de informação em saúde, com a avaliação do sistema de informação, treinamento de pessoal da área de saúde de treinamento, implantação de ferramentas para melhorar os processos, fortalecimento dos diagnósticos ou redução da subnotificação.
  - m) Treze países fortaleceram seus mecanismos nacionais para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia das tecnologias em saúde. Vinte e quatro fortaleceram os



seus processos nacionais de compras e gestão do suprimento de tecnologias em saúde. Ao final de 2013, sete autoridades reguladoras nacionais foram reconhecidas como autoridades reguladoras nacionais de referência da OPAS/OMS e estavam em um alto nível de funcionalidade.

### *Desafios*

- a) Vencer as barreiras de acesso à atenção de saúde continua sendo um grande desafio na Região. Cerca de metade dos países ainda não implementou esquemas visando a cobertura universal de saúde com garantias explícitas de atenção de saúde e mecanismos financeiros apropriados. Aproximadamente 30% da população da Região não têm acesso a atenção por razões financeiras e 21% deixam de procurar atenção por causa de barreiras geográficas. Essas barreiras afetam desproporcionalmente os grupos mais carentes e em situações de maior vulnerabilidade, resultando em desigualdades em saúde.
- b) Apesar do aumento geral da porcentagem da população coberta por esquemas de proteção social, existem grandes diferenças entre os países e dentro dos países.
- c) Serviços de saúde fragmentados não estão adequadamente adaptados a atender as necessidades atuais de atenção de saúde das populações. Esta situação é agravada pelo perfil epidemiológico da Região de crescimento das DNT e o progressivo envelhecimento da população. Esta fragmentação, por si só ou combinado com outros fatores, dificulta o acesso a serviços de qualidade, torna ineficiente a utilização dos recursos, causa aumentos desnecessários dos custos de produção e baixo nível de satisfação dos usuários.
- d) A distribuição da infraestrutura de serviços de saúde, em especial os hospitais, está concentrada principalmente nos grandes centros urbanos, o que prejudica o acesso e agrava as desigualdades em saúde.
- e) Para o fortalecimento dos sistemas das informações em saúde, será preciso melhorar a confiabilidade dos dados e o número de relatórios em todos os níveis e melhorar a capacidade analítica dos países. Além disso, precisam ser incentivados a produção e o uso de evidências para a tomada de decisão fundamentada na gestão da saúde e governança dos sistemas de saúde.
- f) Embora a maioria de países tenha melhorado a governança dos seus sistemas de saúde, como refletido nas avaliações das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), os mecanismos para o diálogo nacional e participação social com clara responsabilidade ainda são limitados.
- g) Requerem-se novos esforços que englobem o uso racional e apropriado dos medicamentos e tecnologias em saúde como um componente integral da cobertura universal de saúde.

- h) A distribuição equitativa dos profissionais da saúde em termos de necessidade e a reforma do setor da educação para respaldar a implementação dos sistemas de saúde baseados na APS continuam sendo importantes desafios. Grandes disparidades persistem na composição da força de trabalho da saúde, com defasagem de profissionais da saúde de atenção primária. Além disso, a capacidade institucional é limitada para o planejamento e projeção dos recursos humanos em saúde para resolver as lacunas atuais e futuras.
- i) Indicadores da proteção financeira em saúde não são coletados de forma sistemática. Sobretudo, não existe uma metodologia comum para mensurar o impacto dos desembolsos por conta própria em casos de pobreza e gastos catastróficos em saúde.

### **Principais Realizações de Cooperação Técnica da RSPA**

42. Durante 2008–2013, a RSPA prosseguiu com o seu papel na cooperação técnica como parte da estrutura das funções básicas da Organização ao:

- A. Assumir a liderança nos assuntos críticos para a saúde e fazer parcerias onde a ação conjunta é necessária.
- B. Definir a agenda de pesquisas e estimular a geração, divulgação e aplicação de conhecimento de grande importância.
- C. Estabelecer normas e padrões e promover e monitorar sua execução.
- D. Aarticular opções de política éticas e com base científica.
- E. Estabelecer cooperação técnica, catalisar mudanças e criar capacidade institucional sustentável.
- F. Monitorar a situação da saúde e avaliar as tendências da saúde.

43. A seção a seguir contém um resumo das principais realizações da RSPA e os desafios enfrentados durante a implementação do Plano.

- A. ***Assumir a liderança nos assuntos críticos para a saúde e fazer parcerias onde a ação conjunta é necessária***

44. A RSPA prosseguiu com o seu papel de liderança defender ideias, conscientizar e captar recursos para contemplar as prioridades regionais de saúde pública coletiva como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS e na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Este papel também envolveu considerar os mandatos globais estabelecidos no Programa Geral de Trabalho da OMS e os mandatos relacionados com a saúde dos sistemas interamericano e das Nações Unidas como destacado a seguir:

- a) A RSPA formou parcerias dentro do sistema das Nações Unidas para questões de alinhamento e grupo orgânico de saúde, assim como questões de harmonização em saúde, ambos os níveis regional e nacional. Foi dada atenção em particular a apoiar os esforços para o cumprimento dos ODMs relacionados com a saúde, principalmente ODM 4 (reduzir a mortalidade infantil), ODM 5 (melhorar a saúde materna), ODM 6 (combater o HIV/aids, malária e outras doenças) e ODM 7 (assegurar a sustentabilidade ambiental). A RSPA participou ativamente com os países e parceiros da bem sucedida Reunião de Alto Nível das Nações Unidas para Doenças Não Transmissíveis, destacando que as DNT devem ser priorizadas aos níveis nacional, sub-regional, regional e global. Este compromisso é ilustrado pela Conferência Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (Rio+20).
- b) Diversos acordos foram assinados com organizações bilaterais e multilaterais e outros parceiros, inclusive organismos dos sistemas interamericano e das Nações Unidas, para avançar a Agenda de Saúde das Américas. A RSPA também defendeu com êxito a ideia da inclusão da saúde nas declarações das reuniões de cúpula como na declaração da Sexta Cúpula das Américas, em Cartagena, Colômbia. Em 2013, a RSPA foi aceita como Membro Associado do Processo Ibero-americano, que contribuirá para dar mais visibilidade à saúde nos níveis mais elevados.
- c) O novo Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e o PB 2014–2015 foram formulados com níveis sem precedentes de colaboração e de consulta com os Estados Membros. Tanto o Plano como o PB foram aperfeiçoados de acordo com as lições aprendidas desde os períodos anteriores de planejamento e a avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas. Além disso, o Plano Estratégico está estreitamente alinhado com o Programa Geral de Trabalho da OMS.
- d) De acordo com os mandatos regionais e globais, a RSPA continuou a trabalhar com os Estados Membros para formar capacidade básica nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e implementar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).
- e) A governança, a transparência e o posicionamento da OPAS foram consolidados ao reforçar a participação e o envolvimento dos Estados Membros na preparação e no processo decisório para os documentos-chave e de grande significado dos Órgãos Diretivos. Ao longo de 2008–2013, os Órgãos Diretivos da OPAS aprovaram resoluções referendando 14 documentos de política e 35 estratégias e planos de ação sobre importantes questões de saúde pública, assim como adotaram outras decisões importantes sobre questões da saúde pública. Ao todo, 36 estratégias de cooperação de países (ECP) e quatro estratégias de cooperação sub-regionais foram elaboradas em 2008–2013. Além disso, a RSPA apoiou o desenvolvimento, a atualização e a implementação de políticas, planos e estratégias nacionais de saúde e agendas sub-regionais de saúde.

- f) A RSPA trabalhou estreitamente com os pares nacionais para estabelecer mecanismos ativos de coordenação, como o para HIV/aids, malária e tuberculose, na tentativa de tirar proveito do compromisso político, captar recursos para assegurar a sustentabilidade do programa, forjar parcerias e atrair a participação dos principais interessados diretos.
- g) A RSPA, incluindo os centros colaboradores, direcionou sua atenção a apoiar os países para promover ações em meios específicos e para populações vulneráveis e liderou iniciativas como proteção da saúde do trabalhador, saúde ambiental infantil, saúde do consumidor, eliminação do trabalho infantil, entre outros. Esta atuação visou otimizar o uso dos recursos mediante ações integradas pelo setor da saúde.
- h) A liderança da Organização no Grupo Orgânico de Saúde das Nações Unidas e sua contribuição ao lidar com emergências foram fortalecidas mediante participação nas respostas em outras regiões da OMS, como nas emergências e desastres nas Filipinas e na Síria. A rápida captação de recursos para a saúde e parcerias são fundamentais para uma resposta imediata e efetiva aos países na Região afetados por fenômenos naturais, epidemias e a pandemia de influenza H1N1 de 2009.

***B. Definir a agenda de pesquisas e estimular a geração, divulgação e aplicação de conhecimento de grande importância***

45. A RSPA continuou a definir a agenda de pesquisas e estimular a geração, divulgação e aplicação de conhecimento de grande importância com pesquisa operacional, preparação de relatórios e publicações, inclusive o seguinte, entre outros:

- a) Diversos documentos foram elaborados em vários países sobre (i) intervenções de custo-efetividade para combater DNT, (ii) transtornos mentais, (iii) acidentes de trânsito, violência e deficiências, e (iv) análise econômica das DNT. Além disso, estudos foram realizados sobre álcool e acidentes em 5 países e sobre álcool e violência contra a mulher em 10 países. Também foram produzidos vários outros estudos sobre violência e uma compilação da análise dos estudos sobre a prevalência de utilização dos serviços e a lacuna de tratamento para transtornos mentais.
- b) *Health response to the earthquake in Haiti—January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster.*
- c) *Thirty Years of the Immunization Newsletter: The History of the EPI in the Americas*, um compêndio de 2.500 artigos publicados no *Immunization Newsletter* destacando boas práticas para aumentar a cobertura de imunização.

- d) Um estudo da OPAS/OMS sobre as principais práticas de família para mudança de funções e formação de equipes multissetoriais de provedores de serviços de saúde e líderes comunitários.
- e) *The Health of Indigenous Young People in Latin America: A Panorama*, um relatório regional publicado conjuntamente pela OPAS e CEPAL com o apoio de AECID.
- f) Vinte e seis estudos sobre Saúde em Todas as Políticas (STP).
- g) Foram produzidos, ao todo, 30 documentos, incluindo estudos sobre boas práticas para integração de gênero e grupo étnico, folhetos informativos sobre gênero e saúde e estudos específicos sobre gênero e saúde.
- h) Um estudo baseado em sistema de informação perinatal sobre o espaçamento dos nascimentos, realizado na Argentina (CREP/CLAP) (a ser publicado).
- i) Um estudo de 10 países sobre a Rede de Vigilância Sentinela para avaliar a eliminação da sífilis congênita.
- j) A Caixa de Ferramentas para Hospitais Inteligentes, desenvolvida para orientar a aplicação de medidas para mitigação da mudança climática nos serviços de saúde, junto com uma análise de custo-benefício de “conscientizar os hospitais sobre o clima”, que mostra o custo-efetividade de instituir medidas que não agridem o ambiente e são resilientes a desastres nos hospitais.
- k) A RSPA proporcionou aos países cooperação técnica para consolidar a capacidade em pesquisa operacional visando gerar novos conhecimentos com respeito a estratégias e intervenções efetivas para detecção, controle e eliminação das doenças prioritárias. Em particular, foi realizada pesquisa operacional em diversas áreas técnicas, que levaram ao desenvolvimento de intervenções para o controle de triatomíneos domiciliares e não domiciliares, apoio a programas nacionais de combate à tuberculose e a padronização da reação em cadeia da polimerase em tempo real como marcador biológico para a doença de Chagas.

**C. *Estabelecer normas e padrões e promover e monitorar sua execução***

46. A RSPA continuou a encabeçar o desenvolvimento de normas e padrões e promover e monitorar a sua implantação. Entre alguns exemplos estão.
- a) Manuais de apoio à implementação de Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (RISS), com ênfase na revitalização da cooperação técnica com os hospitais na estrutura das RISS ao nível nacional regional e global.
  - b) Desenvolvimento de uma ferramenta de cálculo de custos, de um guia prático e de diretrizes laboratoriais para a implementação do Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita.

- c) Apoio à formulação de diretrizes para atenção e sobrevivência neonatal e sua execução, assim como de manuais sobre o controle de infecção nos serviços de saúde.
- d) Planos nacionais de prontidão e procedimentos operacionais padrão para que as equipes de resposta rápida se preparem para surtos em potencial.
- e) Planos de segurança da água, diretrizes da OMS para água potável e diretrizes de qualidade do ar da OMS.
- f) Ferramentas e documentos de orientação para a incorporação da igualdade de gênero na análise, programação, monitoramento ou pesquisa em saúde.
- g) Diretrizes para detecção, tratamento e prevenção de DIN e doenças transmitidas por vetores em combinação com oportunidades de capacitação.
- h) Desenvolvimento e implementação do Índice de Segurança Hospitalar nos países da Região e em outras regiões da OMS.

***D. Articular opções de política éticas e com base científica***

47. A RSPA continuou a promover a formulação e a implementação de políticas éticas e com base científica ao:

- a) Proporcionar aos Estados Membros cooperação técnica para consolidar políticas, sistemas de saúde e atenção primária à saúde com o objetivo de melhorar a saúde em todo o ciclo de vida, incluindo saúde sexual e reprodutiva, gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência e envelhecimento.
- b) Colaborar com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde. Foi realizada uma análise da legislação de 11 países da perspectiva dos direitos humanos.
- c) Promover políticas e ações multissetoriais para contemplar as DNT e os seus fatores de risco, os determinantes da saúde e a estratégia Saúde em Todas as Políticas.
- d) Produzir documentação e ferramentas para apoiar a formulação de políticas com base científica na área da violência contra a mulher.
- e) Desenvolver uma nova Política Orçamentária da OPAS em 2012, com base nas lições aprendidas de políticas anteriores para definir melhor a presença essencial da OPAS nos países e guiar a alocação de recursos do Orçamento Ordinário nos três níveis da Organização (de países, sub-regional e regional), com maior ênfase nos países.

***E. Estabelecer cooperação técnica, catalisar mudanças e criar capacidade institucional sustentável***

48. No período do Plano Estratégico 2008–2013, a RSPA melhorou sua eficiência e efetividade ao executar o seu mandato como uma organização de aprendizagem flexível e dar apoio à capacitação nos países. A seguir são destacados alguns exemplos.
- a) Está ocorrendo progresso em projetos importantes com alcance de toda a Organização como o Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana (PMIS), Gestão Baseada em Resultados (RBM), Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) e Gestão de Riscos Institucionais. Estas iniciativas contribuíram e continuarão a contribuir para maior efetividade e eficiência de toda a Organização.
  - b) A RSPA tem sistematicamente examinado os seus processos e explorado novas modalidades de cooperação técnica. Por exemplo, a nova modalidade de cooperação técnica com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS e as Instituições de Referência Nacionais melhorou a capacidade da Organização de responder aos seus Estados Membros. Vale também observar que os esforços contínuos da Organização de investir na otimização do uso dos seus recursos, com o uso de tecnologia da informação como conferências on-line via Blackboard Collaborate, um sistema telefônico moderno e a centralização da infraestrutura da informação, ajudou a melhorar a eficiência aliado à contenção de custos operacionais. Entre outros esforços nesta mesma linha estão a consolidação do domínio da OPAS e a rede privada da OPAS.
  - c) A RSPA continuou a apoiar os países nas compras de vacinas para seus programas nacionais vacinação através do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS, sendo que 35 países participam do fundo no momento. Além disso, 24 países e territórios estão fazendo a compra de medicamentos essenciais e provisões através do Fundo Estratégico da OPAS.
  - d) A RSPA fez importantes avanços ao incorporar a perspectiva de gênero em saúde. Ela também apoiou a ampliação dos esforços de capacitação com os países, com a integração plena ao Campus Virtual com cursos on-line curtos de autoaprendizagem e com tutoria em gênero e saúde dentro de uma estrutura de diversidade e direitos humanos.
  - e) Diversas iniciativas de capacitação foram implementadas em áreas públicas-chave para consolidar a capacidade dos profissionais da saúde de lidar com questões da saúde pública. Esta atividade inclui uma série de cursos oferecidos via Campus Virtual para Saúde Pública da OPAS, assim como cursos e seminários nacionais, sub-regionais e regionais.

- f) A RSPA continuou a apoiar a implantação da Metodologia de Gestão de Unidades Produtivas para Serviços de Saúde (PMMHS), como solicitado pelos Estados Membros. Além disso, 200 gestores de serviços de saúde receberam treinamento na PMMHS.

***F. Monitorar a situação da saúde e avaliar as tendências da saúde***

49. A RSPA continuou sua atuação de monitorar a situação da saúde e avaliar as tendências da saúde. Este trabalho foi realizado mediante programas contínuos e iniciativas específicas, como destacado a seguir.
- a) A Plataforma de Informação Regional da OPAS foi instalada e publicações anuais dos indicadores básicos da OPAS e indicadores básicos de DNT foram produzidas.
- b) A Plataforma Regional para Acesso e Inovação para Saúde foi desenvolvida e lançada como um instrumento regional para apoiar a implementação da Estratégia Global em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.
- c) Apoio constante foi prestado para melhorar os sistemas nacionais de vigilância, melhorar a capacidade de resposta e prestar informações sobre os indicadores relacionados a vigilância para doenças transmissíveis e não transmissíveis. Cooperação técnica foi também prestada aos países para o desenvolvimento e a consolidação de sistemas de vigilância para fatores de risco e resistência aos antimicrobianos.
- d) Apoio contínuo foi prestado aos países para continuar a fortalecer os sistemas de informação em saúde, com melhoria específica na qualidade dos dados e desagregação por sexo e idade.
- e) A RSPA deu apoio aos Estados Partes quanto ao Regulamento Sanitário Internacional, ao estabelecer, reforçar e manter a vigilância e a capacidade de resposta como parte do seu compromisso de acordo com o RSI.
- f) Todas as solicitações recebidas pelos Estados Membros durante emergências ou epidemias foram avaliadas e respondidas em um prazo de 24 horas em cumprimento ao RSI, incluindo a mobilização oportuna de peritos da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos, assim como membros de equipes regionais e do país. Ações de resposta foram voltadas a surtos de dengue, febre de Chikungunya, peste, cólera, infecções nosocomiais neonatais e outras doenças infecciosas.
- g) A RSPA respondeu a todos os eventos de saúde pública de interesse internacional, que foram comprovados nas primeiras 48 horas após a sua detecção mediante colaboração multidisciplinar entre os países, Sede da OPAS e as representações da OPAS. De janeiro de 2008 a dezembro de 2013, 932 eventos foram avaliados, 325 dos quais requereram comprovação por Estados Membros.



- h) A RSPA apoiou a avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas.

### **Desafios para a RSPA**

50. Alguns dos principais desafios são destacados a seguir. Os relatórios sobre os respectivos Objetivos Estratégicos (OEs) no Anexo A contêm informações detalhadas sobre desafios específicos enfrentados nas diferentes áreas técnicas e funções capacitadoras.

- a) A RSPA precisa continuar a aprimorar e promover modelos bem sucedidos para um enfoque integrado à cooperação técnica a fim de maximizar a sua repercussão na saúde pública. Há necessidade de continuar a promover e implementar trabalho interprogramático e explorar novas modalidades de cooperação técnica para ampliar o alcance da cooperação técnica da OPAS e assegurar que a Organização continue atendendo as prioridades dos Estados Membros.
- b) Ainda que avanços significativos tenham sido feitos na implementação da RBM, é preciso abordar as seguintes questões-chave para consolidar plenamente a RBM em todos os níveis da Organização: *(i)* fortalecer ainda mais os mecanismos de responsabilidade e avaliação independente, *(ii)* melhorar a documentação sistemática e a aplicação das lições aprendidas e *(iii)* fortalecer o monitoramento e a avaliação dos resultados conjuntos da RSPA e dos Estados Membros para avaliar e documentar melhor o progresso em conquistas ao nível de impacto e resultados.
- c) A falta de um sistema de informação integrado para gestão da RSPA compromete a capacidade de continuar melhorando a eficiência e obter informação oportuna e de qualidade para gestão e tomada de decisão.
- d) É preciso assegurar presença mínima no país em um contexto de restrição de recursos e custos operacionais crescentes, inclusive recursos humanos apropriados para empreender programas de cooperação técnica como parte da estrutura da ECP apesar das provisões na Política Orçamentária Regional de 2012.
- e) A falta de uma estratégia integrada de captação de recursos institucionais, aliada a mecanismos frágeis para atrair parceiros não tradicionais como o setor privado, continua sendo um desafio.
- f) O impacto da crise financeira e o número cada vez maior de atores na saúde pública dificultaram captar recursos para apoiar as prioridades do Plano Estratégico. Além disso, observou-se uma tendência de declínio na alocação das contribuições voluntárias à Região das Américas durante a implementação do Plano.
- g) Embora alguns parceiros tenham reconhecido o valor de um enfoque de programa para contribuições voluntárias, a RSPA enfrenta desafios contínuos com o financiamento destinado. É importante continuar a fortalecer o enfoque de

programa nas negociações para contribuições voluntárias equilibrando a diversidade de interesses dos parceiros com as prioridades coletivas estabelecidas no Plano Estratégico.

## V. DESEMPENHO PROGRAMÁTICO

51. Esta seção apresenta uma análise institucional do progresso para alcançar os 16 OEs, 90 RERs e 256 metas de indicadores de RERs do Plano Estratégico como um todo. Relatórios mais detalhados do progresso para todos os OEs, seus RERs e respectivos indicadores de RERs podem ser encontrados no Anexo A.

### Avaliação dos Objetivos Estratégicos (OEs)

52. Ao final da implementação do Plano Estratégico 2008–2013, sete dos OEs foram plenamente e nove parcialmente alcançados. Vale a pena observar que oito dos OEs que foram parcialmente alcançados tiveram um cumprimento de mais de 75% das suas metas de indicadores (nível de desempenho aceitável estabelecido no Plano Estratégico 2008–2013) e menos de 75% foi visto somente em um caso. A avaliação dos RERs e dos indicadores de RERs revela progresso constante em geral para alcançar as metas que foram estabelecidas para cada OE para o período de seis anos do Plano. A Tabela 1 apresenta um resumo da avaliação dos OEs, incluindo os RERs e os indicadores de RER alcançados e não alcançados ao final de 2013. O Anexo B contém informações detalhadas sobre os indicadores de RER não alcançados.

**Tabela 1: Resumo da avaliação dos Objetivos Estratégicos, 2008–2013**

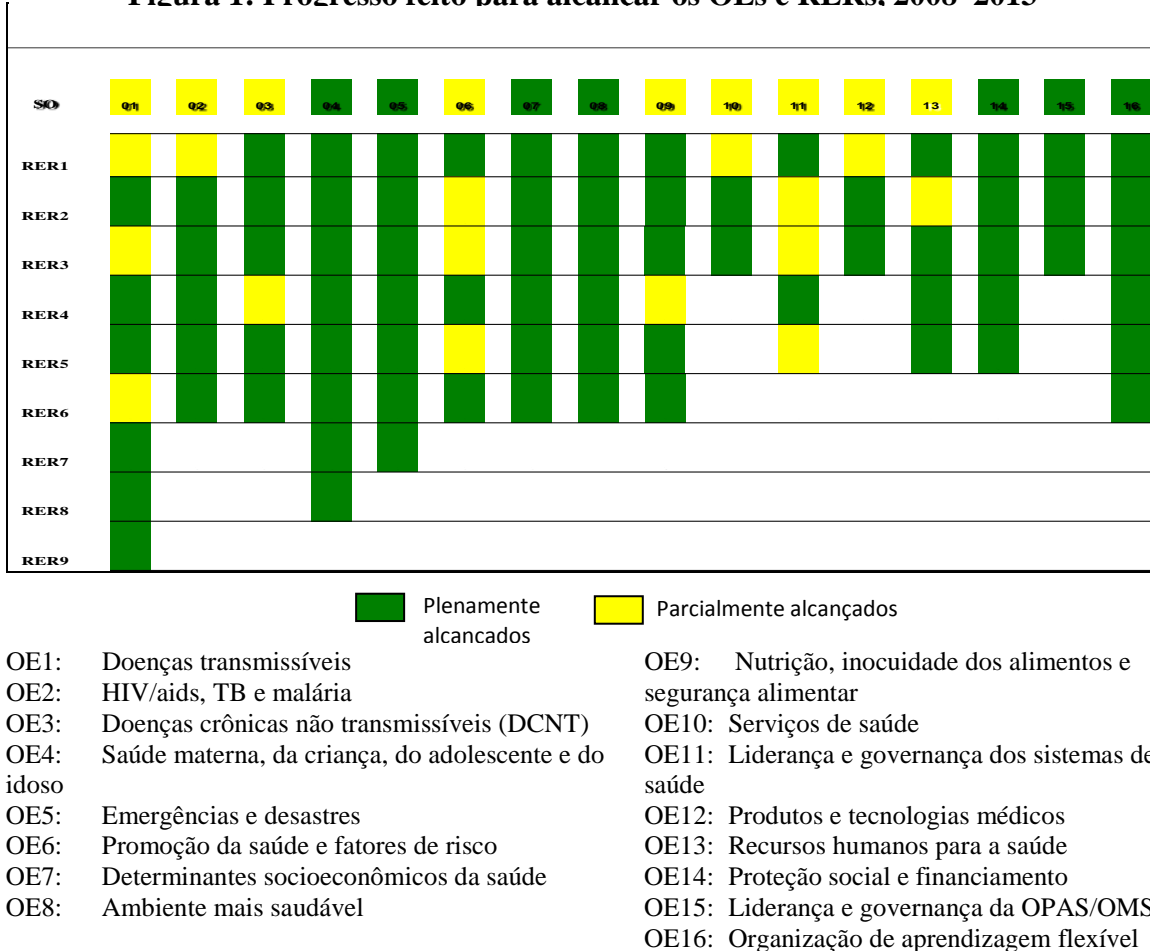
Objetivos Estratégicos	Situação do OE	Situação dos RERs	Situação das metas dos indicadores de RERs
OE1: Doenças transmissíveis	73% das metas dos indicadores alcançadas	6 de 9 plenamente alcançados e 3 parcialmente alcançados	16 de 22 alcançadas e 6 não alcançadas
OE2: HIV/aids, TB e malária	83% das metas dos indicadores alcançadas	5 de 6 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	20 de 24 alcançadas e 4 não alcançadas
OE3: Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	96% das metas dos indicadores alcançadas	5 de 6 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	26 de 27 alcançadas e 1 não alcançada
OE4: Saúde materna, da criança, do adolescente e do idoso	100% das metas dos indicadores alcançadas	8 de 8 plenamente alcançados	15 de 15 alcançadas
OE5: Emergências e desastres	100% das metas dos indicadores alcançadas	7 de 7 plenamente alcançados	17 de 17 alcançadas
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco	79% das metas dos indicadores alcançadas	3 de 6 plenamente alcançados e 3 parcialmente alcançados	11 de 14 alcançadas e 3 não alcançadas
OE7: Determinantes socioeconômicos da saúde	100% das metas dos indicadores alcançadas	6 de 6 plenamente alcançados	12 de 12 alcançadas

Objetivos Estratégicos	Situação do OE	Situação dos RERs	Situação das metas dos indicadores de RERs
OE8: Ambiente mais saudável	100% das metas dos indicadores alcançadas	6 de 6 plenamente alcançados	13 de 13 alcançadas
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	93% das metas dos indicadores alcançadas	5 de 6 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	13 de 14 alcançadas e 1 não alcançada
OE10: Serviços de saúde	86% das metas dos indicadores alcançadas	2 de 3 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	6 de 7 alcançadas e 1 não alcançada
OE11: Liderança e governança dos sistemas de saúde	79% das metas dos indicadores alcançadas	2 de 5 plenamente alcançados e 3 parcialmente alcançados	11 de 14 alcançadas e 3 não alcançadas
OE12: Produtos e tecnologias médicos	89% das metas dos indicadores alcançadas	2 de 3 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	8 de 9 alcançadas e 1 não alcançada
OE13: Recursos humanos para a saúde	92% das metas dos indicadores alcançadas	4 de 5 plenamente alcançados e 1 parcialmente alcançado	12 de 13 alcançadas e 1 não alcançada
OE14: Proteção social e financiamento	100% das metas dos indicadores alcançadas	5 de 5 plenamente alcançados	10 de 10 alcançadas
OE15: Liderança e governança da OPAS/OMS	100% das metas dos indicadores alcançadas	3 de 3 plenamente alcançados	15 de 15 alcançadas
OE16: Organização de aprendizagem flexível	100% das metas dos indicadores alcançadas	6 de 6 plenamente alcançados	29 de 30 alcançadas; 1 não se aplica
Resumo do OEs da OPAS	7 plenamente alcançados e 9 parcialmente alcançados (8 com > 75% se dirige a alcançados)	75 RERs (83%) plenamente alcançados e 15 parcialmente alcançados	233 (91%) indicadores de RER alcançados, 22 não alcançados e 1 não se aplica ao final de 2013

 Plenamente alcançados
  Parcialmente alcançados

### Avaliação dos Resultados Esperados a Nível Regional (RERs)

53. Como observado na Tabela 1, 75 (83%) dos 90 RERs foram plenamente alcançados (verde) e 15 parcialmente alcançados. A Figura 1 mostra a classificação de cores para cada RER, e a Tabela 2 mostra os 15 RERs que foram parcialmente alcançados.

**Figura 1: Progresso feito para alcançar os OEs e RERs, 2008–2013**

54. Como observado na Tabela 2, a maioria dos RERs parcialmente alcançados se relaciona a política de alto nível, planos e intervenções para ampliar e manter os avanços. Isso requer compromisso político contínuo por parte dos Estados Membros, assim como a defesa de causa por parte da RSPA, para priorizá-los nas agendas nacionais. Alguns desses RERs também incluem novos compromissos que requerem mais esforços e recursos dentro do setor da saúde e fora dele (por exemplo, políticas públicas e ações multissetoriais para combater as DNT e seus fatores de risco, os determinantes da saúde e o RSI, assim como melhores serviços de saúde para os grupos vulneráveis). É preciso dar atenção contínua a esses temas durante a implementação do novo Plano Estratégico da OPAS para procurar resolver os desafios fundamentais que dificultam o progresso.

**Tabela 2: Resultados Esperados a Nível Regional parcialmente alcançados, 2012–2013**

<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>RER No.</b>	<b>RER</b>
OE1: Doenças transmissíveis	1.1	Acesso equitativo a vacinas: desafios em atingir cobertura de 95% no nível subnacional.
	1.3	Prevenção, controle e eliminação das doenças negligenciadas e doenças transmissíveis: metas relacionadas a hanseníase, eliminação da raiva humana transmitida por cães, vigilância da prontidão para doenças zoonóticas emergentes e índice de infestação domiciliar não alcançadas.
	1.6	Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e alerta e resposta a epidemias: 6 países satisfizeram os requisitos e 29 solicitaram prorrogação do prazo.
OE2: HIV/aids, TB e malária	2.1	Prevenção, tratamento e atenção do HIV/aids e TB: cobertura de ARV para HIV não alcançada; desafios em relação a bons resultados do tratamento da TB e baixo índice de atenção pré-natal e sistemas de vigilância da sífilis congênita.
OE3: Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	3.4	Intervenções para afecções crônicas não transmissíveis: meta de estudos de análise de custo sobre violência não alcançada.
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco	6.2	Vigilância dos principais fatores de risco: 27 de 30 países desenvolveram sistemas nacionais de vigilância usando a Pesquisa Global de Saúde Escolar para produzir relatórios de rotina sobre os fatores de risco para a saúde que afetam jovens.
	6.3	Prevenção e redução do tabagismo: 19 de 23 países destinatários implantaram regulamentações sobre a embalagem dos produtos do tabaco e atualizaram pelo menos um componente do sistema de vigilância do tabagismo; 5 países mais (de 35) têm de alcançar a meta.
	6.5	Prevenção e redução de alimentação não saudável e sedentarismo: houve desafios para avançar políticas nacionais para promover a alimentação saudável e a atividade física (somente 9 de 20 países alcançaram o indicador).
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	9.4	Planos e programas de nutrição: 21 de 25 países destinatários informaram intervenções nutricionais nos seus programas em resposta ao HIV/aids e outras epidemias.
OE10: Serviços de saúde	10.1	Políticas de saúde interculturais: somente 5 países informaram progresso em integrar aspectos interculturais a políticas e sistemas de saúde baseados na APS.

<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>RER No.</b>	<b>RER</b>
OE11: Liderança e governança dos sistemas de saúde	11.2	Sistemas de informação em saúde: 20 de 27 países destinatários implementaram a Iniciativa de Dados Básicos de Saúde da OPAS.
	11.3	Acesso, divulgação e utilização das informações em saúde, conhecimento e comprovação científica para tomada de decisão: a meta do número de países que monitoram os ODMs relacionados com a saúde não foi alcançada.
	11.5	A OPAS como mediador de informações de saúde pública e conhecimento: a Plataforma Regional de Informação foi instalada, mas falta análise e ajuste para implementação/coordenação institucional de fase II e apresentação.
OE12: Produtos e tecnologias médicos	12.1	Acesso a produtos médicos e tecnologias em saúde: meta pouco realista (17) para o número de países que alcançaram 100% de doações de sangue voluntárias não remuneradas; 12 de 17 alcançaram.
OE13: Recursos humanos para a saúde	13.2	Indicadores básicos e sistema de informação para recursos humanos em saúde: o número esperado de países participando da Rede de Observatórios de RHS não foi alcançado (29 de 36).

Obs.: Os títulos dos RERs foram encurtados para facilitar a consulta.

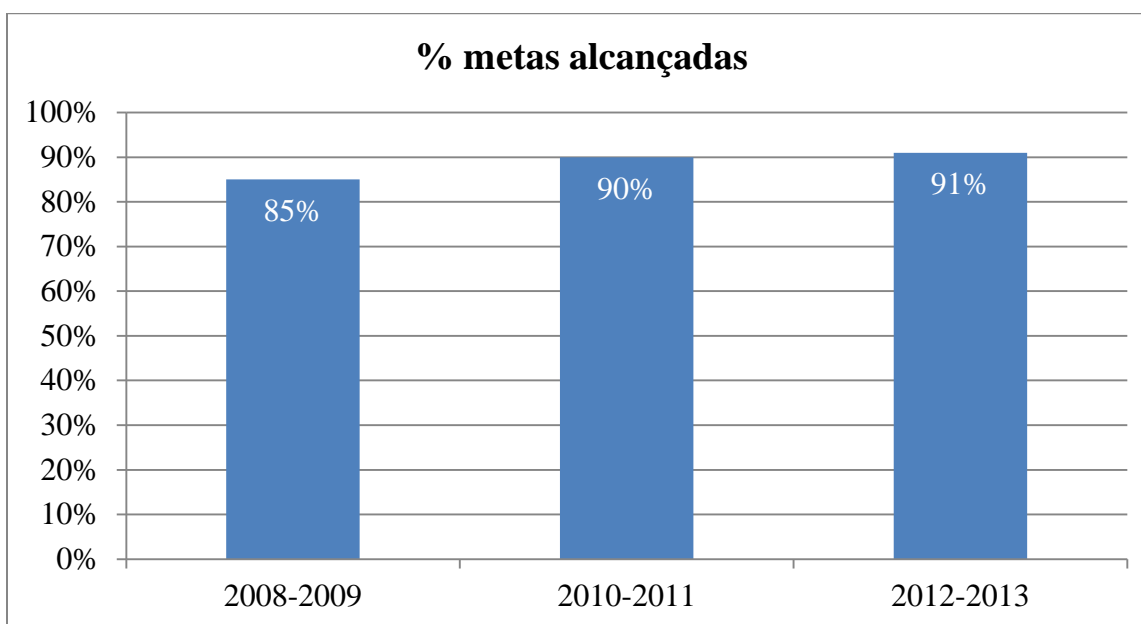
### Situação dos Indicadores de RERs

55. A avaliação das metas dos indicadores de RERs mostra que, ao final do Plano Estratégico 2008–2013, 91% das metas dos indicadores (233 de 256) foram alcançadas, 22 não foram alcançadas; e 1 não se aplicava ao final do Plano Estratégico 2008–2013 (ver Figura 2). É importante destacar que, dos 233 indicadores que foram alcançados, 54% (127 indicadores) superaram as metas de 2013. Vale mencionar também que consideráveis avanços foram feitos nos 22 indicadores que não tinham sido alcançados (a metodologia aqui usada somente considera os que alcançaram plenamente as suas metas como as tendo alcançado; não há nenhuma concessão os avanços parciais). Informações detalhadas sobre cada indicador de RERs podem ser encontradas nos Relatórios dos OEs no Anexo A, inclusive a lista de países que atingiram suas metas ao final de 2013. Um resumo dos indicadores de RERs que não atingiram suas metas para 2013 está incluído no Anexo B.

56. O alcance das metas dos indicadores de RERs reflete o trabalho dos países e territórios com o apoio da RSPA e parceiros que colaboraram na implementação do Plano ao nível nacional, sub-regional e regional. Como mais de 70% dos indicadores de RERs mensuram o progresso feito nos países e territórios, a maioria dos resultados do Plano não poderia ter sido alcançada sem o compromisso dos países e territórios.

57. Como indicado na Figura 2 e na Tabela 3, a Organização manteve um desempenho programático relativamente constante nos três biênios de implementação do Plano. Deve-se assinalar que o Plano foi modificado em 2009 para melhorar a qualidade dos indicadores. Esta modificação levou à redução do número de indicadores de RERs, de 324 aprovados na versão original do Plano a 256 nos dois últimos biênios. Também contribuiu para melhorar a mensuração dos indicadores de RERs nos biênios 2010–2011 e 2012–2013.

**Figura 2: Alcance das metas dos indicadores de RERs, 2008–2013**



**Tabela 3: Avaliação das metas dos indicadores de RERs por biênio, 2008–2013**

Biênio	Número total de indicadores	Alcançada	Não alcançada	Não se aplica
2008–2009	324	275	43	6
2010–2011	256	231	25	0
2012–2013	256	234	22	1



## VI. ORÇAMENTO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS

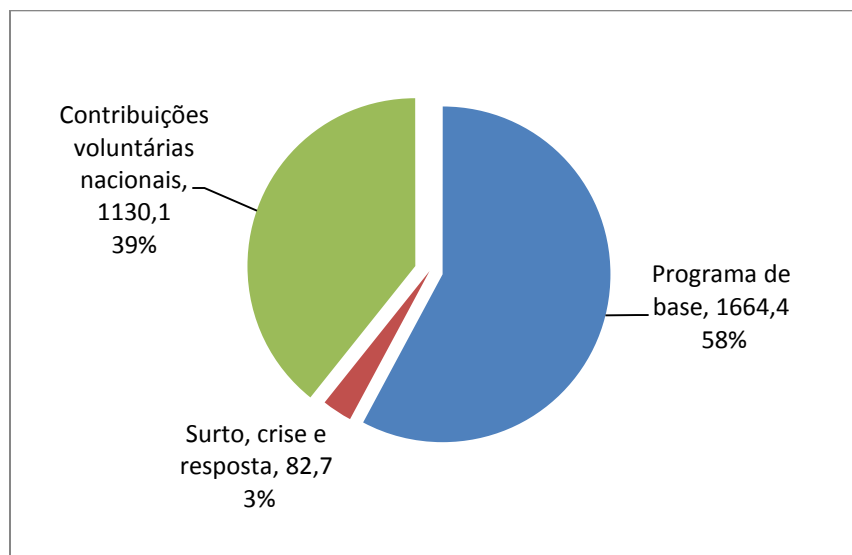
58. Esta seção apresenta uma análise do orçamento aprovado e recursos disponíveis para 2012–2013 e para o todo o período do Plano Estratégico 2008–2013. Um resumo da análise do Programa e Orçamento para 2012–2013 pode ser encontrado no Anexo C.

### Resumo do Orçamento: 2008–2013

59. No período do Plano Estratégico, o orçamento geral aprovado de US\$ 2,3 bilhões foi alocado através de seus três Programas e Orçamentos: programas de base (1,8 bilhão); surto, crise e resposta (US\$ 44 milhões); e contribuições voluntárias nacionais<sup>3</sup> (US\$ 372,5 milhões). Observe-se que surto, crise e resposta não foi orçado em 2008–2009 e só passou a constar do Programa e Orçamento 2010–2011.

60. Os fundos disponíveis para os três biênios cobertos pelo Plano Estratégico 2008–2013 foram de US\$ 2,9 bilhões, distribuídos do seguinte modo: programas de base, \$1,6 bilhão; surto, crise e resposta, US\$ 82,7 milhões; e contribuições voluntárias nacionais, US\$ 1,1 bilhão. A Figura 3 mostra a porcentagem e a distribuição de financiamento de cada segmento durante o período do Plano.

**Figura 3: Financiamento total para Programa e Orçamento por segmento, 2008–2013**



<sup>3</sup> As contribuições voluntárias nacionais eram anteriormente identificadas como “projetos internos financiados pelo governo”.

61. O financiamento disponível para os três biênios foi maior que o orçamento aprovado nos três PBs para execução do Plano Estratégico 2008–2013 pela razão explicada acima e porque o volume de recursos captados para surto, crise e resposta foi de duas vezes o nível aprovado no biênio 2010–2011, em grande parte por causa da escala e volume de recursos recebidos para resposta a desastres após o terremoto no Haiti.

62. A execução geral dos orçamentos de todos os fundos disponíveis foi de 87% (US\$ 2,5 bilhões de US\$ 2,9 bilhões). A execução por segmentos foi como segue:

- 93% para programas de base (US\$ 1,5 bilhão de US\$ 1,6 bilhão);
- 97% para surto, crise e resposta (US\$ 80 milhões de US\$ 82,7 milhões);
- 63% para contribuições voluntárias nacionais (US\$ 715 milhões de US\$ 1,1 bilhão). A taxa de execução das contribuições voluntárias nacionais foi afetada pelo alto volume de fundos recebidos perto do fim do biênio 2012–2013 para o Projeto Mais Médicos de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.

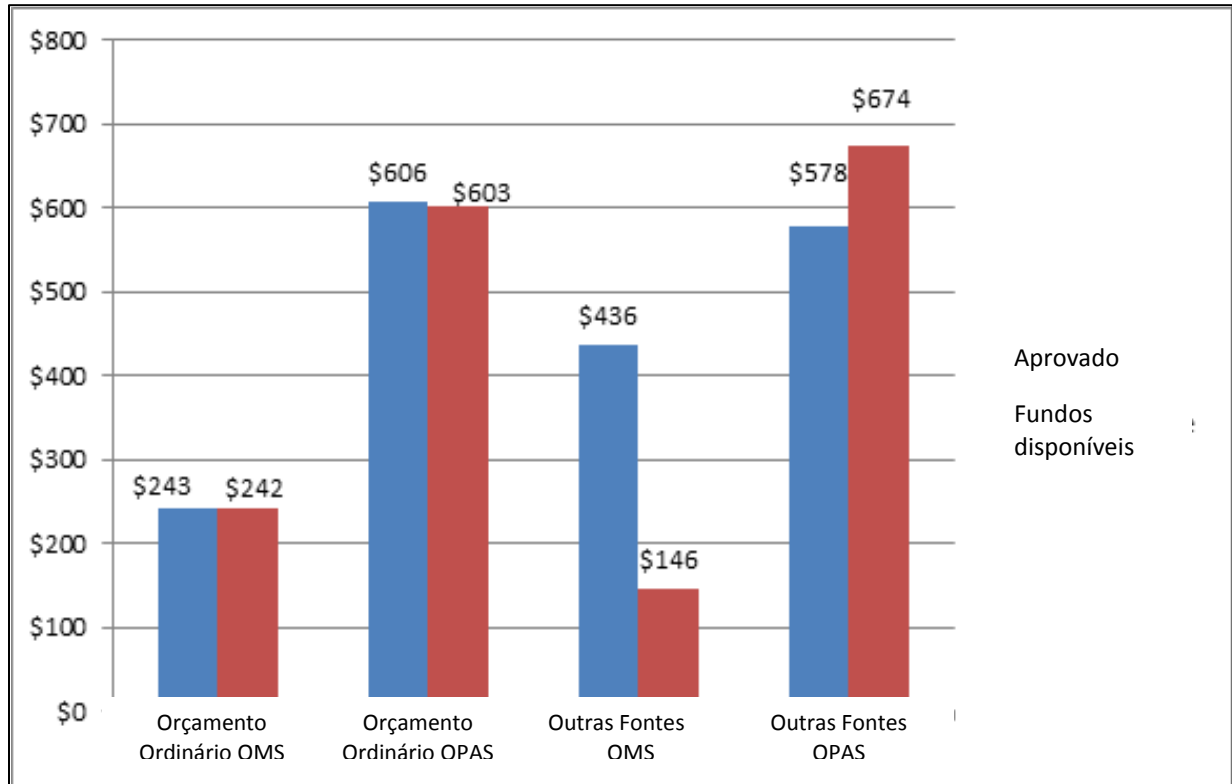
63. A análise de cada segmento do orçamento é apresentada nas seções a seguir.

### **Segmento Programas de Base**

64. O orçamento aprovado para este segmento foi de US\$ 1,8 bilhão. Houve flutuações nos programas de base aprovados de um biênio a outro, com um aumento de US\$ 626 milhões em 2008–2009 a US\$ 642,9 milhões em 2010–2011 e um declínio subsequente de US\$ 29,5 milhões, para US\$ 613,4 milhões no biênio 2012–2013.

65. O Orçamento Ordinário aprovado foi de US\$ 851 milhões e o montante aprovado de Outras Fontes foi de US\$ 1,013 bilhão no período de seis anos. A Figura 4 discrimina detalhadamente os valores entre a OPAS e a OMS (AMRO).

66. Como também mostrado na Figura 4, esteve disponível a soma de US\$ 1,66 bilhão para implementar o Plano Estratégico, o que representou 88% do Programa e Orçamento 2008–2013 aprovado. Do mesmo modo que ocorreu para o Programa e Orçamento aprovado para programas de base, houve flutuações nos fundos disponíveis de um biênio a outro, com um aumento de US\$ 559 milhões em 2008–2009 a US\$ 583 milhões em 2010–2011, mas com uma diminuição geral (7%) nos C para programas de base, de 2008 (US\$ 559 milhões) a 2013 (US\$ 522 milhões).

**Figura 4: Resumo do orçamento por fonte, 2008–2013 (US\$ milhões)**

67. O orçamento ordinário representou pouco mais da metade dos fundos disponíveis (51%, ou US\$ 844,8 milhões) para o Plano Estratégico. O Orçamento Ordinário financiado pela OPAS foi de US\$ 603,1 milhões e US\$ 241,7 milhões foram provenientes da alocação da OMS ao Escritório Regional para as Américas (AMRO). Além disso, as contribuições voluntárias foram de US\$ 819,3 milhões, ou 49,3% dos fundos totais disponíveis. Especificamente, as contribuições voluntárias da OPAS contribuíram com 40% dos fundos disponíveis (US\$ 673,7 milhões) e as contribuições voluntárias da OMS representaram os 9% restantes dos fundos disponíveis (US\$ 145,6 milhões).

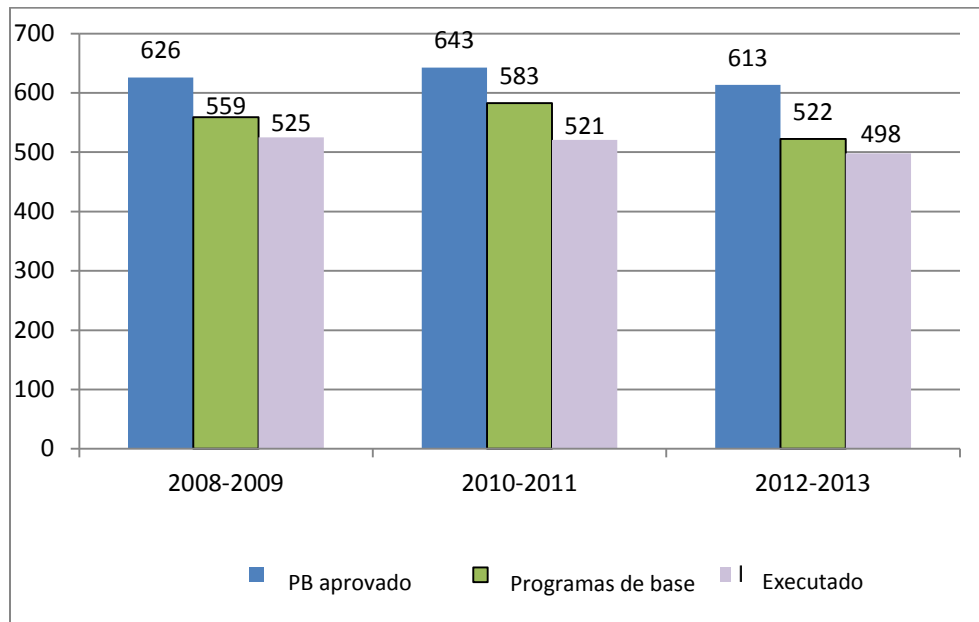
68. Como indicado na Tabela 4, a distribuição dos fundos esteve de acordo com a Política Orçamentária Regional para Programas (RPBP), com um montante ligeiramente reduzido sendo alocado ao nível sub-regional e regional. Esta redução se deveu a uma maior ênfase no foco de país. Vale mencionar que a distribuição dos fundos disponíveis por nível organizacional (como porcentagem dos fundos totais disponíveis para o biênio)

esteve de acordo com a RBPB.<sup>4</sup> Embora esta política se aplique apenas aos fundos do RB, também orientou a alocação dos fundos de Outras Fontes.

**Tabela 4: Resumo do orçamento por nível funcional para cada biênio (US\$ mil)**

Nível funcional	Programa e Orçamento aprovado	Fundos disponíveis 2008–2013	Executado	Fundos disponíveis (como % do PB)	Fundos disponíveis (como % dos fundos totais)	Taxa de execução (%)
País	727.757	759.751	692.452	104%	46%	91%
Sub-regional	131.231	82.401	77.014	63%	5%	93%
Regional	1.023.430	822.002	774.625	80%	49%	94%
<b>Total</b>	<b>1.882.418</b>	<b>1.664.154</b>	<b>1.544.091</b>	<b>88%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>

**Figura 5: Resumo do orçamento: aprovado, financiado e executado, 2008–2013 (US\$ milhões)**



69. A execução do orçamento total dos programas de base foi de US\$ 1,5 bilhão (93% de US\$ 1,6 bilhão disponível para o Plano Estratégico). As taxas de execução

<sup>4</sup> No período, a Política Orçamentária Regional para Programas requereu a seguinte mudança nas alocações por segmentos: no nível de país, 40%; no nível sub-regional, de 5% a 7%; e no nível regional, de 55% a 53%.

foram afetadas pelo recebimento tardio dos fundos, em particular os fundos recebidos perto do fim do biênio. A Figura 5 mostra os fundos disponíveis por biênio comparados com o PB aprovado e sua execução.

### Captação de Recursos

70. No período de seis anos do Plano Estratégico da Organização, os Programas e Orçamentos de dois anos variaram para refletir os recursos previstos necessários para alcançar os resultados planejados. Embora o financiamento do Orçamento Ordinário para esses Programas e Orçamentos tenha permanecido relativamente estável, houve flutuação nas contribuições voluntárias recebidas para implementar o programa completo. Além disso, a capacidade da Organização de sanar o déficit de financiamento refletiu grandes desafios no período final de dois anos, pois ocorreu aumento do déficit de 52% em 2012–2013 em relação a 2010–2011 (Tabela 5).

**Tabela 5: Situação do déficit de financiamento por biênio, 2008–2013**  
(US\$ milhões)

Tipo do financiamento	PB 2008–2009		PB 2010–2011		PB 2012–2013	
	Início do biênio	Final do biênio	Início do biênio	Final do biênio	Início do biênio	Final do biênio
Programa e Orçamento aprovado	626,1	626,1	643,0	643,0	613,4	613,4
Orçamento ordinário	279,1	278,1	287,1	286,7	285,1	279,6
Recursos captados	0	280,7	0,0	295,9	0	242,8
Déficit de financiamento	347,0	66,3	355,9	59,9	328,3	91,0

71. O aumento do déficit de financiamento pode ser atribuído aos seguintes fatores:
- Uma mudança no foco geográfico e temático por parte dos parceiros da Organização para Cooperação Econômica e de Desenvolvimento (OCDE). Esta mudança foi sobretudo importante com os países nórdicos.
  - A repercussão da crise internacional financeira no financiamento disponível da ajuda para desenvolvimento. Esta repercussão foi sobretudo importante com a Espanha, como mostrado na Tabela 6.
  - O impacto da reforma da OMS e as novas relações de participação com os parceiros de desenvolvimento. Houve uma tendência maior de os fundos que anteriormente eram negociados diretamente com a OPAS serem canalizados através da OMS, por exemplo, verbas da Fundação Gates e países nórdicos.

- d) Esforços dos parceiros de desenvolvimento de consolidar a colaboração com a OPAS, sendo que os parceiros passaram a patrocinar apenas um programa em vez de vários projetos. Embora esta situação proporcionava melhor alinhamento com o Plano Estratégico da Organização, houve declínio do apoio efetivo à OPAS.

**Tabela 6: Gasto das contribuições voluntárias por parceiros bilaterais, 2008–2013 (US\$ milhões)**

Parceiro bilateral	2008–2009	2010–2011	2012–2013
Brasil (somente externo)*	10,3	12,0	9,0
Canadá	24,5	35,1	46,1
Noruega	2,2	3,1	1,2
Espanha	29,6	40,5	20,5
Suécia	8,2	4,2	2,6
Reino Unido	1,4	1,3	1,3
Estados Unidos	34,8	39,5	40,7
Todos os outros	4,1	6,8	5,3
Total	115,1	142,5	126,7

\* O gasto reflete principalmente as contribuições do Governo do Brasil para apoiar o PANAFTOSA e BIREME.

72. O Plano Estratégico 2008–2013 da Organização inaugurou uma nova era na qual os Estados Membros estabeleceram suas prioridades de cooperação técnica pela primeira vez dentro da estrutura de RBM. Com esta nova modalidade em mente, quando os fundos não eram flexíveis o suficiente para ajustarem-se ao programa da Organização, foi feito um esforço constante para aumentar o apoio aos Objetivos Estratégicos mais prioritários. As cinco prioridades máximas estabelecidas pelos Estados Membros foram OE4 (saúde materna e da criança), OE1 (doenças transmissíveis), OE2 (HIV/aids, TB e malária), OE3 (doenças crônicas não transmissíveis) e OE7 (determinantes sociais e econômicos da saúde). As contribuições voluntárias, por sua vez, visaram principalmente o seguinte:

- a) OE4 (prioridade 1): vários dos parceiros externos tiveram de cumprir com os seus próprios mandatos institucionais. Por exemplo, o Canadá deu mais atenção aos programas e projetos que se ajustavam à sua própria Iniciativa Muskoka, que visa reduzir a mortalidade.
- b) OE7 (prioridade 5): apoio foi recebido das agências das Nações Unidas como PNUMA, CEPAL, OIT e PNUD para desenvolver intervenções intersectoriais ao nível nacional e regional para promover um ambiente mais saudável e contemplar as causas fundamentais de ameaças ambientais à saúde.

- c) OE1 (prioridade 2): como esta área é uma das funções básicas tradicionais de saúde pública, as contribuições voluntárias da USAID, CDC e Canadá contribuíram para esta prioridade.
- d) OE3 (prioridade 4): esta área foi incluída com êxito como prioridade máxima, e o Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNT foi criado com a intenção de forjar parcerias, formar redes e captar recursos para apoiar a cooperação técnica da OPAS.
- e) OE 2 (prioridade 3): apoio foi recebido de vários parceiros externos, inclusive União Europeia, UNAIDS e Fundo Global.

73. Deve-se reconhecer as contribuições voluntárias contínuas e importante recebidas ao longo destes anos dos seguintes parceiros de desenvolvimento:

- a) Bilaterais: Canadá, através do Departamento das Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento (DFATD),<sup>5</sup> Health Canada e Centro Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento; Espanha, através da Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECID); Estados Unidos, através dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Departamento de Estado, Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos (FDA) e Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID); e Suécia, através do Organismo Sueco Internacional de Desenvolvimento.
- b) Multilaterais: Comissão europeia, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).
- c) Outros: Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF), Fundação Rockefeller, Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI), Instituto Sabin de Vacinas e Colgate Palmolive Company.

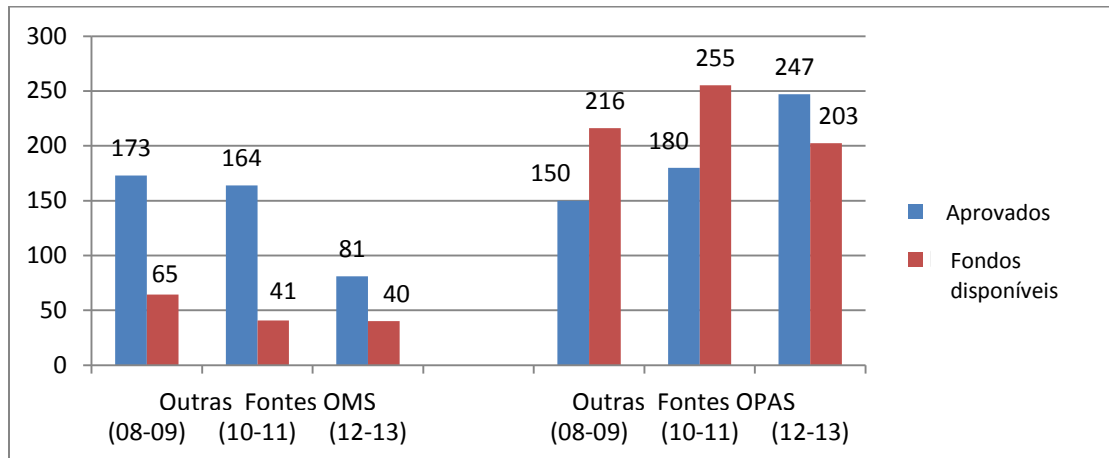
### **Financiamento por Fonte, 2008–2013**

74. O financiamento por fonte é mostrado na Figura 7. A OPAS continua captando recursos de Outras Fontes para o seu Programa e Orçamento. Em particular, as contribuições voluntárias captadas pela OPAS ultrapassaram as quantias orçamentárias aprovadas nos biênios 2008–2009 e 2010–2011. O biênio 2012–2013 é o único no qual os fundos captados não ultrapassaram o montante aprovado. Porém, o montante captado ainda foi 13% maior que o do biênio anterior e 35% maior que o montante captado em 2008–2009.

---

<sup>5</sup> Após a reestruturação dos Ministérios das Relações Exteriores em 2013, a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) foi integrada ao DAFTD.

**Figura 6: Financiamento por fonte: aprovado, financiado e executado, 2008–2013 (US\$ milhões)**



75. Com relação às contribuições voluntárias captadas da OMS, houve uma redução constante nas alocações nos três biênios, de US\$ 65 milhões em 2008–2009 a US\$ 41 milhões em 2010–2011 e US\$ 40 milhões em 2012–2013. Em todos os casos, as alocações da OMS representaram menos de 50% do orçamento aprovado de Outras Fontes a ser financiado pela OMS. Esta diminuição teve um impacto negativo na capacidade da OPAS de financiar plenamente o Plano Estratégico e contribuiu para o déficit de financiamento remanescente no fim do biênio 2012–2013.

### Financiamento por Objetivo Estratégico, 2008–2013

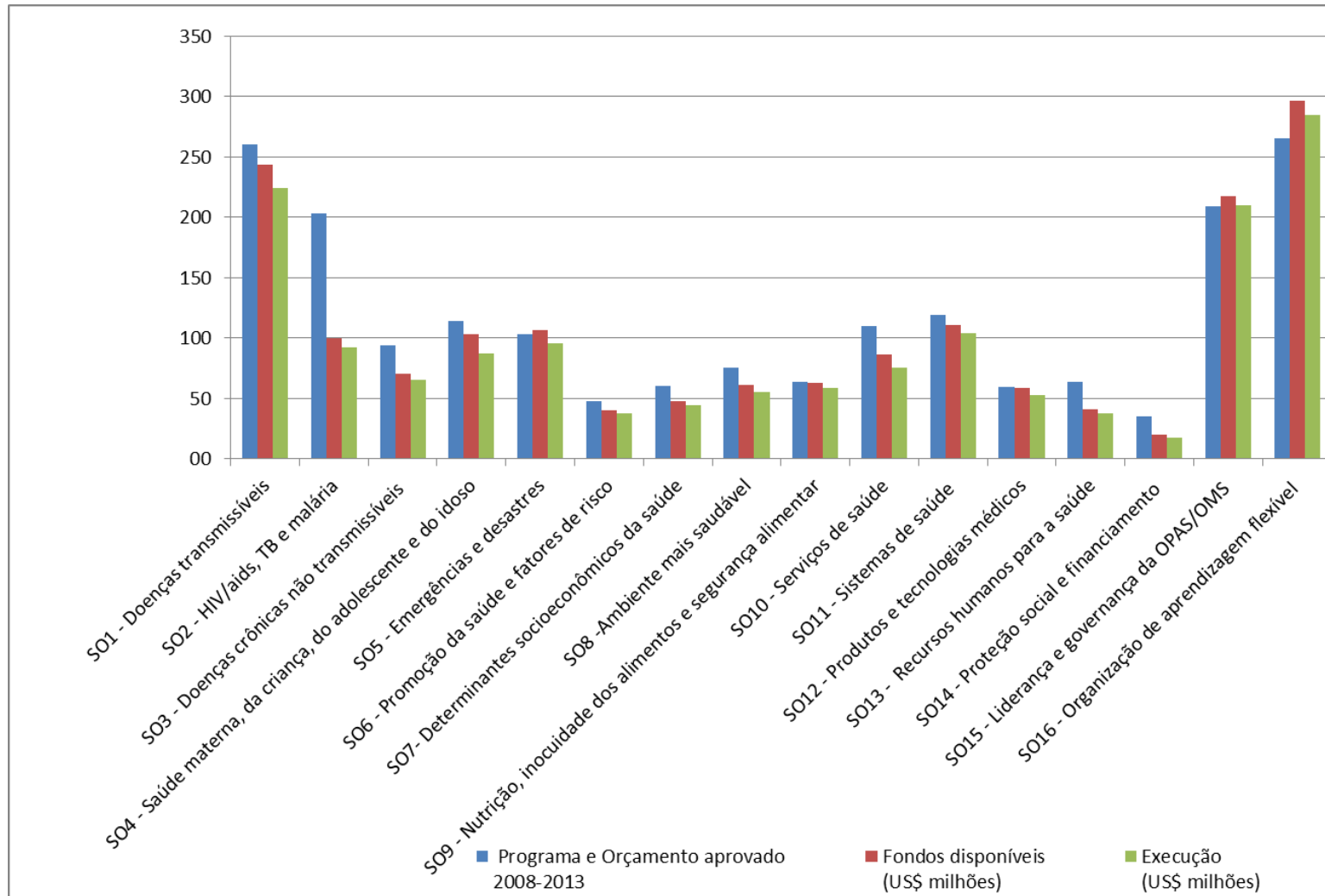
76. A Figura 7 mostra o orçamento por Objetivo Estratégico segundo o Orçamento aprovado para programas de base, fundos disponíveis para o biênio e gastos.

77. Dos 16 OEs, 14 obtiveram mais de 75% do seu nível esperado de financiamento. Dos 14 OEs de cooperação técnica básica (OE1-14), seis tiveram 90% ou mais do seu orçamento aprovado financiado. Os OE15 e OE16 (funções capacitadoras) também apresentaram altos níveis de financiamento. Informações sobre o orçamento para cada um dos OEs são fornecidas nos Relatórios dos Objetivos Estratégicos no Anexo A.

78. Como ilustrado na Figura 7, OE2 (HIV/aids, malária e TB), OE13 (recursos humanos em saúde) e OE14 (financiamento da saúde e proteção social) tiveram os menores níveis de financiamento (49%, 64% e 54, respectivamente) em comparação com os orçamentos aprovados. No caso do OE2, a diferença foi devida à superestimação do orçamento durante os processos de planejamento e ao fato de que parte dos fundos previstos provenientes dos parceiros não se concretizou. No que se refere ao OE14, é importante destacar que existe financiamento cruzado das atividades dos OEs 11, 12, e 13 porque esses cinco OEs têm em comum alguns aspectos relacionados com os sistemas e serviços de saúde. Todos os OEs tiveram uma taxa geral de execução orçamentária de



90% ou mais, com exceção do OE10 (serviços de saúde), que apresentou uma taxa de 89%.

**Figura 7: Resumo do Orçamento por Objetivo Estratégico, 2008–2013 (US\$ milhões)**

## Financiamento com as Contribuições Voluntárias Nacionais

79. No período 2008–2013, um total de US\$ 1,1 bilhão em contribuições voluntárias nacionais foi disponibilizado neste segmento para implementar programas nacionais de cooperação técnica. Os principais contribuintes de contribuições voluntárias nacionais neste período são apresentados a seguir.

**Tabela 7: Financiamento das contribuições voluntárias nacionais por país**

Estado Membro	Financiado (US\$)			
	2008–2009	2010–2011	2012–2013	2008–2013
Argentina	2.954.521	5.000.279	5.237.736	13.888.228
Bahamas	15.562			
Bolívia		61.039	52.488	122.078
Brasil	222.912.542	302.601.166	347.366.154	830.834.602
Brasil (Mais Médicos)			183.052.333	183.052.333
Canadá		39.255		
Colômbia	5.052.717	18.981.509	25.794.202	54.467.960
Equador	652.829	538.706	504.424	1.077.412
El Salvador		0	28.244	28.244
Guatemala	476.508	35.294	566	48.545
Guiana	16.773			
Honduras		312.596	1.022.616	1.396.351
México	1.859.976	677.910	585.336	1.933.220
Nicarágua				0
Paraguai	48.476			
Peru	1.211.763	1.307.504	1.384.353	3.355.071
Suriname	63.467	109.980	21.334	219.056
Trinidad e Tobago			18.688	18.688
Uruguai	12.164		64.138	64.138
<b>Total<sup>6</sup></b>	<b>235.277.298</b>	<b>329.665.238</b>	<b>565.132.612</b>	<b>1.130.075.148</b>

80. O montante de fundos de contribuições voluntárias nacionais teve um aumento de cerca de 71% comparado com o biênio anterior (de US\$ 329,6 milhões em 2010–2011 a US\$ 565,5 milhões em 2012–2013). O Brasil continua a ser o maior usuário desta

<sup>6</sup> Observe-se que os valores das contribuições voluntárias nacionais nos biênios 2008–2009 e 2010–2011 refletem os ajustes para transferência do remanescente no fim do biênio anterior. Assim, as cifras anteriormente informadas são maiores que as mostradas aqui.

modalidade de financiamento para cooperação técnica, representando mais de 90% dos fundos totais de contribuições voluntárias nacionais.

81. É importante observar que as contribuições voluntárias nacionais são uma modalidade para financiar a cooperação técnica em um determinado país, servindo para ampliar as intervenções como identificado na Estratégia de Cooperação de Países (ECP). Assim sendo, os fundos de contribuições voluntárias nacionais são usados para contemplar as prioridades identificadas na ECP do respectivo país e são implementados através de planos de trabalho bienais como parte do programa geral de cooperação técnica da OPAS com os países e para cada país em particular. Assim, esses fundos contribuem diretamente para atingir as metas dos indicadores de RERs nestes países. Além da contribuição direta ao avanço das prioridades de saúde pública nos países que utilizam esta modalidade, esses fundos também têm facilitado o intercâmbio da colaboração entre países, deste modo contribuindo para abordar as principais questões de saúde pública que são comuns aos países (por exemplo, a interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas na América do Sul).

#### **Análise da Alocação de Recursos versus Priorização dos Objetivos Estratégicos**

82. O Plano Estratégico classificou os OEs por prioridade programática (excluindo os OEs relacionados às funções capacitadoras, OE15 e OE16) para orientar a captação de recursos e alocação durante a implementação do plano.

83. A Tabela 8 mostra os OEs classificados de acordo com a prioridade programática, de 1 (prioridade mais elevada) a 14 (prioridade mais baixa), como aprovado no Plano Estratégico. Também mostra os fundos disponíveis para cada OE para os três biênios, 2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013. A diferença percentual entre 2008–2009 e 2012–2013 revela uma mudança positiva na alocação dos recursos entre três dos cinco OEs de prioridade máxima: OE4 (saúde materna, da criança, do adolescente e do idoso), OE1 (doenças transmissíveis) e OE3 (doenças não transmissíveis). Deve-se destacar que o alinhamento dos recursos com as prioridades programáticas é um processo complexo devido à flexibilidade limitada na alocação da maioria dos recursos disponíveis para a Organização em um biênio. Por exemplo, mais de 70% dos fundos do RB estão vinculados aos postos com contrato por prazo determinado (FTPs), que não são transferidos facilmente ou distribuídos aos diferentes OEs devido à associação técnica dos postos com os respectivos OEs. Além disso, a maioria das contribuições voluntárias recebidas pela Organização continua sendo altamente destinada, o que restringe a capacidade da RSPA de alocar recursos segundo a priorização dos OEs, conforme aprovado no Plano Estratégico. Embora a Organização continue se empenhando para melhorar o alinhamento entre as prioridades programáticas e a alocação dos recursos, este é um processo gradual que requer atenção contínua em planos, programas e orçamentos futuros.

**Tabela 8: Priorização programática vs. alocação de recursos, 2008–2013**

Objetivos Estratégicos	Priorização	Fundos disponíveis para o biênio (US\$ milhões)			Diferença percentual
		2008–2009	2010–2011	2012–2013	2008–2009 a 2012–2013
OE4: Saúde materna, da criança, do adolescente e do idoso	1	24,8	40,5	43,5	76%
OE01: Doenças transmissíveis	2	75,1	90,6	79,0	5%
OE2: HIV/aids, TB e malária	3	34,9	33,9	30,3	-13%
OE03: Doenças crônicas não transmissíveis	4	21	23,7	25,6	22%
OE7: Determinantes socioeconômicos da saúde	5	17,5	17	13,5	-23%
OE13: Recursos humanos para a saúde	6	14,8	15,1	10,5	-29%
OE10: Serviços de saúde	7	34,4	20,7	30,1	-12%
OE08: Ambiente mais saudável	8	19,1	22,7	19,5	2%
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco	9	14,2	13,6	12,3	-13%
OE14: Proteção social e financiamento	10	4,8	6,2	7,9	65%
OE11: Liderança e governança dos sistemas de saúde	11	31,1	39,7	37,9	22%
OE12: Produtos e tecnologias médicos	12	19,2	21,1	18,0	-6%
OE05: Emergências e desastres	13	49,3	32,9	23,4	-52%
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	14	15,8	28,1	18,4	16%

## VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

84. A Organização fez um progresso significativo na implementação da RBM e usou a experiência e as lições aprendidas para aperfeiçoar os seus processos de planejamento, projeção orçamentária e Monitoramento e Avaliação de Desempenho Institucional (PMA). Esses avanços foram possíveis mediante a colaboração com os Estados Membros, o compromisso da Gestão Executiva da RSPA (EXM), a participação do pessoal de todos os níveis da RSPA e o desenvolvimento de processos e ferramentas para facilitar sua implementação. As lições aprendidas e boas práticas identificadas em 2008–2013 têm sido aplicadas no desenvolvimento da nova Política Orçamentária da OPAS 2014–2019, novos Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e Programa e Orçamento 2014–2015 e no processo de planejamento operacional para 2014–2015, melhorando assim a eficiência e a efetividade da cooperação técnica da OPAS.

85. Persistem importantes lacunas nos componentes de aprendizagem e avaliação independente a fim de implementar plenamente a RBM na OPAS. Mais atenção deve ser dada a esses componentes nos próximos biênios para que a Organização consolide a aplicação da RBM.

86. As avaliações dos respectivos Programas e Orçamentos (2008–2009, 2010–2011 e 2012–2013) demonstram que a Organização fez um progresso constante para alcançar as metas do Plano Estratégico para 2013. Observou-se uma redução significativa nos fundos disponíveis no último biênio, principalmente por causa do decréscimo nas contribuições voluntárias (tanto da OPAS como da OMS).

87. A elevada taxa de realizações programáticas no último biênio do Plano Estratégico 2008–2013 foi decorrente do impulso conseguido nos biênios anteriores, esforços dos países para alcançar os ODMs e outras prioridades de saúde pública nacionais e regionais e eficiências implantadas pela RSPA para melhorar o nível de cooperação técnica da OPAS. Porém, deve-se considerar assegurar o financiamento saudável da Organização para que ela tenha os recursos necessários para responder de maneira efetiva e eficiente aos mandatos e prioridades dos Estados Membros.

88. A RSPA precisa continuar a aprimorar e promover modelos bem sucedidos para um enfoque integrado à cooperação técnica a fim de maximizar o seu impacto na saúde pública. É preciso explorar novas modalidades de cooperação técnica para ampliar o alcance da cooperação técnica da OPAS e assegurar que a Organização continue sendo atendendo as prioridades dos Estados Membros.

89. A má qualidade de alguns dos indicadores, a ausência de definições padrão e a falta de coerência entre certos indicadores de RERs e indicadores de OEs ao nível de impacto comprometeu a regularidade e limitou a avaliação de modo que foi difícil

demonstrar adequadamente o progresso para alcançar os resultados finais e de impacto. Os indicadores precisam ser bem definidos, com definição clara dos patamares iniciais e critérios a fim que se possa avaliar o alcance das metas. Além disso, os indicadores e as metas devem ser realistas e levar em consideração os riscos e as suposições relevantes.

90. Entre os principais fatores que contribuíram para não alcançar os indicadores estão: (a) a qualidade do indicador e limitações quanto a informações confiáveis para mensurar de maneira apropriada o progresso dos países e (b) metas pouco realistas para o período de planejamento, sem a devida consideração a situações específicas nos países e aos desafios por eles enfrentados nas áreas que requerem ação multissetorial. Além disso, a Organização tem usar um enfoque equilibrado para assegurar que as metas sejam razoavelmente alcançáveis mas a um patamar alto o suficiente para motivar ações no sentido de provocar as mudanças necessárias ao nível de resultados finais e de impacto no período de planejamento.

91. Embora tenha ocorrido progresso notável na qualidade tanto das informações como da prestação de informações, existem áreas importantes (como saúde materna, doenças crônicas, saúde mental e acesso a serviços de saúde) para os quais existe um volume limitado de dados atualizados e validados, ou ausência de dados, para que se possa mensurar adequadamente o progresso feito para alcançar os indicadores de impacto. Esta limitação provou ser um desafio ao definir os patamares iniciais dos indicadores e, portanto, afetou o processo de monitoramento e avaliação.

92. O processo de Monitoramento e Avaliação do Desempenho Institucional está bem consolidado na RSPA, com a participação dos gestores e do pessoal de toda a Organização. Dado a responsabilidade conjunta dos Estados Membros e da RSPA em obter os resultados do Plano, deve ser uma tarefa conjunta o monitoramento e a avaliação dos indicadores.

93. Observa-se uma tendência crescente no volume de fundos de contribuições voluntárias nacionais recebido nos dois últimos biênios (de US\$ 235 a US\$ 565 milhões). Esses fundos contribuíram para o progresso em alcançar metas de saúde pública nos países que usam esta modalidade para financiar a cooperação técnica da OPAS. Há necessidade de aprofundar a análise desta modalidade de financiamento e sua incorporação ao novo Plano Estratégico da OPAS e seus programas e orçamentos correspondentes.

94. As lições aprendidas com cada um dos OEs descritas neste relatório devem ser analisadas para que sejam identificados trunfos e falhas, o que possibilitaria à Organização pôr essas lições em uso ao reproduzir as intervenções com êxito e não permitindo que se repitam erros evitáveis ao implementar o novo Plano Estratégico da OPAS 2014–2019.

**Ação pelo Comitê Executivo**

95. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome conhecimento do Relatório Final Preliminar do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012–2013 e faça as recomendações que julgar necessárias.

Anexos



## VIII. Anexos

### Anexo A: Informe sobre cada objetivo estratégico (OE)

<b>OE1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles</b>							Alcanzado parcialmente <sup>1</sup> (73% de las metas de los indicadores alcanzadas)		
Situación del RPR <sup>2</sup>	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9

#### Panorama presupuestario del OE1

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
260,1	71,4	173,3	244,7	92%	94%

#### Evaluación programática del OE1

1. En el transcurso del Plan Estratégico 2008-2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) prestó cooperación técnica a los Estados Miembros para reducir la carga causada por las enfermedades transmisibles en la Región. Se establecieron los resultados previstos a nivel regional para guiar a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y a los países en sus esfuerzos por aumentar el acceso a las vacunas que salvan vidas; fortalecer los servicios de inmunización; mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) y la certificación de la erradicación de la poliomielitis; controlar o eliminar diversas enfermedades infecciosas y zoonóticas desatendidas; fortalecer los esfuerzos de vigilancia y respuesta; formar capacidad en los países en cuanto a la investigación operativa; establecer y mantener las capacidades básicas establecidas en el RSI; abordar las enfermedades epidémicas y pandémicas; y mejorar las actividades de alerta y respuesta, incluida la respuesta oportuna a las emergencias.

2. Aunque este objetivo estratégico se evaluó como parcialmente alcanzado, se han logrado importantes adelantos en la lucha contra las enfermedades transmisibles en la Región. Se brindó apoyo permanente a los países, lo que permitió que pudieran garantizar la sostenibilidad de los programas de vacunación, impulsar la cobertura de la vacunación al llegar a las poblaciones vulnerables con vacunas de buena calidad, y fortalecer la vigilancia y hacer el seguimiento del progreso. La Región sigue estando a la vanguardia de los esfuerzos de eliminación y erradicación de las enfermedades, como lo demuestra la capacidad de los países de mantener sus logros en cuanto a la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC y la erradicación de poliomielitis. Los países además registraron importantes adelantos con respecto a la eliminación de la lepra, la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro y la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas. Se han documentado adelantos específicos de algunos países con respecto a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (es decir, el tracoma, la

<sup>1</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>2</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

filariasis, la esquistosomiasis y la oncocercosis), incluida la verificación de la eliminación de la oncocercosis en Colombia. La Oficina también prestó cooperación técnica a algunos países a fin de fortalecer la capacidad de investigación operativa para generar nuevos conocimientos con respecto a estrategias e intervenciones eficaces de detección, control y eliminación de las enfermedades prioritarias.

3. Como parte del compromiso establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), todos los Estados Partes<sup>3</sup> deben establecer, fortalecer y mantener la capacidad de vigilancia y respuesta. Esta capacidad fue lograda en el 87% de los Estados Partes, que informaron una puntuación 60% por encima del mínimo establecido a nivel mundial para la capacidad de vigilancia. Además, la mayor parte de los países han avanzado en la ejecución sistemática de las intervenciones de vigilancia para abordar la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención de salud. Con el apoyo de la OPS, los países siguen esforzándose por lograr las capacidades básicas y se ha renovado el interés con respecto al RSI en la Región.

4. La OPS ha colaborado estrechamente con los países para elaborar planes de preparación y procedimientos normalizados de trabajo a escala nacional para los equipos de respuesta rápida en preparación para posibles brotes. El acervo de experiencia que se obtuvo mediante estos esfuerzos sentó bases que sirvieron para sustentar otras iniciativas regionales, como la formulación de los planes de respuesta al cólera. Además se han fortalecido enormemente los mecanismos de alerta y respuesta a lo largo de los últimos años en la Región mediante el trabajo colaborativo multidisciplinario por parte del equipo regional de alerta y respuesta, los expertos en las distintas áreas técnicas de la OPS y las representaciones de la OPS en los países. Como resultado, el 100% de todos los eventos de salud pública de importancia internacional se verificaron dentro de las 48 horas de su detección. Además, se han establecido operaciones eficaces para garantizar la respuesta oportuna a las emergencias en la Región.

#### **Principales logros con respecto al OE1**

a) Mediante el modelo TRIVAC de ProVac (de la OPS) se estimó que entre el 2002 y el 2012 hubo una reducción del 53% de las defunciones infantiles debidas a las enfermedades asociadas con mayor frecuencia con la muerte en la niñez, incluidas las infecciones por rotavirus, neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae* de tipo B.

b) Los Estados Miembros han reconocido las vacunas como un bien público y siguen priorizando los programas de vacunación, como lo demuestra la asignación de presupuestos nacionales destinados a la compra de vacunas y la formación de capacidad para el personal de salud, así como las decisiones para introducir vacunas nuevas en los programas nacionales de vacunación (PNV). Actualmente, el 87% de la cohorte de nacimiento en la Región vive en países que incluyen la vacuna antirrotavírica en sus PNV, el 90% de la cohorte de nacimiento vive en países que utilizan la vacuna antineumocócica y la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH) está ahora al alcance de más de 80% de las adolescentes en la Región de las Américas.

c) Todos los países y territorios han mantenido la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, así como la certificación de la erradicación de la poliomielitis al lograr una cobertura alta de vacunación, garantizar una vigilancia de buena calidad, y detectar y responder a los brotes oportunamente.

d) Todas las solicitudes recibidas por los Estados Miembros durante las emergencias o las epidemias se evaluaron y se respondieron en un período de veinticuatro horas en cumplimiento del RSI, y se enviaron de manera oportuna expertos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, así como miembros de los equipos regionales y de país. Las actividades de respuesta abarcaron los brotes de dengue,

---

<sup>3</sup> Un “Estado Parte” es todo Estado Miembro de la OMS que no ha rechazado expresamente el Reglamento de acuerdo con lo estipulado en el artículo 61 o un Estado que sin ser miembro de la OMS haya notificado al Director General de la OMS la adopción del Reglamento de acuerdo con lo estipulado en el artículo 64.

fiebre de Chikungunya, peste, cólera, infecciones intrahospitalarias neonatales y otras enfermedades infecciosas.

e) En los tres últimos años, se ha observado un progreso considerable en todos países de la Región con respecto a casi todas las capacidades básicas establecidas por el RSI, con mejoras de 15% o más en las siguientes capacidades: preparación, legislación y política, respuesta, servicios de laboratorio, eventos zoonóticos y vigilancia. Lograr y mantener las capacidades básicas del RSI es un proceso complejo que requiere del compromiso constante de los Estados Partes.

f) Desde el 2008, la proporción de información del evento inicial que se recibe por conducto de los centros nacionales de enlace del RSI (CNE) ha aumentado del 34% al 97%, lo que demuestra claramente el alto nivel de compromiso y funcionalidad de la red. A fines del 2013, 100% de todos los eventos de salud pública de importancia internacional se habían verificado dentro de las 48 horas tras su detección mediante la colaboración multidisciplinaria entre los CNE, la sede de la OPS y las representaciones de la OPS en los países. Desde enero del 2008 hasta diciembre del 2013, se evaluaron 932 eventos, 325 de los cuales requirieron verificación de los Estados Miembros.

g) A fines del 2013, todos los países y territorios estaban detectando y notificando los casos de dengue, con informes semanales del número de casos graves y de defunciones debidas a esta enfermedad, desglosado por sexo y edad al nivel de departamento o provincia (desde el 2012). La tasa de letalidad disminuyó de 0,07% en el 2010 a 0,05% en el 2013.

h) El Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD48.R12 (2008), en la que se estableció la meta de eliminación de la oncocercosis en la Región de las Américas para el año 2012. En el 2009, el Consejo Directivo también aprobó la resolución CD49.R19, en la que se estableció el 2015 como el año para alcanzar las metas de control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) en la Región de las Américas, incluida la oncocercosis. De acuerdo con estas resoluciones, Colombia fue el primer país del mundo que recibió la verificación de la OMS de la eliminación de la oncocercosis y Ecuador ha presentado una solicitud de verificación también. Con respecto al tracoma, México está cerca de lograr la eliminación.

i) Un total de 18 países eliminó con éxito la lepra como una inquietud de salud pública en los niveles nacional y subnacional, 17 países lograron la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, y 17 países interrumpieron la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas al reducir a menos de 1% la infestación doméstica en la zona definida.

j) Los países de la Región de las Américas siguieron fortaleciendo la situación de salud en relación con la fiebre aftosa y pudieron superar una emergencia en Paraguay. La Región no ha registrado ningún otro brote de fiebre aftosa en 33 meses.

### **Principales retos con respecto al OE1**

a) Persisten importantes diferencias en la cobertura de vacunación dentro de los países y es difícil demostrar la repercusión de las intervenciones de vacunación dirigidas a los municipios de cobertura baja con focos de personas susceptibles. Es particularmente difícil abordar los diversos determinantes de la cobertura baja, como las características geográficas, los niveles de ingresos y otros factores socioeconómicos.

b) Habida cuenta de la circulación de los virus del sarampión y la rubéola en otras regiones del mundo y el alto riesgo de que estos virus se reintroduzcan en la Región de las Américas, la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP28.R14 (2012) en la que se solicitaba la puesta en marcha de un plan de acción de emergencia a fin de mantener los logros en cuanto a la eliminación. En ese plan se subrayaba la necesidad de abordar los retos constantes que surgen del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de los países para garantizar la notificación oportuna de los

casos presuntos de sarampión y de rubéola, y para lograr la cobertura de vacunación sostenida y homogénea contra el sarampión y la rubéola a nivel municipal.

c) Varios retos requieren la atención de los ministerios de salud para procurar que el control y la eliminación de las EID siga manteniendo un nivel alto de prioridad en la agenda política y de salud pública de los países prioritarios de América Latina y el Caribe, haciendo hincapié en las siguientes medidas: 1) aumentar la cobertura de la eliminación de parásitos a fin de controlar las helmintiasis transmitidas por el suelo en 30 países con endemidad de la Región; 2) fortalecer los esfuerzos para eliminar la filariasis linfática en Brasil, República Dominicana, Haití y Guyana; 3) redoblar los esfuerzos para eliminar el tracoma causante de ceguera en Brasil, Colombia y Guatemala; 4) fortalecer los esfuerzos para eliminar la esquistosomiasis en Brasil y Venezuela; 5) coordinar los esfuerzos binacionales en la zona yanomami para brindar apoyo a la eliminación de la oncocercosis; 6) alcanzar la meta de la eliminación de la lepra primero al nivel subnacional en los países con endemidad; y 7) integrar las medidas para abordar los determinantes sociales de la salud relacionados con las EID, en particular el agua potable, el saneamiento básico y la educación sobre prácticas de higiene.

d) A pesar de la importancia cada vez mayor de la resistencia a los antimicrobianos en el escenario de la salud pública, el apoyo a este tema en la Región de las Américas ha estado disminuyendo en forma sostenida. Esta situación pone en peligro los logros obtenidos hasta el momento en la Región y obstaculizará la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, la formación de capacidad en materia de laboratorios y los esfuerzos de contención.

e) La respuesta a la pandemia de gripe por H1N1 del 2009 puso de relieve varios retos para los países, entre ellos: 1) la falta de datos vinculados en tiempo real de tipo clínico, epidemiológico y virológico sobre los casos graves; 2) la necesidad de sistemas adecuados de alerta anticipada y de capacidad de alerta y respuesta; 3) la necesidad de laboratorios competentes; y 4) la formación de capacidad para que los sistemas de salud puedan garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

f) Con respecto al RSI, los retos que persisten incluyen: 1) la institucionalización de las capacidades básicas del RSI para que sean pertinentes para cada país específico al mismo tiempo que se evitan enfoques del tipo “una medida sirve para todos”; 2) el fortalecimiento de los esfuerzos de seguimiento y evaluación con respecto a la aplicación del RSI para asegurar la rendición de cuentas mutua; y 3) la utilización del RSI como un instrumento eficaz para fomentar los mecanismos intersectoriales de coordinación.

g) Los recursos limitados están impidiendo las iniciativas a nivel de país para prevenir y controlar las enfermedades víricas epidemiológicas —por ejemplo, la fiebre hemorrágica boliviana, el hantavirus, la encefalitis equina y la fiebre de Chikungunya— y para preparar una respuesta coordinada a las enfermedades transmitidas por vectores.

h) Con respecto a las zoonosis y la inocuidad de los alimentos, la gestión eficaz de los riesgos para la salud pública se vio en dificultades debido a la necesidad constante de establecer o fortalecer los mecanismos y las plataformas permanentes de comunicación y colaboración intersectoriales entre los sectores de la salud, la agricultura y la ganadería, y el medioambiente.

#### **Enseñanzas extraídas del OE1**

a) La introducción reciente de nuevas vacunas en la Región ha planteado algunas temas clave que son importantes para los programas de vacunación: 1) la comunicación y la gestión y prevención de crisis es fundamental para mantener la integridad de los programas de gestión de la información; 2) los sistemas de información y vigilancia que funcionan bien son importantes para captar datos oportunos y precisos sobre la cobertura, así como la presencia de circulación de enfermedades en el territorio establecido; y 3) la integración de los servicios de vacunación con otros programas de salud que se dirigen a las poblaciones clave es beneficiosa.

- b) Es necesario integrar las actividades dirigidas a las EID en otros programas de salud pública para alcanzar las metas. Algunos ejemplos exitosos son: 1) la puesta en marcha de una campaña integrada innovadora en el Brasil (2013) a fin de llegar a los escolares con la desparasitación para combatir las helmintiasis transmitidas por el suelo y el tamizaje y tratamiento para la lepra y el tracoma, en el cual se desparasitaron 2,8 millones de escolares, se detectaron casi 300 casos nuevos de lepra en menores de 15 años de edad y se diagnosticaron y trataron aproximadamente 2.000 niños con tracoma; y 2) la experiencia de Belice, Honduras, México y Nicaragua, que integraron la desparasitación para combatir las helmintiasis transmitidas por el suelo en las actividades de la Semana de Vacunación en las Américas.
- c) El contexto epidemiológico, económico y político en torno al brote de fiebre aftosa en Paraguay demuestra el riesgo continuo de circulación vírica en el continente y subraya la necesidad de fortalecer los programas nacionales.
- d) Las experiencias a nivel de país en cuanto a la formulación nacional de los planes de preparación y los procedimientos normalizados de trabajo para la respuesta rápida a la gripe pandémica, la formación de capacidad para detectar agentes patógenos víricos epidemiológicos, y la elaboración, ejecución y evaluación de la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue* sentaron bases sólidas para otras iniciativas regionales, como la elaboración de planes de respuesta frente al cólera, y la respuesta rápida y coordinada a la introducción de la fiebre de Chikungunya en la Región.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

5. La evaluación de los indicadores del impacto de los objetivos estratégicos mostró una reducción del 53% en las defunciones infantiles debidas a las enfermedades prevenibles mediante vacunación asociadas con mayor frecuencia a la mortalidad en la niñez (las infecciones por rotavirus, neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae* de tipo B). Todos los países y territorios de la Región mantuvieron con éxito la certificación de erradicación de la poliomielitis, así como la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Aunque solo seis países declararon que mantenían los requisitos de capacidad básica mínimos establecidos en el RSI para junio del 2012, se renovó el compromiso y aumentó el sentido de propiedad del Reglamento por parte de las autoridades nacionales, lo que llevó a la adopción unánime de la decisión CD52(D5) por parte del 52.º Consejo Directivo de la OPS. Con respecto a las enfermedades infecciosas desatendidas, Colombia se convirtió en el primer país del mundo que recibió la verificación de la OMS de la eliminación de la oncocercosis, hubo una disminución de la letalidad debida al dengue, y se hicieron adelantos notables en la lucha contra la enfermedad de Chagas.

#### **Indicador 1 del OE1: Reducción de la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región**

**Línea de base:** 47 por 100.000 menores de 5 años en el 2002

**Meta:** 31 por 100.000 para el 2013

Dada la falta de datos fundamentados disponibles en el momento en que se propuso el indicador, se usó el modelo TRIVAC<sup>4</sup> de ProVac (de la OPS) para hacer un cálculo estimativo. Por medio de este modelo se estimó que entre el 2002 y el 2012 hubo una reducción del 53% de las defunciones infantiles debidas a las enfermedades asociadas con mayor frecuencia con la muerte en la niñez, incluidas las infecciones por rotavirus, neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae* de tipo B. Como resultado del aumento de la cobertura de las vacunas contra estas enfermedades en la Región, el modelo calcula que la mortalidad en la niñez debida a estas tres enfermedades prevenibles por vacunación descendió a 35,2 por 100.000 menores de 5 años.

---

<sup>4</sup> El modelo TRIVAC de ProVac TRIVAC ha sido examinado por el grupo de expertos de la OMS (conocido como QUIVER) y publicado. Los datos que se ingresan provienen de las mejores fuentes disponibles que gozan de reconocimiento internacional.

**Indicador 2 del OE1: Número de países que mantienen la certificación de la erradicación de la poliomielitis en la Región**

**Línea de base:** 38 países en el 2006

**Meta:** 38 países para el 2013

38 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU y VEN.

Todos los países y los territorios de la Región mantuvieron con éxito la certificación de erradicación de la poliomielitis. La OPS brindó apoyo a los países para mantener la vigilancia de buena calidad al poner en marcha sistemas de vigilancia basados en los casos de la parálisis flácida aguda, al asegurar la adherencia a indicadores de buena calidad de la vigilancia y al fortalecer la red regional de laboratorios mediante procesos de acreditación. Los países también se han esforzado por lograr una cobertura de vacunación alta contra la poliomielitis en todos los municipios, lo que incluyó realizar campañas de vacunación. En este período se alcanzó un hito importante cuando la Región terminó la primera fase del confinamiento en laboratorio del poliovirus.

**Indicador 3 del OE1: Número de países que logran y mantienen la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal en la Región**

**Línea de base:** 0 países en el 2006

**Meta:** 38 países para el 2013

38 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA y VEN.

El sarampión se eliminó en la Región de las Américas en el 2002, y la rubéola y el SRC se eliminaron en el 2002 y el 2009, respectivamente. Estos logros regionales fueron resultado de la aplicación de las estrategias recomendadas por la OPS en cuanto a la vigilancia, que incluyeron la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, pasando a un informe de vigilancia basado en los casos, y la detección y el aislamiento vírico para la genotipificación, así como a la aplicación de las estrategias recomendadas de vacunación como las campañas de vacunación masiva, las pruebas a hombres y mujeres menores de 40 años de edad, y la introducción de una vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (vacuna triple vírica) en el calendario ordinario de vacunación, al mismo tiempo que se garantizó una cobertura de vacunación de >95%.

En relación con la eliminación del tétanos neonatal, solo Haití no ha logrado la meta; este país sigue afrontando el reto de fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ordinario a todos los niveles. La OPS está prestando cooperación técnica para ejecutar y evaluar un plan para eliminar el tétanos neonatal allí.

**Indicador 4 del OE1: Número de países que han satisfecho los requisitos de capacidad básica para la vigilancia, la respuesta y los puntos de entrada, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional del 2005**

**Línea de base:** 0 países en el 2007

**Meta:** 35 países para el 2013

6 países lograron este indicador: BRA, CAN, CHI, COL, COR y USA.

Seis países han declarado que han logrado y mantenido las capacidades básicas mínimas establecidas en el RSI para junio del 2012, mientras que los 29 países restantes de los 35 Estados Partes de la Región solicitaron y obtuvieron una prórroga de dos años para establecer las capacidades básicas. La decisión de

Estados Partes refleja un enfoque responsable y transparente del proceso en curso de preparación de salud pública, que requiere un enfoque intersectorial dinámico al mismo tiempo que se mantiene un cierto grado de flexibilidad. Se preveía que un número considerable de Estados Partes solicitaría otra prórroga de dos años hasta el 15 de junio del 2016. Los retos principales que enfrentan los Estados Partes para lograr las capacidades básicas tienen que ver con abordar adecuadamente situaciones de emergencia química o radionuclear y algunas cuestiones relativas a los puntos de entrada.

**Indicador 5 del OE1: Reducción de la tasa de letalidad del dengue (dengue hemorrágico/síndrome de choque por dengue) en la Región**

**Línea de base:** 1,3% en el 2006

**Meta:** 1,0% para el 2013

Reducción de la tasa de letalidad del dengue a 0,05%.

La clasificación clínica del dengue se actualizó en el 2010 y ya no se incluye ninguna referencia al dengue hemorrágico o síndrome de choque por dengue. Este cambio significativo no se previó en el momento en que se estableció este indicador, lo que ha complicado la comparación de datos a lo largo del período que abarcó el Plan Estratégico. Sin embargo, después de que se inició el proceso de adaptación de las guías nacionales a fin de que estuvieran en consonancia con la nueva clasificación clínica del dengue y las directrices actualizadas del dengue de la OPS/OMS en el 2010, la tasa de letalidad del dengue descendió de 0,07% en el 2010 a 0,05% en el 2013. En la semana epidemiológica 52/2013, los países habían notificado 2.376.869 casos de dengue, con una incidencia de 435,5 por 100.000 habitantes; 1,6% de los casos notificados eran graves. Algunos de los retos que persisten son la necesidad de crear e implantar un sistema integrado de vigilancia del dengue, de fortalecer la capacidad del personal de salud a nivel de la atención primaria para detectar brotes y luego prevenir los casos graves y la muerte, y de fortalecer la capacidad nacional con respecto a la gestión integrada de vectores. La lucha contra el dengue debe incluir la concientización y el compromiso sostenido de las familias, las comunidades y otros sectores, así como la acción intersectorial.

**Indicador 6 del OE1: Número países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores en los 21 países endémicos en la Región**

**Línea de base:** 3 países en el 2006

**Meta:** 15 países para el 2013

Esta meta regional fue superada: 17 países en total certificaron la interrupción de la transmisión por el principal vector en todo el territorio o en subunidades territoriales. Este logro fue resultado de la ejecución de las iniciativas subregionales para la prevención, el control y la atención médica de la enfermedad de Chagas, que son esquemas subregionales de cooperación Sur-Sur que facilitan las medidas adecuadas de control de vectores, tamizaje universal de donantes en los bancos de sangre, y mejor atención médica en cuanto a la calidad y la cobertura.

**Indicador 7 del OE1: Número de países en la Región donde la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación**

**Línea de base:** 0 de los 6 países endémicos

**Meta:** 1 país para el 2013

Un país logró este indicador: COL.

Colombia fue el primer país del mundo que recibió la verificación de la OMS de la eliminación de la oncocercosis, después de una misión del equipo internacional de verificación en noviembre del 2012, con la recepción de la carta oficial de la OMS confirmando la eliminación en abril del 2013. Este logro servirá de ejemplo para que otros países avancen en torno a las medidas de eliminación de las EID. Ecuador presentó una solicitud de verificación de la eliminación de la oncocercosis en el 2013 y se prevé que un equipo

internacional de verificación visite el país en la primera mitad de 2014 para verificar que se ha logrado la eliminación. Guatemala y México terminarán los tres años de vigilancia epidemiológica postratamiento en todos los focos a fines del 2014 y, según sean los resultados de las evaluaciones epidemiológicas, luego podrían solicitar la verificación de la eliminación por parte de la OPS/OMS. El foco de casos en las comunidades yanomami, ubicado en una zona compartida por Brasil (foco amazónico) y Venezuela (foco del sur), es el reto final más importante para la eliminación de la oncocercosis de toda la Región. Este foco presenta algunas dificultades particulares: *i*) una población y zona geográfica divididas por una frontera política; *ii*) un acceso físico difícil en ambos países (zona selvática); y *iii*) el modo de vida nómada de los pueblos afectados. El reto para llegar a esta zona endémica incluye elevados costos logísticos y operativos, lo que dificulta prestar atención integral a las comunidades y lograr la cobertura necesaria del tratamiento.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 1.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar al máximo el acceso equitativo de todas las personas a vacunas de calidad garantizada, incluyendo productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados; fortalecimiento de los servicios de inmunización; e integración de otras intervenciones esenciales de salud de la familia y del niño con la inmunización</b>	Alcanzado parcialmente
--	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

6. La OPS sigue prestando cooperación técnica a los Estados Miembros en colaboración con los asociados estratégicos a fin de garantizar el acceso equitativo a las vacunas de buena calidad y de integrar los servicios de vacunación con otras medidas de salud pública. Los esfuerzos en curso para garantizar la sostenibilidad del programa incluyen facilitar los procesos decisorios con los países a fin de garantizar la asignación de recursos a los programas nacionales para la compra de vacunas, fortalecer la capacidad nacional del personal de salud, asegurar la infraestructura apropiada, determinar las oportunidades de integrar servicios que beneficien a las familias y comunidades, entre otros aspectos. Las actividades prioritarias para fomentar una mayor cobertura de la vacunación incluyen la ejecución de los planes nacionales de acción con intervenciones adaptadas para llegar a las poblaciones vulnerables con poco acceso a las vacunas y para superar los retos determinados por los propios países. La Región ha avanzado enormemente en el establecimiento de los centros centinela para la vigilancia del neumococo o del rotavirus a fin de fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia. Al 31 de diciembre del 2013, 35 países y territorios estaban participando en el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas a fin de evitar la escasez y mejorar el acceso a vacunas de buena calidad a precios competitivos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta, 2013	Alcanzada sí/no
1.1.1	Número de países que logran una cobertura de vacunación de más de 95% a nivel nacional (DPT3 como marcador)	17	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>25 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, BAH, BLZ, BRA, CAN, CUB, DOM, ECU, GRA, GUT, GUY, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PER, SCN, SAL, SAV, TCA, TRT, USA y URU.</p> <p>Todos los países de la Región consideran que sus programas nacionales de vacunación son una prioridad y han fomentado las alianzas en apoyo de estos programas; han asignado presupuestos nacionales para financiarlos, lo que va más allá de la compra de vacunas puesto que además brinda apoyo a la capacitación del personal de salud; y han ejecutado actividades adicionales para lograr una cobertura alta</p>				



y mantenerla. La cooperación técnica de la OPS con los países promueve el intercambio de las mejores prácticas para lograr que la cobertura de la vacunación sea alta. Se pueden consultar las cifras sobre la cobertura de vacunación en todos los países en el folleto *Inmunización en las Américas* que se encuentra en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3573&Itemid=2573&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3573&Itemid=2573&lang=es).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta, 2013	Alcanzada Sí/No
1.1.2	Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DTP3 como marcador con línea de base de 15.076 municipios en el 2005).	38%	32%	No
<p>Observaciones:</p> <p>A pesar de las iniciativas en curso de los países para llegar a los focos pequeños de personas sin vacunar y con poco acceso a los servicios de vacunación, no se logró esta meta del indicador: 50% de los municipios todavía notificaban una cobertura con la DPT3 de &lt;95% según datos del 2012. Los problemas persistentes asociados con la medición y el logro del indicador fueron: <i>i)</i> temas relativos al denominador, incluidas imprecisiones en el número de menores de un año de edad; <i>ii)</i> movimientos poblacionales entre los países y dentro de ellos; <i>iii)</i> cuestiones de calidad de los datos; y <i>iv)</i> la notificación oportuna de los datos. Los países que siguen informando el número más alto de municipios con cobertura baja son BOL, PAR y VEN. Continúan los esfuerzos intensos estos países para mejorar la cobertura de la vacunación en las zonas vulnerables, así como para superar otros retos encontrados en toda la Región.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta, 2013	Alcanzada Sí/No
1.1.3	Número de países que han incluido la vigilancia centinela del neumococo o del rotavirus en su sistema nacional de vigilancia epidemiológica	0	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países y territorios lograron este indicador: ABM, BOL, BRA, CHI, COL, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, SUR y VEN.</p> <p>La OPS proporcionó a los países cooperación técnica para establecer vigilancia centinela en funcionamiento dentro de los sistemas nacionales. En los últimos años, 20 países y territorios han establecido la vigilancia del rotavirus, mientras 11 países de la Región han establecido con éxito la vigilancia del neumococo (BOL, BRA, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER y VEN).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.1.4	Número de países que compran las vacunas para su Programa Nacional de Inmunización a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas	32/38	34/38	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>35 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU y VEN.</p>				

Para fines del 2013, 35 países y territorios estaban participando en el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. Se ha mantenido un debate continuo con México con respecto a los procedimientos de Fondo Rotatorio y los beneficios potenciales para el país.

**RPR 1.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mantener la eliminación del sarampión y la erradicación de la poliomielitis, y lograr la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita (SRC) y el tétanos neonatal**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

7. La Región de las Américas sigue estando a la vanguardia de los esfuerzos de eliminación y erradicación de las enfermedades, como lo demuestra la capacidad de los países para mantener los logros en cuanto a la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) y la erradicación de la poliomielitis. Un *Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas* fue aprobado por la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre del 2012) para proporcionar los pasos requeridos para mantener estos logros, garantizar una cobertura alta para proteger a las poblaciones susceptibles y prevenir posibles brotes, así como para brindar orientación que permita mantener una vigilancia de gran calidad, medida según los indicadores recomendados. Además se elaboró y ejecutó un plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis durante el período para apoyar a los países en la transición del período previo a la erradicación al período poserradicación, y mejorar la protección y vigilancia de las comunidades. La cooperación técnica en curso con Haití tiene por objeto superar el reto continuo de fortalecer el programa ordinario del PAI a todos los niveles en el país. La Región está cercana a verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, por lo que se dará prioridad al apoyo a los países en la ejecución del *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.2.1	Número de países con actividades de vigilancia y de vacunación para mantener la erradicación de la poliomielitis	38/38	38/38	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>38 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU y VEN.</p> <p>Según datos correspondientes al 2012, la cobertura regional de vacunación antipoliomielítica fue de 93%. Con respecto a la vigilancia, se lograron los indicadores clave relativos a la parálisis flácida aguda, incluida una tasa de notificación de 1,23 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, así como la obtención de una muestra adecuada de 80% de los casos notificados de esta enfermedad. La OPS sigue proporcionando cooperación técnica a los países para procurar que haya una vigilancia de buena calidad y que se logre una cobertura alta de la vacunación a fin de prevenir, detectar y responder a posibles brotes. La OPS también apoyará a los países en sus esfuerzos para abordar la erradicación de la poliomielitis, de acuerdo con el <i>Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018</i>.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.2.2	Número de países que han ejecutado intervenciones para lograr la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita	35/38	38/38	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>38 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Los pocos casos notificados de rubéola han estado asociados con casos importados y la OPS continúa su labor con los países para fortalecer la vigilancia y garantizar la detección y la respuesta rápida a los casos notificados.</p>				

<b>RPR 1.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
--	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de uno de los cinco indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de cuatro indicadores)

8. Aunque los resultados previstos a nivel regional solo fueron logrados parcialmente al finalizar el período del Plan Estratégico, se lograron importantes adelantos por parte de los países de la Región en cuanto a proporcionar a todos los grupos poblacionales acceso a las intervenciones para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades prioritarias. Se prestó cooperación técnica a los países donde la lepra es endémica a fin de que pudieran actualizar sus directrices nacionales sobre la detección, el tratamiento y la prevención con el propósito de proporcionar un acceso adecuado a los servicios de salud para un promedio de 35.000 casos nuevos cada año (36.178 casos nuevos notificado en el 2012). Dieciocho países eliminaron satisfactoriamente la lepra como una inquietud de salud pública a nivel nacional y subnacional, mientras que varios países más documentaron un gran avance. Con respecto a la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, la Región no logró la meta establecida por tan solo un país (17 de los 18 países lograron la eliminación) y se estableció una ruta clara para afrontar los desafíos complejos que se han identificado. Con respecto a las zoonosis, a pesar de las mejoras en la vigilancia y la preparación, persisten algunos retos cuando se trata de asegurar los recursos necesarios para formar la capacidad del país, asegurar la disponibilidad del material de laboratorio y mejorar la coordinación intersectorial. Se han logrado considerables adelantos en la lucha contra la enfermedad de Chagas; sin embargo, el compromiso político y la asignación de los recursos de los países siguen planteando retos. Por último, se han documentado adelantos específicos de algunos países en cuanto al aumento del acceso a las medidas para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (por ejemplo, en el 2012, 8,4 millones de personas fueron tratadas por filariasis linfática, principalmente en Haití; para fines del 2013, cerca de 185.000 personas de 538.517 ya no estaban en riesgo de oncocercosis; y 25,6 millones de menores de 15 años de edad fueron tratados por helmintos en el 2012). En particular, Colombia fue el primer país del mundo en eliminar la oncocercosis como fue verificado por la OMS, lo que representa un logro verdaderamente notable para la Región.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.3.1	Número de países que han eliminado la lepra a nivel nacional y subnacional como un problema de salud pública	16/24	24/24	No
<p>Observaciones:</p> <p>18 países lograron este indicador: COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SUR, TRT y URU.</p> <p>Aunque la meta de indicador no se logró, 18 países han eliminado con éxito la lepra como un problema de salud pública tanto a nivel nacional como subnacional, mientras que varios países más han progresado considerablemente. BRA está avanzando hacia la eliminación, pero todavía informa una prevalencia de &lt;1:10.000 habitantes a nivel nacional. Cinco países —ARG, BOL, DOR, PAR y VEN— eliminaron la lepra a nivel nacional, pero la eliminación al primer nivel subnacional todavía está pendiente. Deben proporcionarse recursos financieros y humanos suficientes a nivel regional y de país a fin de brindar apoyo a las actividades necesarias para mantener los logros registrados hasta la fecha y continuar avanzando para alcanzar la meta de la eliminación de la lepra.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.3.2	Número de países que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros	11	18	No
<p>Observaciones:</p> <p>17 países lograron este indicador: ARG, BLZ, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, SUR, URU y VEN.</p> <p>Diecisiete países han eliminado la rabia humana transmitida por el perro, como lo demuestra la ausencia de casos notificados en la base de datos regional (SIRVERA). Sin embargo, GUT y PER no han podido lograr este indicador, principalmente debido a una perturbación en la vacunación canina y la falta de concientización entre los funcionarios de salud de la necesidad de profilaxis postexposición tras una mordedura de perro. La OPS, en colaboración con los ministerios de salud, siguió llevando a cabo misiones técnicas sobre el terreno en los países afectados encaminadas a fortalecer sus programas contra la rabia. En la reunión de REDIPRA14 en el 2013, se solicitó a la OPS que examinase la definición de eliminación de la rabia transmitida por el perro, que será probada sobre el terreno y se empezará a aplicar en el 2014. Además, es necesario promover la causa al alto nivel político con los ministerios de salud para garantizar el compromiso político de mantener los programas para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.3.3	Número de países que mantienen la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes	11	23	No

<p>Observaciones: 11 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BRA, CHI, COL, COR, GUT, MEX, PAN, PAR, PER y URU.</p> <p>Un total de 11 países mantuvo o mejoró sus actividades de vigilancia y preparación con respecto a las enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes en grados variables durante el período, principalmente en el área de diagnóstico de laboratorio y capacidad de respuesta sobre el terreno. Este progreso ha sido posible gracias a diversas estrategias, como el intercambio de mejores prácticas entre los países, que permitió que los países con gran experiencia mejorasen la capacidad de otros de abordar los brotes mediante el uso de cooperación técnica entre los países (CTP), junto con la cooperación técnica directa de la Organización, que mejoró la capacidad de vigilancia y de respuesta rápida ante la gripe (por ejemplo, mediante reuniones subregionales), la rabia, la encefalitis equina (en COL, GUT, PAN y VEN), la fiebre amarilla y la encefalopatía espongiiforme.</p> <p>Sin embargo, deben superarse algunos retos importantes para aumentar la capacidad de los países en cuanto a la vigilancia, la detección temprana y la respuesta rápida a los eventos de importancia para la salud pública debidos a las zoonosis, incluida la ejecución de las intervenciones adaptadas. Estos retos y necesidades incluyen: <i>a)</i> mejor coordinación entre el sector de la salud y el agropecuario; <i>b)</i> recursos financieros y humanos fortalecidos y formación de capacidad; y <i>c)</i> mayor disponibilidad de los reactivos, los estuches de diagnóstico y las pruebas estandarizadas para facilitar la detección rápida de los brotes.</p>				
--	--	--	--	--

Ind.	Texto de indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.3.4	Número de países con Índice de Infestación Domiciliaria de sus vectores triatomínicos principales inferior a 1%	3/21	18/21	No

<p>Observaciones: 17 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER y URU.</p> <p>El logro de este indicador por parte de 17 países pone de relieve los considerables adelantos hechos en la lucha contra la enfermedad de Chagas, aunque no se logró la meta regional de este indicador. Los países han realizado extraordinarios esfuerzos para interrumpir la transmisión vectorial al reducir la infestación doméstica en la zona, en todo el país o en las subunidades territoriales endémicas. Algunos retos persistentes incluyen la necesidad de mayor compromiso político, las limitaciones del presupuesto nacional y los cambios institucionales en el sector de la salud.</p>				
---	--	--	--	--

Ind.	Texto de indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.3.5	Número de países que han adoptado programas o estrategias para la vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas	0	11	Sí

<p>Observaciones: 18 países alcanzaron este indicador: BLZ, BOL, BRA, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, PAN, PAR, PER, SAL, SUR y VEN.</p> <p>A fines del 2013, 18 países de la Región habían demostrado progreso considerable en la adaptación de los programas o las estrategias hacia las metas de control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID): BOL preparó un proyecto de plan nacional de acción para las helmintiasis</p>				
---	--	--	--	--

transmitidas por el suelo y está ejecutando las actividades subnacionales integradas (helminCIAS transmitidas por el suelo y fascioliasis); BRA puso en marcha un plan de acción nacional para seis EID y una campaña para la detección y el tratamiento de las helmintiasis transmitidas por el suelo, el tracoma y la lepra en los escolares; COL puso en marcha un plan de acción nacional para la oncocercosis, las helmintiasis transmitidas por el suelo y el tracoma causante de ceguera, y recibió la verificación de la OMS de la eliminación de la oncocercosis; DOR mantuvo la eliminación de parásitos para luchar contra las helmintiasis transmitidas por el suelo y la vigilancia de la filariasis linfática, y ejecutó una encuesta integrada para la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo; ELS redactó un plan de acción nacional dirigido a nueve EID; GUT puso en marcha un plan de acción nacional para seis EID; GUY mantuvo intervenciones integradas de control de las helmintiasis transmitidas por el suelo y la filariasis linfática; HAI mantuvo la cobertura alta del tratamiento de la filariasis linfática y las helmintiasis transmitidas por el suelo; HON terminó seis planes de acción subnacionales y amplió la eliminación de parásitos en la lucha contra las helmintiasis transmitidas por el suelo; MEX mantuvo las campañas nacionales de eliminación de parásitos para las helmintiasis transmitidas por el suelo y estaba cerca de la eliminación del tracoma; SUR preparó un proyecto de plan de acción para las EID y, en el 2011, fue retirado de la lista de la OMS de países donde la filariasis linfática es endémica. Como parte del progreso regional en este indicador, otros siete países (BLZ, ECU, PAN, PAR, PER, SAL y VEN) redactaron planes de acción sobre las helmintiasis transmitidas por el suelo. En términos generales, 15 países tienen ahora programas, planes, proyectos o estrategias dirigidos a múltiples enfermedades o interprogramáticos integrados para las EID. Entre el 2009 y el 2013 el número de países que empleaban un enfoque dirigido a múltiples enfermedades aumentó de 5 a 15, mientras que el número de países que empleaban un enfoque dirigido a una única enfermedad descendió de 18 a 8.

<b>RPR 1.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles, como componente de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

9. La OPS prestó cooperación técnica a los países para mejorar su sistema de vigilancia y la capacidad de respuesta e informar sobre los indicadores relacionados con la vigilancia al: *a)* brindar apoyo a los Estados Partes al establecer, fortalecer y mantener la capacidad de vigilancia y respuesta como parte de su compromiso de acuerdo con el RSI, lo que fue logrado por 87% de los Estados Partes, que informaron una puntuación al menos 60% por encima del conjunto mínimo estandarizado a nivel mundial para la capacidad de vigilancia; *b)* facilitar la ejecución sistemática de las intervenciones de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención de salud, como lo han demostrado los logros de los países en torno a la creación de sistemas nacionales de vigilancia de estas infecciones y de planes de control, las investigaciones de brotes de infecciones relacionadas con la atención de salud, y el establecimiento de redes de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, entre otros aspectos; y *c)* ayudar a los países y los territorios de la Región para que suministren información oportuna sobre la cobertura de vacunación y los esfuerzos de vigilancia, incluidos los datos a nivel de estado o provincia, a fin de ayudar a orientar las intervenciones. Estos esfuerzos colectivos contribuyeron al fortalecimiento de los sistemas integrales de vigilancia y de información de salud en la Región.

Ind.	Texto de indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.4.1	Número de países con un sistema de vigilancia para todas las enfermedades transmisibles importantes para la salud pública del país	14	20	Sí
Observaciones: 27 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM,				

DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, TNT, USA y VEN.

Según el informe anual de los Estados Partes del RSI a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, 27 de los 31 Estados Partes (87%) de la Región que presentaron un informe tenían una puntuación por encima del 60% con respecto al conjunto mínimo estandarizado a nivel mundial para la capacidad de vigilancia. Desde la adopción generalizada de un formato estandarizado para presentar información a la Asamblea de la Salud (64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, mayo del 2011), se han observado mejoras sustanciales en la puntuación regional promedio con respecto a la capacidad de vigilancia, de 59% en el 2011 a 82% en el 2013 (66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud). De los 28 Estados Partes, 25 (86%) que solicitaron y obtuvieron la prórroga 2012-2014 indicaron que todavía debían poner en marcha medidas para mejorar sus sistemas de vigilancia.

Ind.	Texto de indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.4.2	Número de países que presentan a la Oficina Sanitaria Panamericana los formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, de conformidad con los plazos establecidos	15/38	20/38	Sí

Observaciones:

22 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CUB, DOM, ELS, GRA, GUY, HON, JAM, NIC, SAL, SCN, SUR, TCA, TRT, URU y USA.

Un total de 22 países y territorios presentaron con éxito sus respectivos formularios conjuntos de notificación de la OMS/UNICEF sobre la vigilancia y el seguimiento de la inmunización en la fecha límite establecida del 15 de abril del 2013. Otros 15 países presentaron el formulario después de la fecha límite, pero de todas maneras los datos fueron incluidos en *Inmunización en las Américas, Resumen 2013*. De los 37 países que presentaron los formularios, 17 incluyeron la cobertura de vacunación desglosada por estado o provincia. La OPS mantiene un diálogo constante con todos los países para procurar que se suministre la información de manera precisa y oportuna.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.4.3	Número de países que llevan a cabo sistemáticamente una labor de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.	17/35	27/35	Sí

Observaciones:

27 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU, USA y VEN.

Veintisiete países de la Región están llevando a cabo sistemáticamente una labor de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Se ha logrado notable progreso en varios países: 1) ECU ha dado nueva forma y ha fortalecido la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos a escala nacional, y también elaboró un plan nacional para la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria; 2) en CHI, la colaboración entre Instituto de Salud Pública y el Ministerio de Salud permitió que se investigara exitosamente un brote intrahospitalario causado por *Sarocladium kiliense*; 3) en ARG, como un ejemplo de la cooperación Sur-Sur, ese país proporcionó un programa externo de garantía de la calidad a América Latina y brindó apoyo a la identificación fenotípica y genotípica de mecanismos

extraños o emergentes de resistencia; 4) GUT y NIC aumentaron su capacidad de detectar mecanismos emergentes de resistencia, incluidas las enzimas carbapemasas; 5) SUR comenzó a crear una red del Caribe de vigilancia de la resistencia con la participación de las instituciones privadas y la comunidad académica; 6) BAR, BLZ y PAN aumentaron la capacidad de respuesta a los brotes de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria causadas por organismos multirresistentes; y 7) COL formó una red nacional de vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y está en la etapa inicial de la vigilancia integrada de la resistencia a los antimicrobianos en el sector alimentario tanto humano como animal.

<b>RPR 1.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar su capacidad de investigación y desarrollar, validar y hacer disponible y accesible los nuevos conocimientos, instrumentos de intervención y estrategias, acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles</b>	Alcanzado plenamente
---	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

10. Se han logrado importantes avances en la Región con respecto al fortalecimiento de la capacidad de investigación dentro de los países y la generación de nuevos conocimientos para configurar las estrategias y las intervenciones dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles prioritarias. Se superó el indicador conexo dado que más de cinco países llevaron adelante investigaciones básicas y operativas en diversas áreas técnicas, incluida la formulación de intervenciones para el control de los triatomas domiciliarios y no domiciliarios, apoyo a los programas nacionales contra la tuberculosis y estandarización de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real como marcador biológico de la enfermedad de Chagas. Además, algunos de los países lograron otros beneficios con respecto a la formación de capacidad en las áreas de la epidemiología, el análisis de datos, la redacción científica y el desarrollo de subvenciones. Además se prestó cooperación técnica a ARG, BRA y PAR para la elaboración de una propuesta a fin de ampliar la investigación en torno a la leishmaniasis. Persisten algunos retos relativos a los limitados recursos humanos y financieros.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.5.1	Número de países que han puesto en marcha investigaciones operativas de acuerdo con las prioridades de investigación relacionadas con las enfermedades transmisibles	0/33	5/33	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, GUT, MEX, PAR, PER, URU y VEN.</p> <p>Los países han puesto en marcha investigaciones operativas de acuerdo con las prioridades de investigación relacionadas con las enfermedades transmisibles definidas en sus propios países. Algunos ejemplos específicos son la formulación de intervenciones para el control de triatomas domiciliarios y no domiciliarios (ARG, BOL, GUT, MEX y PAR) y el control del dengue (BRA, COL y URU); el apoyo al programa nacional contra la tuberculosis en ECU; y la capacitación sobre la aplicación de los métodos de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para la enfermedad de Chagas dirigida a los laboratorios en 11 países latinoamericanos (ARG, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, MEX, PAR, PER, URU y VEN). La cooperación técnica ha fortalecido la capacidad de investigación operativa en las áreas de epidemiología y análisis de datos (ECU y GUT), redacción científica (BOL, COL, ECU, GUT, MEX, PAR y PER) y elaboración de protocolos (ECU y HON).</p>				



<b>RPR 1.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de que adquieran la capacidad mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para establecer y fortalecer sistemas de alerta y respuesta para su uso en epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional</b>	Alcanzado parcialmente
--	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de uno de los dos indicadores del RPR; no se alcanzó la meta de un indicador)

11. Veintinueve de los 35 Estados Partes de la Región han solicitado y obtenido una prórroga de dos años para establecer las capacidades básicas, mientras que los seis países restantes han confirmado que las capacidades estaban establecidas y podrían mantenerse. Esta decisión de los Estados Partes muestra un enfoque responsable y transparente del proceso de preparación de salud pública en curso y requiere un enfoque intersectorial fuerte al mismo tiempo que se mantiene cierto grado de flexibilidad. Se prevé que un número considerable de Estados Partes solicitará otra prórroga de dos años hasta el 15 de junio del 2016. Sin embargo, gracias al impulso generado por los hitos establecidos por el RSI, se renovó el compromiso y aumentó el sentido de propiedad del Reglamento de las autoridades nacionales, lo que llevó a la adopción unánime de la decisión CD52(D5) por parte del 52.º Consejo Directivo de la OPS. Los esfuerzos de colaboración a nivel internacional para orientar la preparación nacional frente a los riesgos químicos y de radiación fueron notables.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.6.1	Número de países que han adquirido las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	0	25	No
<p>Observaciones:</p> <p>6 países alcanzaron este indicador: BRA, CAN, CHI, COL, COR y USA.</p> <p>La cooperación técnica prestada por la Oficina a los Estados Partes facilitó el proceso de adopción de decisiones para determinar si se habían logrado las capacidades básicas y, por consiguiente, decidir si debía presentarse una solicitud de prórroga para el 2012-2014. Este proceso dio lugar a que seis Estados Partes confirmasen que estas capacidades estaban establecidas y podrían mantenerse, mientras que 29 de los 35 Estados Partes presentaron una solicitud, acompañada de un plan de acción. En los tres últimos años, se ha observado un progreso considerable con respecto a casi todas las capacidades básicas del RSI en todas las subregiones, con mejoras de 15% o más en las siguientes capacidades: preparación, legislación y política, respuesta, servicios de laboratorio, eventos zoonóticos y vigilancia. Además, 31 de los 35 Estados Partes (89%) indicaron sus puertos designados (64 en total), 34 de los 35 Estados Partes (97%) indicaron sus aeropuertos designados (77 en total) y 9 Estados Partes proporcionaron una lista de sus pasos fronterizos terrestres designados (22 en total). Los puntos débiles fundamentales que se encontraron y que impidieron que se logren las capacidades básicas tuvieron que ver con el manejo de riesgos químicos y radiológicos.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.6.2	Número de países que mantienen programas de capacitación centrados en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos	16	23	Sí

Observaciones:  
 26 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT y USA.

Veintiséis países mantuvieron programas de capacitación para fortalecer la capacidad de respuesta a los brotes en sus respectivos países, como lo demuestra la existencia de capacitación sobre epidemiología práctica o programas equivalentes, así como el establecimiento del programa subregional del Caribe. Sin embargo, según el informe anual sobre el RSI a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (mayo del 2013), que incluyó las presentaciones de 31 de los 35 Estados Partes de esta Región, la capacidad regional promedio con respecto a los recursos humanos fue de solo 57% del estándar mínimo mundial. En cuanto a las 13 capacidades básicas, los recursos humanos registraron la cuarta puntuación más baja.

<b>RPR 1.7: Se habrá dotado a los Estados Miembros y a la comunidad internacional de medios de detección, contención y respuesta eficaz respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandemiógenas (como la influenza, el dengue, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste y la viruela)</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

12. El apoyo de la OPS en cuanto a la detección, la contención y la respuesta a la gripe pandémica, los agentes patógenos víricos epidemiológicos y los brotes de dengue han llevado al enriquecimiento de las experiencias de los países, lo que sentó bases sólidas para que los países ejecutasen las iniciativas regionales más recientes, como los planes de respuesta frente al cólera. Por ejemplo, la respuesta exitosa ante la gripe pandémica dio lugar a la elaboración de procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida y de herramientas de vigilancia para los países. La colaboración estratégica estrecha con el Organismo de Salud Pública del Caribe ha sido fundamental para esta labor en el Caribe. Resulta urgente movilizar recursos para continuar con el apoyo a los países en la prevención y el control de las enfermedades víricas epidemiológicas, por ejemplo, la fiebre hemorrágica boliviana, el hantavirus, la encefalitis equina y la fiebre de Chikungunya, entre otras.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.7.1	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida contra la gripe pandémica	17/35	35/35	Sí
Observaciones: 35 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, SAL, SAV, SCN, SUR, URU, USA y VEN.  Todos los países de la Región han elaborado planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida contra la gripe pandémica. En los países del Caribe oriental (ECC), los planes nacionales sobre la gripe se han usado como un ejemplo de preparación frente a múltiples riesgos para fortalecer los planes de respuesta al cólera.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.7.2	Número de países con las capacidades básicas para detectar virus y patógenos con potencial epidémico de acuerdo a las guías de vigilancia epidemiológica de la OPS/OMS	2	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, COL, ECU, GUY, PAN, PAR, PER, SUR, TRT y VEN.</p> <p>Doce países de la Región crearon y fortalecieron con éxito la capacidad del país de detectar enfermedades epidemiológicas como resultado del trabajo sólido de preparación que tuvo lugar a lo largo de los últimos años, en particular con respecto a la fiebre amarilla, de los esfuerzos conjuntos con los asociados técnicos como los CDC y los centros colaboradores de la OMS, y de la estrecha colaboración con el Organismo de Salud Pública del Caribe.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.7.3	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias para el control del dengue de acuerdo con las guías de la OPS/OMS	14	23	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>23 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Veintitrés países de la Región han estado ejecutando las intervenciones actualizadas para el control del dengue, que están en consonancia con las nuevas directrices sobre el dengue de la OMS. Además se elaboraron, adaptaron y distribuyeron nuevas directrices para el tratamiento de los pacientes con dengue a los países de toda la Región en combinación con oportunidades de capacitación que surgieron en los últimos años. También se elaboraron cuatro estrategias subregionales para el control del dengue en el Caribe de habla inglesa, Centroamérica, la zona andina y el Cono Sur, así como una estrategia específica para los territorios de habla holandesa.</p>				

<b>RPR 1.8: Se habrá coordinado y puesto rápidamente a la disposición de los Estados Miembros la capacidad regional y subregional para la detección, comprobación, evaluación de riesgos y respuesta a epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

13. A fines del 2013, se habían verificado 100% de los eventos de salud pública de importancia internacional dentro de las 24 horas de ser detectados. Este logro fue resultado del trabajo de colaboración multidisciplinaria entre los equipos de alerta y respuesta, los expertos de todas las áreas técnicas de la OPS y las representaciones de la OPS. Desde enero del 2008 hasta diciembre del 2013, se evaluaron 932 eventos, 325 de los cuales requirieron verificación de los Estados Miembros. Desde el 2008, la proporción de información inicial sobre el evento que se recibe por conducto de los centros nacionales de enlace del RSI (CNE) ha aumentado del 34% al 97%. Los eventos restantes fueron detectados por la vigilancia de la OPS/OMS a nivel regional y de las representaciones. Durante este período se mantuvo un sistema de responsables de guardia las 24 horas los siete días de la semana para cubrir toda la comunicación

relacionada con el RSI. Se actualizó la página web de alerta y respuesta de la OPS mantener informados a los Estados Miembros. La disponibilidad las 24 horas los siete días de la semana de los Estados Miembros se probó mediante pruebas de comunicación dos veces al año y se proporcionaron los resultados a fin de que pudieran tomarse medidas correctivas de ser necesario. Algunos ejemplos de los eventos notificados en la Región de las Américas durante este período son una pandemia de gripe en México; un brote de cólera en La Española, Cuba y México; un brote de la fiebre de Chikungunya en el Caribe; casos de fiebre hemorrágica boliviana en Bolivia; casos de peste neumónica en el Perú; casos de intoxicación por metanol en el Ecuador; casos de intoxicación por dextrometorfano contaminado en Paraguay; un brote de infección vírica por Oropouche en Perú; un caso extremadamente farmacorresistente de tuberculosis con viajes extensos detectado en Estados Unidos; y casos de hepatitis no viral posiblemente asociada con suplementos alimentarios de OxiElite. Se recibieron solicitudes de apoyo en relación con varios de estos eventos y la Organización proporcionó el apoyo solicitado.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.8.1	Porcentaje de eventos de salud pública de importancia internacional verificados en el plazo recomendado por el Reglamento Sanitario Internacional	85%	98%	Sí
Observaciones: A fines del 2013, 100% de todos los eventos de salud pública de importancia internacional se habían verificado dentro de las 48 horas de haber sido detectados por medio de las actividades de vigilancia de la OPS/OMS. Desde enero del 2008 hasta diciembre del 2013, se evaluaron 932 eventos y los Estados Miembros fueron alertados acerca de los riesgos planteados por eventos fundamentados por medio de 135 alertas epidemiológicas y 262 artículos publicados en el sitio de información sobre eventos.				

<b>RPR 1.9: Operaciones y respuesta eficaces de los Estados Miembros y la comunidad internacional a situaciones de emergencia declarada por enfermedades epidémicas y pandémicas</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

14. La OPS ha respondido sistemáticamente de manera oportuna a todas las solicitudes recibidas de los Estados Miembros durante situaciones de emergencia, un logro que pone de relieve la eficacia de las operaciones que se han puesto en funcionamiento. La activación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos ha demostrado una y otra vez ser un mecanismo fundamental para el despliegue rápido de expertos a fin de responder a los brotes regionales, quienes trabajan en colaboración con los miembros del equipo regional y a nivel de país. Algunos ejemplos de esta colaboración son la respuesta a un brote de fiebre hemorrágica boliviana en BOL, a brotes de dengue en DOR y HON, a un brote de fiebre de Chikungunya en el Caribe y a un brote de peste en Perú.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
1.9.1	Porcentaje de respuestas de la OSP condescendientes con el Reglamento Sanitario Internacional, a solicitudes de apoyo de los Estados Miembros durante emergencias o epidemias	90%	100%	Sí

## Observaciones:

Todas las solicitudes recibidas por los Estados Miembros durante las emergencias o las epidemias se evaluaron y se respondieron en un plazo de 24 horas en cumplimiento del RSI, y se enviaron expertos de manera oportuna. Algunos ejemplos de estas acciones son el despliegue de miembros del equipo regional o de país de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos para responder rápidamente a brotes de dengue en DOR y HON, brotes infecciosos en BAR y BLZ, el brote de fiebre de Chikungunya en el Caribe y la peste en PER.

<b>OE2: Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria</b>					Alcanzado parcialmente <sup>5</sup> (83% de las metas de los indicadores alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>6</sup>	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6

## Panorama presupuestario del OE2

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
202,9	23,7	75,4	99,1	93%	49%

## Evaluación programática del OE2

15. En el período de seis años del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013, la OPS proporcionó a los Estados Miembros cooperación técnica para combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, enfermedades que causan una importante carga social, económica y de salud en la Región de las Américas. Se elaboraron y ejecutaron estrategias e intervenciones eficaces para mejorar la prevención, la detección, el tratamiento y el control de la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Como resultado, la incidencia de la infección por el VIH en la Región disminuyó de aproximadamente 16,9 por 100.000 habitantes en el 2006 a 15,0 infecciones nuevas por 100.000 en el 2012. Entre el 2008 y el 2013, la incidencia estimada de la tuberculosis se redujo de 39 a 29 casos por 100.000 habitantes y la incidencia de malaria se redujo en un 49%. Se concibieron y pusieron en marcha medidas innovadoras para aumentar el acceso a las intervenciones en las poblaciones vulnerables con respecto a estas tres enfermedades, y los países recibieron apoyo para incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos en sus planes, políticas y servicios. El aumento de la participación en el Fondo Estratégico de la OPS contribuyó a que mejorase el acceso a los medicamentos esenciales y los productos básicos de salud de buena calidad, y a que el acceso fuese más equitativo. Se fortaleció la capacidad regional de generar y utilizar la información estratégica sobre la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, al igual que de vigilar de manera eficaz la evolución de la farmacorresistencia.

16. Mediante la aprobación de la resolución CD50.R12 en el 2010, la Región consolidó y fortaleció aun más su compromiso de eliminar la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH. Como resultado de los esfuerzos regionales y de los países, la cobertura regional estimada de las pruebas de

<sup>5</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>6</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

detección del VIH en embarazadas en América Latina y el Caribe aumentó de 29% en el 2005 a 63% en el 2012, y el número de niños que contrajeron VIH por primera vez descendió un 24% en América Latina y 32% en el Caribe entre el 2009 y el 2011. Es posible que al menos 13 países (ABM [Anguila], ANI, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, GUY, JAM, NCA [Bermudas], SAL, SAV y USA) hayan logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita. La formación de capacidad en curso y la creación de herramientas como los planes detallados para los servicios dirigidos a las personas transgénero y a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres contribuyeron a mejorar los servicios, aunque persisten algunas barreras importantes para el acceso de estos grupos poblacionales clave a los servicios de atención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Los esfuerzos continuos de los países, la formación de capacidad y el análisis regional de los programas de tratamiento y atención contribuyeron a la ampliación de la cobertura de los programas de tratamiento y, de hecho, la cobertura del tratamiento de la infección por el VIH aumentó a 75% (de 66% a 87%) en América Latina y el Caribe en el 2012.

17. Con respecto a la malaria, los países han armonizado sus estrategias nacionales con las directrices recomendadas y siguen aplicando la estrategia y el plan de acción actualizados sobre la malaria 2011-2015, componentes del plan de acción de Hacer Retroceder el Paludismo, y otras directrices técnicas de la OPS que se han formulado para la Región de las Américas. De los 21 países de la Región donde la malaria es endémica, 13 ya han alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 de reducir en un 75% la morbilidad por malaria en el año 2015 con respecto al año 2000. Otros cinco países están en camino de cumplir este ODM en los próximos años. En el 2012, los países notificaron 469.378 casos de malaria y 108 muertes, lo que muestra una disminución de 60% en los casos y de 72% en las defunciones desde el 2000. Los casos registrados de malaria siguieron disminuyendo en 17 de los 21 países donde esta enfermedad es endémica. Los programas nacionales contra la tuberculosis han fortalecido la vigilancia, lo que produjo mayores tasas de detección de casos de tuberculosis, y seguirán los esfuerzos para superar los retos relacionados con el tratamiento acortado directamente observado (DOTS) de buena calidad, los esfuerzos de control a nivel de país y el uso de nuevos tratamientos cuando estén disponibles. Además, ha aumentado la colaboración entre los programas contra la tuberculosis y contra la infección por el VIH en la Región. También se ha prestado apoyo para elaborar planes nacionales para la ampliación del tratamiento programático de la tuberculosis multirresistente (TB-MR) en los países prioritarios. De manera análoga, a fines del período de notificación se puso en marcha un nuevo enfoque interprogramático e intersectorial para abordar la prevención y el control de la tuberculosis en las grandes ciudades, donde se encuentran la mayor parte de los casos de tuberculosis sin diagnosticar, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal de salud.

18. La participación de los países en el Fondo Estratégico de la OPS para la compra de medicamentos esenciales para estas tres enfermedades ha aumentado en este período en un intento de evitar los desabastecimientos y prevenir las brechas en el tratamiento. Cuarenta países ejecutaron las medidas de seguridad de la sangre y llevaron a cabo el tamizaje del VIH en 100% de las unidades de sangre donadas.

19. El fortalecimiento de la vigilancia de la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis fue una prioridad en los últimos años. Como resultado, los países alcanzaron o sobrepasaron los indicadores específicos de estas enfermedades con respecto a la disponibilidad oportuna de los datos de vigilancia y el desglose por edad y sexo. Además, los esfuerzos para fortalecer y ampliar la vigilancia ordinaria de la farmacoresistencia a los medicamentos antirretrovirales, antimaláricos y antituberculosos también mejoró en algunos países, aunque debe continuar el trabajo en curso para lograr la detección oportuna de todos los casos.

20. La ejecución de las intervenciones y las estrategias eficaces para la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis ha arrojado importantes enseñanzas para los países tanto dentro como fuera de la Región. La OPS seguirá trabajando para establecer las brechas que existen en la investigación con miras a determinar los emprendimientos futuros. Por último, mediante la cooperación técnica de la OPS se brindó apoyo a los esfuerzos de los países para promover el compromiso político, realizar las actividades de

promoción de estos temas, movilizar recursos para los programas y preservar las asociaciones existentes al mismo tiempo que se establecen alianzas nuevas con otros asociados clave.

### **Principales logros con respecto al OE2**

a) En el 2012, recibieron tratamiento antirretroviral 75% (66% a 87%) de todos los pacientes con infección por el VIH/sida que reunían los criterios de la OMS para el tratamiento de acuerdo con las directrices del 2010. En el 2010, la Región consolidó su compromiso de eliminar la sífilis congénita y reducir la transmisión materno-infantil del VIH mediante la adopción de una resolución para la eliminación de la transmisión en los dos casos (resolución CD50.R12) y, para fines del 2013, 19 países habían logrado disminuir a menos de 5% de transmisión materno-infantil del VIH, y 13 países y territorios de la Región informaban el logro de la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita.

b) Todos los países de la Región informan de manera oportuna los datos de vigilancia de la tuberculosis desglosados por sexo y edad. El ODM relativo a la tuberculosis se alcanzó en el 2005 y se ha registrado una disminución constante en la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. Durante el período 1990-2012, la mortalidad disminuyó un 61% y la prevalencia un 62%. Todos los países y territorios han puesto en marcha actividades conjuntas con respecto a la tuberculosis y la infección por el VIH. La proporción de pacientes con tuberculosis que se hicieron la prueba del VIH aumentó de 43% en el 2007 a 57% en el 2012, con algunos países, incluidos los países del Caribe, ELS, PAN y URU, que realizan la prueba a más de 90% de los casos de tuberculosis. De los pacientes que presentan coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH notificados por 26 de los 36 países, 77% recibieron tratamiento antirretroviral y en seis de los países (ANI, BAR, BLZ, BOL, BRA y SAL) ya se estaba proporcionando el tratamiento a todos los pacientes coinfectados.

c) Para fines del 2013, 24 países y territorios estaban comprando medicamentos esenciales e insumos de diagnóstico para la tuberculosis y el VIH mediante el Fondo Estratégico de la OPS con el fin de evitar desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales y la interrupción del tratamiento de los pacientes con infección por el VIH/sida. Al menos 12 países obtuvieron fármacos antituberculosos de segunda y de tercera línea, y el nuevo instrumento de diagnóstico de la tuberculosis, Xpert MTB-RIF, se puso a disposición de los países en el 2013 por intermedio de este mecanismo.

d) La Región está bien encaminada para lograr las metas de reducción de la carga de morbilidad de la malaria, como lo muestra la disminución de 60% en los casos notificados y la disminución de 72% en la mortalidad durante el período del 2000 al 2012. Actualmente, seis países (ARG, COR, ECU, ELS, MEX y PAR) están en la fase previa a la eliminación y 14 países están libres de la transmisión local de la malaria.

e) El establecimiento con éxito del Día del Paludismo en las Américas y la búsqueda anual de los campeones en la lucha contra la malaria ha servido de importante mecanismo para reforzar la coordinación de la malaria y los esfuerzos de promoción de esta causa, en particular en las zonas afectadas por esta enfermedad. Además, esta campaña continua ha servido de foro en el cual los programas exitosos contra la malaria han podido compartir las enseñanzas extraídas que podrían aplicarse en otras situaciones donde la malaria sigue siendo endémica.

### **Principales retos con respecto al OE2**

a) Algunos retos que persisten para expandir los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH son los sistemas de salud frágiles, los enfoques verticales, la dependencia de fondos externos en algunos países y las barreras a la prestación de servicios para algunos grupos poblacionales clave como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero.

b) El logro de la tasa de detección prevista y de la tasa de éxito del tratamiento para la tuberculosis se ha visto entorpecido por la necesidad de justificar la integración de los programas en la atención primaria de salud, el uso de cálculos polémicos de carga de morbilidad generados a nivel mundial, retrasos en la

introducción de medios nuevos de diagnóstico y de tratamiento, dificultades en el seguimiento de los pacientes, y la falta de inclusión de otros interesados directos y sectores a nivel de país.

c) A pesar del progreso observado, los mecanismos para la colaboración entre los programas contra la tuberculosis y contra la infección por el VIH son todavía débiles, por lo que se ve limitada la ejecución de las actividades colaborativas. Las modalidades actuales de prestación de los servicios dirigidos a la tuberculosis y la infección por el VIH y el seguimiento limitado de las actividades colaborativas con respecto a la tuberculosis y la infección por el VIH obstaculizan la integración de los servicios para los pacientes coinfectados.

d) El tratamiento y la respuesta oportunos con respecto a los casos de malaria se ven obstaculizados en algunos países por las dificultades para establecer y mantener sistemas fuertes de vigilancia en lugares remotos y de difícil acceso. Los sistemas débiles de vigilancia también pueden ser un impedimento para la capacidad nacional de vigilar la resistencia a los medicamentos antimaláricos. Siguen existiendo dificultades para la racionalización del tratamiento de la malaria y la integración de las intervenciones en el marco de una respuesta más amplia del sistema de salud.

### **Enseñanzas extraídas del OE2**

a) El proceso de elaboración de la agenda de investigación sobre la malaria en la Región de las Américas proporcionó el mecanismo no solo para establecer las lagunas clave en el conocimiento sino también los vínculos y las asociaciones entre investigadores de la malaria y ejecutores de los programas. Estas enseñanzas podrían aplicarse a otros esfuerzos de investigación en la Organización, como la investigación en torno a la mejor manera de llegar a las poblaciones indígenas y de ascendencia africana.

b) Las hojas de ruta estratégicas claras y la armonización o sinergia fuerte entre las estrategias mundiales, regionales y a nivel de país tienen un gran valor agregado al abordar de manera eficaz y sistemática los desafíos cambiantes de la malaria. Estas enseñanzas podrían aprovecharse en otras áreas temáticas.

c) La coordinación con múltiples asociados y la detección de las oportunidades de trabajar de manera interprogramática han llevado a que haya una mayor coherencia en la respuesta a la infección por el VIH y a mejores resultados a nivel de país, incluso en el contexto de los recursos limitados.

d) Algunas cuestiones de derechos humanos están profundamente arraigadas en la respuesta a la infección por el VIH; en consecuencia, es importante la formación de capacidad en la aplicación de los instrumentos sobre los derechos humanos. La aplicación de un enfoque de derechos humanos es esencial y debe ir acompañada de cambios legislativos.

e) El análisis programático y epidemiológico de la situación, así como la determinación de las lagunas, ha facilitado la elaboración de planes y proyectos nacionales. El trabajo conjunto con otros programas (por ejemplo, los relativos a la infección por el VIH y la diabetes) y otros sectores (por ejemplo, el sector penitenciario y el político) a nivel regional, nacional y local con una perspectiva de los determinantes sociales de la salud ha ampliado el alcance de la acción y contribuido a lograr esfuerzos conjuntos con respecto a la prevención y el control de la tuberculosis.

### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

#### **Indicador 1 del OE2: Reducción de la tasa de incidencia de las infecciones por el VIH en la Región**

**Línea de base:** 24 nuevas infecciones por el VIH por 100.000 habitantes

**Meta:** 23 por 100.000 o menos para el 2013

Reducción de 1,9% en la incidencia de la infección por el VIH

Como resultado del perfeccionamiento y las correcciones retrospectivas del modelo mundial y los métodos de estimación, ha cambiado el número estimado de nuevas infecciones por 100.000 habitantes: según los



nuevos cálculos, la línea de base en el 2006 era de 16,9 y las nuevas infecciones habían disminuido a 15,0 por 100.000 habitantes en el 2012. En consecuencia, la reducción es de 1,9 puntos o más de la disminución de 1 punto que se había proyectado en el indicador.

**Indicador 2 del OE2: Acceso al tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, basado en una evaluación de las necesidades**

**Línea de base:** 72% en el 2006

**Meta:** 80% para el 2013 (según el *Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*)

75% de los pacientes tienen acceso al tratamiento antirretroviral.

En el 2012, 75% (66% a 87%) de todos los pacientes que cumplían los criterios de la OMS para recibir tratamiento de acuerdo con las directrices del 2010 recibieron tratamiento antirretroviral. Al hacer comparaciones con la línea de base del 2006, es importante tener en cuenta que los criterios para recibir tratamiento se actualizaron en el 2010, lo que dio lugar a que otro grupo más reuniera los requisitos. Los datos disponibles en este momento indican claramente que la Región está bien encaminada para alcanzar la meta de 80% de acceso universal.

**Indicador 3 del OE2: número de países que han logrado una incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH menor de 5%**

**Línea de base:** 3 países en el 2013

**Meta:** 16 países para el 2013 (según el *Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*)

19 países y territorios han alcanzado este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, CAN, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, GRA, GUY, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU y USA.

Según los datos correspondientes al 2010-2011 notificados a la OPS y los datos notificados por los países en el sistema de presentación de informes de avances en la lucha contra el sida del 2012, 19 países habían logrado una disminución de al menos 5% de la transmisión materno-infantil del VIH. Otros países, incluidas las Antillas Neerlandesas, indicaron que es posible que hayan logrado la meta, pero que actualmente no cuentan con los datos para demostrarlo. Al menos 33 países elaboraron estrategias o planes operativos y 30 países actualizaron sus directrices nacionales. Además, se crearon varias herramientas, incluida una guía práctica y una estrategia regional de seguimiento y evaluación, y se realizaron actividades de formación de capacidad regional y subregional. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y seguimiento sigue siendo una prioridad para mejorar el seguimiento a nivel regional y de país del avance.

**Indicador 4 del OE2: Número de países que tienen una incidencia de sífilis congénita menor de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos**

**Línea de base:** 2 países en el 2006

**Meta:** 26 países para el 2013

Al menos 13 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM (Anguila), ANI, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, GUY, JAM, NCA (Bermuda), PAN, PUR, SAL, SAV y USA.

Según los datos más recientes notificados a la OPS en el 2011-2012, al menos 13 países han logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita. Más países indicaron que es posible que hayan logrado estas metas, pero que actualmente no cuentan con los datos para demostrarlo. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y seguimiento sigue siendo una prioridad para mejorar el seguimiento del avance a nivel regional y de país. El progreso acelerado hacia las metas de eliminación de la sífilis congénita requerirá fortalecer la prevención primaria y ampliar más el acceso a los servicios de salud materno-infantil, junto con el mejoramiento de su calidad y la provisión sistemática de la prueba de sífilis en la atención prenatal, al igual que el tratamiento y el seguimiento apropiado de las embarazadas seropositivas para la sífilis y de los lactantes expuestos.

**Indicador 5 del OE2: Reducción de la incidencia de la tuberculosis en la Región**

**Línea de base:** 39 por 100.000 habitantes en el 2005

**Meta:** 27 por 100.000 habitantes para el 2013 (en conformidad con los ODM)

Incidencia estimada de 29 por 100.000 habitantes

Según los datos más recientes disponibles correspondientes al año 2012, la incidencia estimada fue de 29 por 100.000 habitantes, por lo que estuvo en el intervalo previsto de 27 a 31 por 100.000 habitantes. Considerando la tendencia anual de 2% de reducción que se registra en la incidencia, es muy probable que se haya logrado este indicador una vez que estén disponibles los datos correspondientes al 2013.

**Indicador 6 del OE2: Reducción del número de casos de malaria notificados anualmente en la Región**

**Línea de base:** 903.931 casos en el 2006

**Meta:** 402.536 casos para el 2013

Se observó una reducción de 49% de la incidencia de la malaria entre el 2006 y el 2012 (los datos correspondientes al 2013 no estaban disponibles). En los dos últimos años ha habido una reducción anual promedio de 16%. Dada esta tendencia, se estima que en el 2013 deberían haberse notificado aproximadamente 395.000 casos de malaria. La OPS sigue apoyando a los países al ejecutar las herramientas disponibles más actualizadas para prevenir y controlar los casos de malaria, y reducir la carga de esta enfermedad en la Región. Dados los logros sostenidos con respecto a la reducción de la incidencia de malaria, hay esfuerzos en marcha en Centroamérica y La Española para trazar estrategias técnicamente sólidas que permitan acelerar el avance hacia la eliminación de la malaria.

**Indicador 7 del OE2: Número de países que mantienen su estatus de países donde la malaria no es endémica**

**Línea de base:** 19 países en el 2007

**Meta:** 19 países para el 2013

19 países mantuvieron el estado de países donde la malaria no es endémica.

Bahamas y Jamaica controlaron con éxito la transmisión e incluso la interrumpieron durante los brotes notificados de malaria en el 2006, evitando de ese modo la reintroducción. Estos países todavía se consideraban sin endemidad a fines del 2013. Los esfuerzos continuos para utilizar las estrategias pertinentes disponibles de lucha contra la malaria han contribuido a la detección de eventos que plantan posibles riesgos y han ayudado a evitar que la malaria se estableciera nuevamente en estos países.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 2.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, que incluyen métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso</b></p>	<p>Alcanzado parcialmente</p>
---	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de tres de los siete indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de cuatro indicadores)

21. La OPS siguió prestando cooperación técnica y fortaleciendo la prevención, el tratamiento y la atención del paciente con respecto a la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, haciendo énfasis especialmente en las poblaciones vulnerables. La iniciativa regional para la eliminación de estos dos problemas (la transmisión maternoinfantil tanto del VIH como de la sífilis) ha logrado grandes avances a medida que los países trabajan para reducir la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH y para

lograr la meta regional con respecto a la eliminación de sífilis congénita, al fomentar sinergias entre los dos programas. La mayor parte de los países y territorios están haciendo converger sus estrategias nacionales con las directrices formuladas en la estrategia y plan de acción actualizados sobre la malaria para el período 2011-2015. A pesar de las tasas elevadas de detección de casos de tuberculosis en los países, los retos constantes relacionados con la calidad del DOTS en los países grandes y pequeños, los retos con respecto a los esfuerzos de control de la tuberculosis a nivel de país y los retrasos al introducir nuevas herramientas de tratamiento han impedido el logro de la tasa deseada de 85% de éxito del tratamiento en los pacientes. Los cambios en los criterios para recibir el tratamiento antirretroviral afectaron negativamente a la cobertura, ya que se incluyeron más pacientes que necesitaban tratamiento de inmediato. Algunos retos que persisten para expandir los programas de tratamiento y atención, como los sistemas de salud frágiles, la dependencia de fondos externos (en algunos países), el estigma y la discriminación, al igual que otras barreras a la prestación eficaz de servicios para algunos grupos poblacionales clave (como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero), han impedido que se alcance esta meta.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.1	Número de países que proveen tratamiento profiláctico con antirretrovíricos por lo menos a 80% de las mujeres embarazadas que se estima son VIH positivas	9	17	No
<p>Observaciones:</p> <p>15 países alcanzaron la meta de este indicador: ANI, ARG, BAH, BRA, CAN, CHI, ECU, GRA, GUY, PAN, SAL, SAV, TRT, URU y USA.</p> <p>Quince países alcanzaron este indicador. Es posible que algún otro país también lo haya alcanzado, pero los puntos débiles de algunos sistemas de información y la falta de datos impidieron que se pudieran agregar esos nombres a la lista. Además, los datos no estaban disponibles fácilmente puesto que dependían de información exacta o estimada a nivel de país. Además, el ONUSIDA no da a conocer las cifras correspondientes a las epidemias concentradas debido al amplio margen de incertidumbre. En términos generales, el ONUSIDA estima que en el Caribe más del 95% de las embarazadas infectadas por el VIH reciben tratamiento antirretroviral; en América del Norte, más del 95%; y en América Latina, 83%.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.2	Número de países que proveen tratamiento antirretrovírico por lo menos a 80% de la población que se estima lo necesita, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS.	6	15	No
<p>Observaciones:</p> <p>8 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BRA, CHI, CUB, GUY y MEX.</p> <p>Ocho países lograron el 80% (datos del 2012), mientras que otros 7 registraron &gt;70% y estuvieron cerca de alcanzar la meta (BAH, COR, NIC, PAN, PAR, TRT y VEN). Algunos retos que persisten para expandir los programas de tratamiento y atención, como los sistemas de salud frágiles, la dependencia de fondos externos (en algunos países), el estigma y la discriminación, al igual que otras barreras a la prestación eficaz de servicios para algunos grupos poblacionales clave (como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero), han impedido que se alcance esta meta.</p>				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.3	Número de países que ejecutan componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, en el contexto de la Iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo” y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010	20	33	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>33 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SUR, TRT, USA y VEN.</p> <p>La mayor parte de los países y territorios están haciendo converger sus estrategias nacionales con las directrices formuladas en la estrategia y plan de acción actualizados sobre la malaria para el período 2011-2015. Los países del Caribe donde esta enfermedad no es endémica (es decir, ABM, ANI y DOM) están ejecutando algunos componentes de las estrategias sobre la malaria a nivel mundial y regional, en particular el control integrado de vectores, para evitar la reintroducción. La OPS ha alentado activamente a todos los países a fortalecer o mantener una fuerte convergencia de sus estrategias nacionales con las estrategias y directrices técnicas de la OPS/OMS, incluidos aquellos que están reorientando sus programas hacia eliminación y los que buscan evitar la reintroducción.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.4	Número de países que detectan 70% de los casos estimados de tuberculosis pulmonar, a través de una baciloscopía positiva	12/27	26/27	Sí

Observaciones:

30 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ELS, GUY, HAI, HON, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SCN, SAV, TRT, TCA, URU y USA.

De estos países, 19 alcanzaron una tasa de detección de casos de más de 85% (ANI, BAH, BAR, CAN, CHI, COR, ELS, GUY, NCA, NIC, PER, PUR, SAL, SCN, SAV, TCA, TRT, URU y USA) y están bien encaminados para alcanzar el objetivo establecido por la alianza Alto a la Tuberculosis para el 2015.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.5	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	6/27	23/27	No

Observaciones:

15 países alcanzaron este indicador: BOL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, SCN y URU.

El tratamiento exitoso incluye a aquellos pacientes que completaron seis meses del tratamiento y a los que se declararon curados por medio de una prueba de frotis. Esta información está solo disponible después de dos años, cuando ha transcurrido el tiempo necesario para finalizar el tratamiento. Como resultado, hay una demora para determinar el éxito del tratamiento. Otros retos son: 1) los problemas con la calidad de los programas de DOTS tanto en los países grandes como los pequeños; 2) los retos que surgen en los esfuerzos de control de la tuberculosis a nivel de país; 3) los retrasos en la introducción de nuevas herramientas de tratamiento; y 4) la participación insuficiente de otros interesados directos o

sectores a nivel de país. En el 2011 algunos de los países se estaban acercando a la meta establecida, como BRA, COL, ECU, PAR, SUR y VEN.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.6	Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	2	26	No
<p>Observaciones:</p> <p>13 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, GUY, JAM, NCA, SAL, SAV y USA.</p> <p>Un total de 13 países y territorios han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita, que se define como una tasa de sífilis congénita notificada de menos de 0,5 por 1.000 nacidos vivos y al menos 80% de cobertura en las mujeres que reciben atención prenatal. ELS, PER y SCN lograron importantes avances y los tres países están cerca de lograr la meta de la eliminación. Se prestó cooperación técnica a los países a fin de que mejoraran los planes nacionales para la iniciativa de eliminación; fortalecieron la vigilancia, incluido el seguimiento y la evaluación de las actividades; ampliaron la cobertura de las pruebas de detección del VIH y de la sífilis; actualizaron o formularon guías, protocolos y normas; mejoraron la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis; y fortalecieron la capacidad del personal de salud. Algunos retos persistentes son la cobertura baja de la atención prenatal en algunos países, los sistemas débiles de registro de la prueba y el tratamiento de la sífilis en la atención prenatal, y la prevalencia alta de la sífilis en la población en general y en la población que recibe atención prenatal.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.1.7	Número de países con metas cuantificables en sus planes de salud para prevenir y controlar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	4	14	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>14 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BRA, COL, COR, DOR, ECU, GUT, HON, JAM, NEA, PAR, PER y URU.</p> <p>A pesar del hecho de que 14 países alcanzaron este indicador, se deben hacer un seguimiento estrecho de estas metas, en especial con respecto a la evidencia de nuevos casos notificados en las poblaciones clave.</p>				

**RPR 2.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de formular y ampliar políticas y planes que tengan en cuenta los aspectos de género para la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria**

Alcanzado plenamente

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

22. Los países han recibido apoyo constante para actualizar y armonizar los planes y las políticas con el marco recomendado de acceso universal, y para adaptarse a la nueva orientación que se emite, como las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso estratégico de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH. Los esfuerzos continuos para que aumente la colaboración entre los programas de la infección por el VIH y de la tuberculosis han dado fruto puesto que 39 países y territorios han adoptado y aplicado en distintos grados las recomendaciones sobre las actividades de colaboración contra estas dos enfermedades.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.2.1	Número de países con políticas y planes de mediano plazo del sector sanitario para responder al VIH, de acuerdo con el Marco de Acceso Universal	40	40	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>40 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Se ha proporcionado apoyo constante a los países para que actualicen sus políticas y planes a medida que se emiten nuevas recomendaciones, como las directrices de la OMS del año 2013 sobre el uso estratégico de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.2.2	Número de países que ejecutan las 12 actividades de colaboración de la OMS contra la infección por el VIH/sida y la tuberculosis	3	30	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>39 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Todos los 39 países y territorios están actualmente ejecutando las actividades colaborativas contra la tuberculosis y la infección por el VIH. Tanto ELS como GUY están realizando todas las actividades de colaboración a nivel de país, mientras los demás países y territorios presentan distintos grados de ejecución. Casi todos los países informan sobre las actividades de colaboración clave como las pruebas de detección del VIH en los pacientes con tuberculosis y el tratamiento antirretroviral en los pacientes coinfectados. Otras se evalúan por medio de la revisión y el seguimiento regular de los programas contra la contra tuberculosis y contra la infección por el VIH.</p>				

<b>RPR 2.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la formulación y ejecución de políticas y programas a fin de mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad, medios de diagnóstico y otros productos para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

23. Mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales, medios de diagnóstico y otros insumos de buena calidad para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria sigue siendo una prioridad en la Región. A fines del 2013, 24 países y territorios habían firmado un acuerdo con el Fondo Estratégico de la OPS para la compra de medicamentos esenciales para estas enfermedades. Específicamente en el caso de la infección por el VIH/sida, el número de países y territorios que obtiene medicamentos e insumos de diagnóstico ha aumentado como resultado de un esfuerzo para evitar los desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales que podrían llevar a que se produzcan interrupciones en el tratamiento. Un logro importante a nivel regional es que la mayor parte de los países y los territorios mantuvieron el tamizaje del VIH con garantía de calidad en 100% de las unidades de sangre donada.

Después de varios años de apoyo constante y de esfuerzos de promoción de esta causa proporcionados por la OPS, la meta regional fue superada y 16 países han actualizado sus directrices nacionales de diagnóstico y tratamiento en conformidad con las recomendaciones de la OPS/OMS. La nueva herramienta de diagnóstico para la tuberculosis, Xpert MTB-Rif, se puso recientemente a disposición desde el Fondo Estratégico de la OPS. El programa regional contra la tuberculosis colaboró con los países para fortalecer la capacidad a nivel de país en cuanto al control de calidad en los laboratorios de los medicamentos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.3.1	Número de países que implementan las normas modificadas/actualizadas de la OMS para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis	0/27	14/27	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>16 países alcanzaron este indicador: BAH, BAR, BOL, BRA, CAN, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR y PER.</p> <p>Varios países actualizaron sus directrices nacionales para incluir las recomendaciones recientes de la OMS. Vale la pena mencionar que PER, el país que registra la carga más alta de tuberculosis multirresistente (56%) en la Región, adaptó con éxito sus directrices nacionales para hacerlas converger con las recomendaciones internacionales, lo que derivó en un mejor control de tuberculosis multirresistente.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.3.2	Número de países que participan en el Fondo Estratégico para la Adquisición de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos para el VIH/sida	19	21	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países y territorios alcanzaron este indicador: BAH, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, NIC, PAN, PAR, PER, TCA, TRT, URU y VEN.</p> <p>Para fines del 2013, 21 países y territorios estaban comprando medicamentos esenciales e insumos de diagnóstico para la infección por el VIH/sida con el fin de evitar desabastecimientos de antirretrovirales, lo que en el pasado llevó a interrupciones en el tratamiento de los pacientes con infección por el VIH/sida. También es importante mencionar que 24 países y territorios firmaron un acuerdo con el Fondo Estratégico de la OPS para la compra de los medicamentos esenciales contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.3.3	Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH	32	40	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>40 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>En total, 40 países y territorios están realizando pruebas de detección de calidad garantizada de 100% de</p>				

la sangre donada a fin de detectar el VIH. De los países latinoamericanos, solo México no había alcanzado el 100%, pero informó que estaban sometiéndose a tamizaje 98,43% de todas las unidades.

**RPR 2.4: Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación en los niveles regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para el control del VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacorresistencia**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los seis indicadores del RPR)

24. Los países de la Región han alcanzado o sobrepasado los indicadores establecidos con respecto al seguimiento de la disponibilidad oportuna de los datos de vigilancia sobre la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis desglosados por sexo y edad, que facilita el análisis más profundo de los datos. También se han observado mejoras en la calidad de los datos en muchos países como resultado del apoyo constante para fortalecer los sistemas de información de salud.

25. Además, algunos países siguen con las medidas para fortalecer y ampliar la vigilancia ordinaria de la farmacorresistencia con respecto a los medicamentos antirretrovirales, antimaláricos y antituberculosos. Un ejemplo de esta ampliación es el establecimiento de indicadores de alerta temprana para la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH en América Latina y el Caribe, que se han integrado en los sistemas nacionales de información, seguimiento y evaluación. A pesar de estos notables logros, la OPS alienta a los países a que sigan fortaleciendo la calidad de sus sistemas de vigilancia a fin de que se detecten todos los casos y se garantice la investigación oportuna de los nuevos casos y una respuesta adaptada a cada situación.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.1	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la infección por el VIH desglosados por sexo y edad	25	33	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>33 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Treinta y tres países notificaban datos sobre la infección por el VIH desglosados por sexo y edad de acuerdo con las directrices sobre vigilancia de segunda generación. Ha mejorado la calidad de los datos y la OPS ha proporcionado apoyo constante a fin de continuar fortaleciendo los sistemas de información de salud.</p>				



CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.2	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la tuberculosis desglosados por sexo y edad	27	37	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>39 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL ,SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Los países de la Región cuentan con sistemas de vigilancia de buena calidad en funcionamiento e informaron datos sobre la tuberculosis de manera oportuna y desglosados por sexo y edad, además de los datos relativos a la ejecución de la estrategia Alto a la Tuberculosis. En comparación con otras regiones de la OMS, la Región de las Américas presenta el número más alto de países que notifican datos desglosados sobre la tuberculosis.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.3	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la malaria desglosados por sexo y edad	21/21	21/21	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR y VEN.</p> <p>Todos los países con endemividad informan datos de vigilancia de la malaria desglosados por sexo y edad. De todas maneras, la OPS alienta a los países a que continúen fortaleciendo la calidad de los sistemas de vigilancia, incluidos los vínculos con el diagnóstico y tratamiento rápidos y de buena calidad, a fin de incluir todos los casos. La investigación inmediata de los casos y la respuesta adaptada también son necesarias en aquellas zonas donde el objetivo principal es la eliminación de la transmisión local.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.4	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia del VIH, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	1	16	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>17 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PER y URU.</p> <p>La cooperación técnica de la OPS se centró en la consolidación de la lucha contra la farmacorresistencia del VIH y el seguimiento de los indicadores de alerta temprana en América Latina y el Caribe, integrados en los sistemas nacionales de información, seguimiento y evaluación. Diecisiete países recibieron apoyo con respecto al mantenimiento, el fortalecimiento o la puesta en marcha del seguimiento de los indicadores de alerta temprana. Además, GUY y HAI realizaron las encuestas de la OMS sobre el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.5	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia en relación con la tuberculosis, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	14/27	27/27	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>27 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, TRT, USA, URU y VEN.</p> <p>La cooperación técnica proporcionada a los países ha dado lugar a la expansión rápida de la vigilancia de tuberculosis multirresistente, en conformidad con las directrices de la OPS/OMS. De estos países, ocho recopilan los datos por conducto de los esfuerzos habituales de vigilancia (BAH, CAN, COR, CUB, PER, PUR, USA y URU).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.4.6	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia en relación con la malaria, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	9/21	20/21	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países y territorios alcanzaron este indicador: BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR y VEN.</p> <p>En los países donde la malaria es endémica se han realizado estudios sobre la eficacia de los medicamentos y la farmacorresistencia. En el marco de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía/Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (AMI/RAVREDA), la OPS ha proporcionado a la cuenca amazónica, Centroamérica y otros países de la Región el apoyo técnico para garantizar la vigilancia continua de la resistencia a los antimaláricos.</p>				

<b>RPR 2.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de: a) mantener el compromiso político y movilizar recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis a nivel de país y regional; y b) amentar la participación de las comunidades y las personas afectadas para ampliar al máximo el alcance y el desempeño de los programas de control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR)

26. La Oficina colaboró estrechamente con sus homólogos nacionales para establecer mecanismos de coordinación eficaces, como el relativo a la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, con la finalidad de aprovechar el compromiso político, movilizar recursos para asegurar la sostenibilidad de los programas, forjar asociaciones y lograr la participación de los interesados directos clave. Las áreas prioritarias incluyeron la integración de la infección por el VIH/sida en el sector de la salud, la ampliación de la alianza Alto a la Tuberculosis, el uso de plataformas regionales para promoción de la causa de la malaria y el aumento de la participación de los interesados directos en el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.5.1	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la infección por el VIH/sida	40	40	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>40 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Todos los países y territorios tienen mecanismos de coordinación para la infección por el VIH/sida. El punto central de la cooperación técnica de la OPS fue fortalecer la respuesta y la coordinación del sector de la salud, integrar la infección por el VIH en el sector de la salud, y aprovechar mejor la contribución y las ventajas comparativas de los diversos interesados directos, incluida la sociedad civil, a fin de optimizar la respuesta frente a la infección por el VIH. La OPS creó las alianzas sólidas con la sociedad civil y con el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.5.2	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la tuberculosis	5/27	15/27	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>19 países alcanzaron este indicador: BOL, BRA, CAN, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR y URU.</p> <p>Diecinueve países tienen mecanismos implantados de coordinación para la tuberculosis. La OPS proporcionó cooperación técnica a fin de fortalecer los mecanismos de coordinación de los países, aprovechar la alianza Alto a la Tuberculosis, brindar apoyo a la colaboración con grupos organizados (específicamente en Panamá) y trabajar con las ligas contra la tuberculosis (COL y URU).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.5.3	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la malaria	21/21	21/21	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR y VEN.</p> <p>Los 21 países y territorios continúan manteniendo mecanismos funcionales de coordinación para la malaria. Estos esfuerzos se fortalecen mediante la celebración anual del Día del Paludismo en las Américas y la búsqueda constante de los campeones en la lucha contra la malaria, que sirven como plataformas regionales para promover la causa de la malaria y la afirmación de las mejores prácticas.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.5.4	Mantener el número de países que involucran a las comunidades, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida	40	40	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>41 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>En total, 41 países y territorios mantuvieron con éxito la participación de los interesados directos clave en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida. En particular, la participación de las organizaciones de la sociedad civil se ha mantenido en toda la Región. Sin embargo, la participación de los representantes de las poblaciones lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans sigue siendo un reto, que se torna más pronunciado en el Caribe debido a varios factores, incluida la criminalización continua de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. El sector privado también se ha mostrado indiferente y la participación de las organizaciones religiosas ha disminuido en comparación con años anteriores.</p>				

**RPR 2.6: Se habrán desarrollado y validado nuevos conocimientos, herramientas de intervención y estrategias que estarán disponibles y accesibles para satisfacer las necesidades prioritarias de prevención y control del VIH, la tuberculosis y la malaria, con una participación creciente de los países de América Latina y el Caribe en esta investigación**

Alcanzado plenamente

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

27. La cooperación técnica de la OPS se ha centrado en la generación de nuevos conocimientos, la identificación de las intervenciones clave, y la elaboración y aplicación de estrategias de eficacia comprobada en relación con la tuberculosis y la malaria. Hubo varios ejemplos con respecto a la tuberculosis en los últimos años, como el Subgrupo sobre Fórmulas de Colaboración Publicoprivada para el Tratamiento y Control de la Tuberculosis, el enfoque práctico de la salud pulmonar, el uso de nuevos análisis de diagnóstico respaldados por la OMS y la iniciativa para el control de la tuberculosis en las grandes ciudades de América Latina y el Caribe. Con respecto a la malaria, la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria* en la Región de las Américas para el período 2011-2015 y el programa de garantía de la calidad externo se están ejecutando con éxito. Se seguirá intentando determinar las lagunas en la investigación sobre la tuberculosis y la malaria, y que se priorice la investigación necesaria para eliminarlas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.6.1	Número de nuevas o mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la tuberculosis, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política	1	3	Sí

Observaciones:  
Se introdujeron cuatro intervenciones nuevas o mejoradas durante el 2008-2013.

La cooperación técnica de la OPS a los países se ha centrado en fortalecer las intervenciones clave y las estrategias de ejecución de eficacia comprobada. Estas incluyen: 1) el Subgrupo sobre Fórmulas de Colaboración Publicoprivada para el Tratamiento y Control de la Tuberculosis en 17 países (BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, PAR, PER, URU y VEN), que incluye a prestadores de atención de salud de todos los sectores (es decir, el público, el privado, el formal, y el informal) en la provisión de atención para los pacientes que tienen o se presume que tienen tuberculosis; 2) el enfoque práctico de la salud pulmonar en ocho países (ARG, BOL, BRA, CHI, CUB, ELS, MEX y NIC), que se dirige al personal de salud, médico, de enfermería y gerencial en un entorno de atención primaria de salud; 3) el uso de nuevos análisis de diagnóstico respaldados por la OMS, el análisis Xpert MTB/RIF y el análisis con sondas en línea en 12 países (BRA, COL, COR, ELS, GUT, GUY, HAI, MEX, PAN, PAR, SUR y VEN); y 4) la iniciativa para el control de la tuberculosis en las grandes ciudades de América Latina y el Caribe en tres países (BRA, COL y PER) a fin de aumentar los esfuerzos para prevenir y controlar la tuberculosis en la Región de las Américas, especialmente en las poblaciones vulnerables que viven en las grandes ciudades.

La introducción de la nueva tecnología de diagnóstico Xpert MTB-Rif dio lugar a un aumento de la detección de casos de tuberculosis y tuberculosis multirresistente en ELS, el primer país que la introdujo con un seguimiento organizado y que, por lo tanto, ha podido documentar la evidencia de su eficacia en la Región. En la ejecución inicial del marco de control de la tuberculosis en las grandes ciudades en Lima (Perú), Bogotá (Colombia) y Guarulhos (Brasil) se han determinado las zonas urbanas y las poblaciones en riesgo de contraer tuberculosis, los prestadores clave tanto formales como informales y los aspectos socioeconómicos que se deben tener en cuenta para elaborar estrategias que permitan abordar mejor el control de la tuberculosis dentro del contexto de los determinantes sociales de la salud y los esquemas de protección social.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
2.6.2	Número de intervenciones nuevas o mejores y estrategias de ejecución relativas a la malaria, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de políticas	0	2	Sí

Observaciones:  
Se introdujeron tres intervenciones o estrategias durante el período 2008-2013, que se describen a continuación:

- 1) La *Estrategia y plan de acción sobre la malaria* en la Región de las Américas para el período 2011-2015 (documento CD51/11) se está ejecutando actualmente en la Región.
- 2) El programa externo de garantía de la calidad se ha establecido con éxito, y 21 países y 22 laboratorios nacionales colaboran a fin de garantizar el diagnóstico de la malaria y de mejorar la capacidad de diagnóstico de esta enfermedad en los países.
- 3) La colaboración en la revisión sistemática de las lagunas de investigación sobre la malaria en la Región está en curso y en el 2013 se convocó dos veces un grupo consultivo técnico. Para el bienio 2014-2015 se ha planificado una mayor colaboración a fin de determinar las lagunas en la investigación sobre la malaria y de dar prioridad a eliminarlas.

<b>OE3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos</b>					Alcanzado parcialmente <sup>7</sup> (se alcanzó el 96% de las metas de los indicadores)	
Situación del RPR <sup>8</sup>	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6

### Panorama presupuestario del OE3

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
94,1	36,2	34,1	70,3	93%	75%

### Evaluación programática del OE3

28. Durante este período, se fortalecieron considerablemente los esfuerzos para enfrentar la carga de morbilidad cada vez mayor causada por las enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región. Varias iniciativas lideradas por la Región hicieron un llamamiento y culminaron en un compromiso político en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en el 2011, que posteriormente contribuyó al plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT y el marco de vigilancia mundial sobre las ENT. Los países están respondiendo a los compromisos políticos y técnicos contraídos en esos mandatos, y han comenzado a examinar o actualizar sus planes, reglamentos, políticas y programas nacionales sobre las ENT y sus factores de riesgo, así como sobre la violencia, la salud mental, las discapacidades, la salud ocular, la salud bucodental y la seguridad vial. Muchos países han asignado recursos humanos y financieros adicionales, y han adaptado directrices para abordar estos temas.

29. Durante el período, varios planes de acción regional fueron adoptados por los Estados Miembros para las áreas técnicas clave incluidas en este objetivo estratégico, incluida la salud mental, la epilepsia, las enfermedades no transmisibles, la seguridad vial, la violencia, el consumo nocivo del alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas.

30. La mayor parte de los países de la Región han colaborado con el suministro de información para los informes mundiales y regionales sobre la salud mental, la seguridad vial y la violencia, entre otros, y esta información ha impulsado la labor a nivel de país a fin de mejorar los sistemas de salud y la respuesta que se da en las políticas a estos temas. Otras iniciativas sobre la vigilancia y la notificación mundial han producido datos de mortalidad específicos para las ENT; registros para enfermedades específicas como el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes; observatorios sobre la seguridad vial y la prevención del suicidio; evidencia sobre la violencia contra la mujer; e indicadores de progreso claros para la salud ocular y bucodental así como para las discapacidades. Se movilizaron otros sectores en la ejecución de las medidas como resultado de este esfuerzo, en particular con respecto a la seguridad vial, la violencia y las discapacidades.

<sup>7</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>8</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

31. Los retos por delante son enormes dada la carga alta de las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades; las grandes expectativas con respecto a una respuesta mundial; y los recursos limitados disponibles para satisfacer estas expectativas. A corto plazo, todos los países tendrán que informar sobre el progreso desde la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2014 y hay un debate continuo acerca de cómo será el proceso, la rendición de cuentas con respecto a los compromisos contraídos y lo que se deberá informar. Otros retos incluyen la necesidad de hacer converger mejor los esfuerzos de ejecución con los compromisos políticos; mejorar las iniciativas de vigilancia, que actualmente son desiguales y, a veces, se duplican; ampliar la aplicación del modelo de atención coordinada; y promover las intervenciones sencillas, como la integración del abandono del hábito de fumar en la atención primaria de salud, que todavía no se han ejecutado ampliamente. Hay una urgente necesidad de definir las reglas de colaboración con otros sectores, puesto que la respuesta a las ENT es un esfuerzo multisectorial. La OPS ha establecido un nuevo Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH) con el propósito de brindar liderazgo regional en estas áreas, elaborar un plan de acción regional sobre las ENT y establecer sinergias con la cobertura universal de salud y otras prioridades con miras a aumentar la eficiencia en todos los niveles.

### **Principales logros con respecto al OE3**

a) El compromiso político para combatir las ENT como parte del programa de desarrollo está bien establecido en todo el mundo y en la Región. También se ha establecido el marco operativo para lograr una reducción de 25% con respecto a las muertes prematuras. Las actividades encabezadas por la Región culminaron en varios compromisos políticos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en el 2011 que se ha incorporado en el marco de vigilancia mundial para las ENT, así como en el plan de acción mundial de la OMS y en el plan de acción regional de la OPS sobre las ENT.

b) Además de los planes de acción regional adoptados por los Estados Miembros con respecto a la salud mental, la epilepsia, las enfermedades no transmisibles, la seguridad vial, la violencia, el consumo nocivo del alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas, se estaba en proceso de elaborar o actualizar planes de acción sobre otros tres temas (discapacidades, obesidad y salud mental). Estos documentos constituyen un marco que guiará los esfuerzos regionales encaminados a responder a las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades.

c) Varios países pusieron en marcha importantes esfuerzos para revisar sus planes, programas y reglamentos nacionales sobre las ENT (en especial, las enfermedades cardiovasculares, los principales tipos de cáncer y la diabetes), la salud mental, las discapacidades, la seguridad vial, la prevención de la violencia y los traumatismos, la atención oftalmológica y la salud bucodental, de acuerdo con las directrices y marcos actualizados de la OPS/OMS, y en algunos casos ya se ha comenzado a ejecutarlos.

d) Los sistemas de vigilancia y la presentación de informes a escala mundial y regional se fortalecieron durante el período. Todos los países notificaron datos sobre la mortalidad relativa a ciertas ENT específicas; todos los países de la Región participaron en el sistema de vigilancia de la salud bucodental; 28 países notificaron datos sobre las discapacidades; todos los países participaron en la elaboración de dos informes regionales sobre la seguridad vial y los datos pertinentes recopilados; 21 países participaron en la preparación del informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia; 21 países informaron contar con sistemas de información sobre salud mental; 19 países contribuyeron al informe mundial sobre los recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias; la mayor parte de los países informaron regularmente sobre las tasas de operaciones quirúrgicas por cataratas; se realizó la primera comparación regional de datos representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer; Centroamérica impulsó la creación de un observatorio subregional sobre el comportamiento suicida; 11 países tenían registros nacionales sobre enfermedades como el cáncer, los accidentes cerebrovasculares o la diabetes; y la mayoría de los países de la Región formaron parte del observatorio regional de seguridad vial. Se ha establecido el plan de acción mundial de

la OMS sobre las ENT, con 9 metas voluntarias y 25 indicadores, y se estuvieron analizando las posibles maneras de mejorar los sistemas de vigilancia a nivel mundial.

e) Durante este período se pusieron en marcha iniciativas de formación de capacidad, como cursos virtuales sobre las ENT en el Caribe; evaluaciones de los planes y los sistemas de salud mental en la Región; talleres de capacitación con los prestadores de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención de la diabetes y la detección más temprana del cáncer; mejor capacitación y alianzas transversales con respecto a las discapacidades en muchos países; talleres de formación de capacidad sobre la prevención primaria de la violencia contra la población infantil y las mujeres para más de 200 encargados de adoptar las decisiones en varios países de la Región; y capacitación sobre la recopilación de datos de la seguridad vial en 16 países.

f) El Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles (PAFNCD) se creó con el propósito de fomentar las asociaciones, la formación de redes y movilizar recursos en apoyo de la cooperación técnica de la OPS. La iniciativa sobre el cáncer en la mujer y la iniciativa para la reducción de la ingesta de sal son dos ejemplos exitosos de asociaciones publicoprivadas en el seno de este foro.

g) Se prepararon varios documentos en la Región sobre las intervenciones costoeficaces para abordar las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades, por ejemplo: análisis económicos sobre las ENT, preparados en varios países; un estudio regional sobre las lagunas en cuanto al tratamiento y la evaluación de los programas y los servicios sobre la salud mental; el proceso de documentación dirigido por el BID de los costos atribuidos a los traumatismos causados por el tránsito; nueve encuestas nacionales sobre la salud ocular, la mayoría de las cuales dieron lugar a publicaciones en revistas arbitradas; estudios en cinco países sobre el alcohol y los traumatismos, y estudios en 10 países sobre el alcohol y la violencia contra la mujer; al igual que varios estudios sobre la violencia. Estos documentos tienen por objeto informar e influir en los encargados de adoptar las decisiones para que comprometan los recursos necesarios para las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades.

h) La OPS ha creado un nuevo Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental a fin de coordinar una respuesta integrada y estratégica a los factores de riesgo de las ENT, la salud mental, la seguridad vial, la violencia y discapacidades en la Región.

### **Principales retos con respecto al OE3**

a) La voluntad política que ha sido evidente en todos los países de la Región no se ha traducido plenamente en medidas concretas y en la asignación de recursos a la prevención y el control de las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades.

b) Es posible que sea necesario reorganizar los programas dentro de los ministerios de salud en varios países a fin de encontrar sinergias en la respuesta a estos asuntos de salud.

c) Los sistemas de vigilancia en la Región, aunque han avanzado, siguen siendo insostenibles, desiguales y, a veces, susceptibles a la duplicación de esfuerzos.

d) A corto plazo, todos los países tendrán que informar sobre el progreso desde la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2014 y no se ha establecido aun con claridad cómo se realizará el proceso de presentación de informes.

e) Además siempre representa un reto sostener el avance ya logrado. Algunos países están trabajando en la formulación de planes de acción, mientras otros ya los están ejecutando y evaluando.

f) El concepto de la cobertura universal de salud, cuando se lo aplica a las ENT y la salud mental, incluye no solo el acceso sino también la integración y la calidad de los servicios, además de que sean suficientes. Este concepto debe tornarse más operativo a fin de lograr la ejecución óptima en los países para que las intervenciones sencillas y prácticamente sin costo alguno que todavía no se han ejecutado



ampliamente —por ejemplo, integración del abandono del hábito de fumar en la atención primaria de salud— puedan ampliarse a mayor escala.

g) La respuesta a estos graves problemas de salud va más allá del sector de la salud. No hay un método estructurado y coordinado para que los sectores que no son el de la salud participen en la respuesta a las ENT.

h) Aunque se han realizado esfuerzos para formar la capacidad de crear intervenciones eficaces en función de los costos, es necesario que el progreso sea mayor en esta área en apoyo de las recomendaciones dirigidas a los encargados de adoptar las decisiones, especialmente fuera del sector de la salud.

i) Ciertas cuestiones de salud pública, como la prevención de la violencia, todavía no se reconocen como prioridades importantes de salud pública, a pesar de su magnitud e importancia y del hecho de que representan una de las causas principales de mortalidad en la Región.

j) El cambio del paradigma de salud desde la atención de agudos a la atención a las enfermedades crónicas exigirá la movilización de otras inversiones para capacitar a los prestadores, establecer directrices basadas en la evidencia y ofrecer incentivos para la atención continua en lugar de la atención episódica.

### **Enseñanzas extraídas del OE3**

a) La participación temprana de los Estados Miembros en los procesos de adopción de decisiones regionales y de salud pública, como el plan regional sobre las ENT y el Plan Estratégico de la OPS, han dado lugar a un compromiso más firme con ejecución de las medidas adoptadas.

b) La acción multisectorial es clave en la respuesta a las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades. Las normas claras de colaboración con los agentes no estatales como la comunidad académica, la sociedad civil y el sector privado, así como la acción coordinada con estos actores y otros organismos internacionales, facilitarán el logro de resultados por parte de la OPS y los Estados Miembros.

c) Resulta crucial continuar promoviendo firmemente las ENT como un tema prioritario de salud pública en la agenda nacional de salud y desarrollo, un reto que requerirá del liderazgo, recursos y un enfoque multisectorial y dirigido a las múltiples partes interesadas.

d) Será necesario analizar nuevamente la función del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades no Transmisibles para garantizar que pueda servir como mecanismo de asociación.

e) Se requiere un enfoque de atención primaria de salud para proporcionar una respuesta integrada de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.

f) El enfoque comunitario de la salud mental y la rehabilitación, articulado mediante la participación intersectorial, ha permitido mayor cobertura de las necesidades de atención de las personas con trastornos de salud mental o discapacidades y sus familias.

### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE3: Reducción del número anual estimado de defunciones relacionadas con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) en América Latina y el Caribe**

**Línea de base:** 2,4 millones de defunciones en el 2000

**Meta:** 2,1 millones de defunciones para el 2013

Este indicador se estableció antes de que se determinara claramente la manera de vigilar las defunciones relativas a los cuatro grupos principales de ENT. Desde la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas y el respaldo del plan de acción mundial sobre las ENT, el tema central se ha desplazado de la mortalidad general a la reducción de la muerte prematura.

El número de defunciones se relaciona con la población en general del país o región y, por consiguiente, se expresa como una tasa de mortalidad, que se ajusta por la edad a fin de eliminar las diferencias de la composición etaria de la población, para que se puedan hacer comparaciones entre los países y las regiones.

El análisis de las tendencias sobre la muerte prematura (en la población de 36 a 39 años de edad) para los cuatro grupos principales de ENT mostró que las tasas por 100.000 habitantes ajustadas por edad bajaron de 379,9 en el 2000 a 318,7 en el 2010, una disminución general de 16,1%. El cambio porcentual promedio anual fue de -1,7%, que resulta estadísticamente significativo.

**Indicador 2 del OE3: Reducción de las disparidades en el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales (psicosis, trastorno bipolar, depresión, ansiedad y alcoholismo)**

**Línea de base:** 62% de las personas que sufren trastornos mentales no reciben tratamiento

**Meta:** 47% para el 2013

La medición de este indicador presenta algunos retos debido a los problemas metodológicos al comparar diferentes estudios sobre las brechas en el tratamiento. Para abordar este tema, la Oficina preparó una compilación y análisis de los estudios más pertinentes sobre la prevalencia (2013), la utilización de los servicios y las brechas en el tratamiento de los trastornos mentales. Esta información está ahora disponible en el sitio web de la OPS. A continuación se proporcionan algunas de las conclusiones de este estudio:

- La disponibilidad de datos más representativos sobre la prevalencia de los trastornos mentales y los servicios de salud mental ha proporcionado una mejor comprensión de la magnitud de la brecha en el tratamiento en la Región.
- La información sobre los recursos de salud mental y los servicios está disponible con respecto a casi todos los países de la Región en el proyecto del atlas de la OMS y el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Estos informes indicaron que sigue habiendo disparidades en los servicios y los recursos de salud mental, y que los hospitales psiquiátricos siguen siendo el punto central de la atención en varios países.
- Es difícil evaluar cómo los cálculos estimativos actuales de la brecha en el tratamiento se comparan con los anteriores en la Región de las Américas puesto que la metodología empleada en los estudios anteriores varía significativamente en la manera en que se calculaba la prevalencia y la tasa de utilización de los servicios. Dadas estas limitaciones, el análisis actual sugiere que ha habido poco cambio con respecto a la brecha en el tratamiento. Los adelantos en la investigación sobre la salud mental indican que es necesario revisar los cálculos de la brecha en el tratamiento en la Región de las Américas.

Según los análisis actuales, la brecha en el tratamiento en Estados Unidos con respecto a la esquizofrenia es de 42,0%, mientras que en América Latina y el Caribe es de 56,4%. Chile es un ejemplo de la repercusión del modelo de servicios en la brecha de tratamiento (46,3%). Hay una relación inversa entre la brecha en el tratamiento y el número de establecimientos ambulatorios disponibles para la población y el porcentaje de seguimiento de la atención en la comunidad proporcionado por los programas de pacientes ambulatorios.

La brecha en el tratamiento con respecto a los trastornos de ansiedad prevalentes por 12 meses es de 56,2%. Para los trastornos afectivos es de 66,3%. Los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas presentan la brecha más alta en la Región de las Américas, de 70,6%.

**Indicador 3 del OE3: Detención de las tendencias crecientes actuales en las tasas de mortalidad por traumatismos ocasionados por las colisiones en las vías de tránsito en la Región**

**Línea de base:** 16,7 por 100.000 en el 2000-2004 (promedio aproximado)

**Meta:** 14,7 por 100.000 habitantes para el 2013

La mortalidad promedio en la Región debida a traumatismos causados por el tránsito fue de 16,1 por 100.000 habitantes en el 2010 (los datos más recientes). En las distintas subregiones, la mortalidad promedio por traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes abarcaba de 11,0 en América del Norte a 22,2 en el Caribe latino. A nivel de país, las tasas estimadas de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito comprendieron de 4,6 a 41,7 por 100.000 habitantes. Los peatones, los motociclistas y los ciclistas son las víctimas principales de las muertes causadas por el tránsito en todas las subregiones excepto América del Norte, donde los ocupantes de automóviles son las víctimas principales. Los hombres corren mayor riesgo que las mujeres de morir debido a traumatismos causados por el tránsito. La falta de transporte público accesible y asequible, y la tendencia cada vez mayor a utilizar motocicletas impiden el logro de este indicador en la Región.

Los datos correspondientes al 2013 estarán disponibles a fines del 2014, momento en el que termina el período actual de recopilación de datos.

**Indicador 4 del OE3: Número de países y territorios en la Región que han reducido el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años (DCPO-12)**

**Línea de base:** DCPO-12 superior a 5: 2 países y territorios, de 3 a 5: 8 países y territorios, e inferior a 3: 29 países y territorios, en el 2004

**Meta:** DCPO-12 superior a 5: 0 países y territorios, de 3 a 5: 2 países y territorios, e inferior a 3: 37 países y territorios, para el 2013

El período 2008-2013 fue productivo y significativo para los países incluidos en la meta y los indicadores de DCPO a los 12 años de edad. Este resultado positivo indicó que 33 países alcanzaron la categoría de consolidación de DCPO de  $\leq 3$  (8 países  $\leq 1$ , 14 países  $\leq 2$ , 11 países  $\leq 3$ ). En la categoría del crecimiento, se registró DCPO = 3, 1 a 5,2 (6 países  $\leq 4$ , 3 países  $\leq 5,2$ ).

La categoría de los países emergentes, que se refiere a los países con una puntuación de DCPO  $> 5$ , se ha eliminado puesto que solo queda un país en esa categoría (Guatemala), que se prevé que logre la meta una vez que estén implantadas las intervenciones preventivas. La iniciativa para una comunidad sin caries se centra en las poblaciones vulnerables y en reducir la brecha en las desigualdades con respecto al acceso a la atención de la salud bucodental. También usa enfoques innovadores basados en los factores de riesgo comunes, la salud bucodental y la integración de la salud bucodental en la atención primaria de salud, todos los cuales se prevé que conducirán a mayores mejoras.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 3.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades</b></p>	<p>Alcanzado plenamente</p>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)**

32. Este indicador hace referencia a los compromisos políticos, económicos y técnicos contraídos por los gobiernos de la Región con el apoyo de la OPS. La movilización dentro de las entidades políticas subregionales y regionales, y el compromiso por parte de los países han indicado que es posible aumentar la capacidad y el compromiso de lograr un avance considerable en la respuesta a las ENT, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades en la Región. Esta labor sigue siendo de máxima importancia y los cambios institucionales que tuvieron lugar en la OPS con la creación del nuevo Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH), el nuevo Plan Estratégico y el nuevo plan de acción sobre las ENT sentarán buenas bases para continuar con ella.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.1.1	Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la violencia	9	24	Sí

Observaciones:

24 países alcanzaron este indicador: ARG, ANI, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GUT, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU y USA.

Las actividades se centraron en tres niveles: política pública intersectorial (BOL, CHI, ELS, NIC, PAN y PER); planes de salud, ya sean nacionales (NIC y TRT) o específicos para el sector (NIC y PAR); y acción comunitaria (DOM).

Cuatro países hicieron hincapié en la prevención de la violencia por razones de género (BAR, DOM, GRA y PAN). Además, 21 países (BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, TRT y USA) han participado en el proceso de recopilación de datos para el informe de la OMS sobre la situación mundial de la prevención de la violencia. Gracias a este proceso, varios de estos países, incluidos PER y CUB, aumentaron su capacidad institucional al lograr consenso entre las principales instituciones nacionales responsables de la prevención de la violencia.

En el 2012-2013, ANI estableció un mecanismo institucional entre el Ministerio de Salud y departamento de asuntos de género; CUB logró consenso entre las distintas dependencias sobre el informe mundial, y capacitó a enfermeras y médicos con respecto a la atención a las víctimas de la violencia; DOR creó un grupo intersectorial liderado por el Ministerio de Salud y contribuyó al informe mundial; y HAI formuló directrices sobre la violencia sexual.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.1.2	Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la salud mental	24	29	Sí

Observaciones:

36 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, TCA, URU, USA y VEN.

En total 36 países evaluaron sus sistemas de salud mental. Además, se finalizaron tres informes subregionales y se publicó el informe regional (2013). Los países están trabajando en las recomendaciones del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). El establecimiento de las líneas de base con respecto a la salud mental facilitará la definición de las intervenciones futuras en esta área.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.1.3	Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con las enfermedades crónicas	21	38	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>39 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Este indicador se traduce en un compromiso político con el desarrollo institucional para hacer frente a las ENT. La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles proporcionó un imperativo técnico y político para que los países acelerasen el fortalecimiento de sus programas sobre las ENT. Cuatro países (ARG, BRA, CHI y COL) han establecido metas nacionales relativas a las ENT y otros cuatro (BLZ, COR, ECU y PAR) han examinado o elaborado sus planes nacionales sobre las ENT, que incluyen alianzas y actividades multisectoriales, planes financieros y formación de capacidad. El Caribe impulsó el proceso mundial que dio lugar a la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas y ha fortalecido especialmente su respuesta a las ENT, en particular por medio del llamamiento a la acción concertada de Aruba sobre la obesidad infantil.</p> <p>El Organismo de Salud Pública del Caribe, formado recientemente, tiene un departamento dirigido a las ENT que colabora con la OPS para fortalecer la respuesta a las ENT. CARICOM ha efectuado importantes contribuciones políticas a la ejecución y la evaluación de la Declaración de Puerto España. La Coalición Caribe Saludable, una ONG en relaciones oficiales con la OPS, ha brindado apoyo a la promoción de la causa en cuanto al tamizaje del cáncer cervicouterino y la reducción de la ingesta de sal; la Universidad de las Indias Occidentales ha prestado apoyo al Caribe al evaluar su progreso y las brechas para que los programas nacionales contra las ENT puedan mejorar su desempeño. Algunos representantes de diferentes países y sectores del Caribe asistieron a un curso virtual para coordinadores de las ENT dirigido a abordar eficazmente las ENT en el siglo XXI y prestaron apoyo a la recopilación de información sobre las ENT.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.1.4	Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con las discapacidades	10	24	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>24 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, GUT, GUY, ECU, ELS, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Entre estos países, algunos actualizaron su legislación sobre asuntos relativos a las personas discapacitadas, lo que ayudó a fortalecer los consejos nacionales sobre discapacidades y llevó a la creación de secretarías técnicas específicas donde se coordinan las políticas sociales sobre las personas con discapacidades y se articulan las acciones intersectoriales con otras áreas. SUR ha priorizado la discapacidad como un tema transversal que debe ser abordado por todos los ministerios.</p> <p>En el sector de la salud, BOL, BRA, CHI, COL, CUB, ECU, GUY, PAN, PAR y VEN han creado</p>				

unidades técnicas dentro de la estructura de los ministerios de salud para el control, la gestión y la rectoría de las actividades de salud dirigidas a las personas con alguna discapacidad. Estos logros han representado una importante inversión de recursos humanos y financieros; capacitación y alianzas estratégicas transversales (por ejemplo, en COR entre los ministerios de salud, seguridad social y bienestar, y en CHI, entre el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de la Discapacidad).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.1.5	Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la seguridad vial	9	21	Sí

**Observaciones:**  
 21 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, SUR, TRT, USA, URU y VEN.

Se registraron importantes avances durante el 2008-2013. GUY, PAN y TRT lograron avances en cuanto a la elaboración de sus planes de acción sobre seguridad vial, lo que les permitió mejorar los mecanismos institucionales relacionados con la seguridad vial. DOR ha incluido la seguridad vial como una prioridad en su programa del gobierno y el Ministerio de Salud ha desempeñado un importante papel al convocar a los sectores clave para trabajar en el programa de seguridad vial. VEN ha estado trabajando con respecto al control del consumo de alcohol y ha promovido actividades educativas en las escuelas. PER realizó un análisis integral de la situación de la seguridad vial en el país y amplió las actividades relativas a este tema en distintas zonas del país. ARG, BOL, ECU, MEX y URU han logrado mejoras notables con respecto al desarrollo institucional de la seguridad vial. ARG creó en el 2008 una Agencia Nacional de Seguridad Vial, que llevó a una disminución en el número de defunciones debidas a los traumatismos causados por el tránsito y sirve de ejemplo para otros países de la Región. URU también creó un organismo nacional durante el período. MEX amplió las actividades de seguridad vial a todos los estados mexicanos y contrató a un equipo de los expertos en seguridad vial dentro de la Secretaría de Salud. ECU revisó y actualizó su legislación en materia de seguridad vial. BOL trabajó con ARG en el marco de un convenio de cooperación entre los dos países. ARG, BRA y URU también tuvieron buenas experiencias de colaboración entre países.

<b>RPR 3.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los siete indicadores del RPR)

33. La cooperación técnica de conformidad con este resultado previsto a nivel regional fue muy rica y logró: a) asegurar que hubiera planes nacionales para las ENT en 31 países de la Región; b) brindar apoyo al área de la violencia contra la mujer y producir documentación y herramientas pertinentes en apoyo de la formulación de políticas basadas en la evidencia; c) brindar apoyo a la aplicación de las políticas de salud mental, con experiencias innovadoras y exitosas en varios países; d) abordar la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables aplicando directrices de la OPS/OMS en 28 países; y e) elaborar o mejorar planes nacionales de seguridad vial, inspirados por el Decenio de la Seguridad Vial. El reto principal por delante estriba en mantener los compromisos, y asegurar la continuidad de los recursos y la capacidad de abordar aun más este tema y avanzar en ellos a nivel nacional y subnacional.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.1	Número de países que están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de la violencia interpersonal y por razones de género, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS	15	23	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>29 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, SCN, TRT, USA, URU y VEN.</p> <p>Algunos de los principales logros que vale la pena destacar son el trabajo en TRT para la elaboración de un plan nacional sobre la violencia y la prevención de los traumatismos, y la realización de talleres de formación de capacidad sobre la prevención primaria de la violencia contra los niños y las mujeres en BOL, COR, ECU, ELS, FDA, HON, NIC, PAR y PER. Además, la OPS produjo documentación y herramientas pertinentes para brindar apoyo a la formulación de políticas basadas en la evidencia, incluida una serie de hojas informativas en las que se resumen los datos científicos más recientes sobre la violencia contra la mujer, y la traducción al español y al portugués del documento <i>Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres</i>. Los retos para lograr este indicador incluyeron la falta de prioridad que tiene el trabajo sobre la prevención de la violencia en general, lo que da lugar a que los recursos humanos y financieros que se ponen a disposición de los programas sean limitados.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.2	Número de países que están ejecutando planes nacionales para la atención y la rehabilitación de las discapacidades de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	5	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>26 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>En los planes nacionales del sector social y de la salud que se han elaborado se han aplicado las recomendaciones técnicas de la OPS/OMS y las recomendaciones expresadas en la resolución WHA58.23 de la OMS y la resolución CD47.R1 de la OPS. Además los países han cumplido con la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. GUT, aunque no tiene un plan de discapacidad en el sector de la salud, ha elaborado un plan nacional aprobado por el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (sector social) siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.3	Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	26	30	Sí

<p>Observaciones: 30 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAR, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SUR, URU, USA y VEN.</p> <p>La OPS brindó apoyo a los ministerios de salud en el proceso de ejecutar los planes nacionales sobre salud mental. Este es un componente clave de la <i>Estrategia y plan de acción sobre salud mental</i> aprobada por el 49.º Consejo Directivo de la OPS en el 2009. Las experiencias más innovadoras y exitosas en la Región fueron, entre otras, informadas por BLZ, BRA, CHI, CUB y PAN. Estos países tienen todos excelentes planes nacionales con un nivel alto de ejecución y organización excelente de los servicios basados en el modelo de atención a nivel comunitario, que han reducido significativamente el número de camas en los hospitales psiquiátricos.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.4	Número de países que están ejecutando un plan nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas de acuerdo con el enfoque integrado de la OPS de la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimenticio y la actividad física	15	36	Sí

<p>Observaciones: 38 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>El nivel de ejecución de los planes nacionales sobre las ENT varía, dado que en algunos países sigue habiendo distintas prioridades en pugna. Por ejemplo, los países centroamericanos estuvieron abordando la enfermedad renal crónica y centraron su labor en fortalecer la vigilancia y la respuesta a este tema, mientras otros, como Aruba, COL y MEX, eligieron abordar las ENT por medio de planes nacionales para combatir la obesidad. Los países que tienen una respuesta general a las ENT bastante avanzada son ARG, BRA, CHI y algunos países del Caribe, como BAH, BAR, JAM y TRT. De manera más reciente, BLZ, COR, ECU y PAR elaboraron planes con metas nacionales.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.5	Número de países que están ejecutando planes nacionales para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	8	26	Sí

<p>Observaciones: 28 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, USA y VEN.</p> <p>Principales logros:</p> <p>a) Nueve países —ARG, DOR, ECU, ELS, HON, PAN, PAR, POR y URU— realizaron encuestas nacionales sobre la atención oftalmológica y 3 países —TRT, PAN y CUB— iniciaron encuestas sobre este tema.</p> <p>b) Dieciséis países —ARG, BAR, BLZ, COL, DOM, ELS, GRA, GUY, GUT, JAM, NIC, PAN, PER,</p>
--



<p>SAL, SAV y SCN— examinaron y actualizaron sus planes de acción nacionales sobre atención oftalmológica.</p> <p>c) Cinco países —ANI, BLZ, COR, HON y JAM— han llevado a cabo evaluaciones nacionales de sus servicios de retinopatía diabética.</p> <p>d) Dos países —BLZ y JAM— elaboraron planes sobre la retinopatía diabética.</p> <p>e) Trece países informaron que tienen un programa para prevenir la retinopatía que causa ceguera prematura: ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, JAM, MEX, PER, SAV y VEN.</p> <p>f) Tres países —HON, COR y ELS— han establecido programas para fortalecer las unidades de oftalmología públicas.</p> <p>g) CHI generó datos científicos para actualizar sus directrices nacionales sobre los programas que abordan los defectos de refracción en los escolares.</p> <p>h) Diecisiete países (ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, CUR, DOM, MEX, NEA, SAL, TRT, URU, USA y VEN) notificaron una tasa de cirugía de cataratas de más de 2.000 procedimientos por 1.000.000 habitantes al año.</p> <p>i) Se publicaron diez artículos en revistas arbitradas durante el período.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.6	Número de países que están ejecutando planes nacionales para la prevención de las enfermedades bucodentales de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	26	35	Sí

Observaciones:

37 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BRA, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, NCA (BER), PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.

Las puntuaciones mejoradas con respecto a DCPO que se obtuvieron en las encuestas nacionales de salud bucodental realizadas en los países muestran que hubo un avance considerable. La mayoría de los países tienen programas de salud bucodental sostenibles que incluyen planes, metas y procesos de evaluación. Los países con las políticas de salud bucodental maduras son BAR, BAH, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, JAM, MEX, NCA (BER), PAN, PER, TRT, USA y URU. Aunque GUT ha estado trabajando para mejorar la salud bucodental, persisten los retos y este país tiene el índice de DCPO más alto en la Región.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.2.7	Número de países que están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de los traumatismos causados por el tráfico en la vía pública, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS	15	23	Sí

Observaciones:

25 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, ECU, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, USA, URU y VEN.

El *Plan de acción sobre la seguridad vial* de la OPS se aprobó en el 2011 y fue un incentivo importante, que se sumó al Decenio de la Seguridad Vial, para impulsar a que los países preparen sus propios planes. Once países prepararon un plan en torno al Decenio de la Seguridad Vial y lo pusieron en marcha en mayo del 2011. Además, CUB, ECU, GUY, PAR, TRT y URU lograron esta meta un poco más

adelante. DOR y NIC también la lograron, aunque todavía se necesitan algunas mejoras en estos países. ARG, BRA, COL, ELS, JAM, MEX, PER y USA se comprometieron con el Decenio de la Seguridad Vial y mejoraron sus planes de seguridad vial.

**RPR 3.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)

34. La Región logró importantes avances en los últimos años con respecto a la vigilancia y el seguimiento de las ENT y sus factores de riesgo, los trastornos mentales, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia y las discapacidades. Con respecto a las ENT y sus factores de riesgo, todos los países ahora tienen datos de mortalidad específicos sobre las ENT; 22 países tienen información detallada sobre la distribución de los factores de riesgo; 10 han establecido tendencias en cuanto a los factores de riesgo puesto que tienen al menos dos puntos de referencia de datos; y 11 países tienen registros nacionales para el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares, o la diabetes. En cuanto a la violencia, los países progresaron considerablemente con respecto a la disponibilidad de los datos sobre la violencia, aun cuando no pudieron poner en marcha un sistema nacional de información de salud que incluyera indicadores específicos sobre este tema. En cuanto al progreso sobre los sistemas de información de salud mental, se publicaron y difundieron directrices regionales acerca de la información sobre este tema y varios países trabajaron para mejorar la disponibilidad de la información sobre salud mental. Con respecto a las discapacidades, los países recopilaron datos sobre este tema usando diferentes fuentes y varios países ya tienen un mecanismo de vigilancia bien establecido basado en un sistema de información sobre las discapacidades. En el 2009 se publicó el informe regional sobre la seguridad vial y todos los países contribuyeron datos, lo que facilitó la inclusión de datos sobre accidentes de tránsito en los sistemas nacionales de información. Aunque este RPR se alcanzó plenamente, la labor para mejorar la calidad de la información y fortalecer los sistemas de información sobre las ENT, las discapacidades, la salud mental, la violencia y la seguridad vial requiere de mayor atención y de la cooperación técnica de la OPS.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.3.1	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de violencia interpersonal y de violencia basada en el género	12	22	Sí

Observaciones:  
22 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, TRT, USA y VEN.

En el logro de este indicador se ha incluido a aquellos países que han logrado importantes avances en cuanto a la disponibilidad de datos sobre la violencia aunque no hayan podido poner en marcha un sistema nacional de información de salud que incluya indicadores relativos a la violencia. Por ejemplo, TRT evaluó su mecanismo de vigilancia de la violencia y los traumatismos, y puso en marcha actividades de formación de capacidad en el hospital principal del país para mejorar la vigilancia. De manera análoga, ELS realizó una encuesta representativa a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer y BLZ analizó el sistema existente de vigilancia de violencia por razones de sexo. Finalmente, la OPS, en colaboración con los CDC, elaboró la primera comparación regional de datos nacionales representativos sobre la violencia contra la mujer. Los retos en cuanto a este indicador incluyen que no

se ha otorgado prioridad a la labor en torno a la prevención de la violencia en general, lo que ha hecho que se destinen pocos recursos humanos y financieros a este problema de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.3.2	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de salud mental	8	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Varios países están trabajando para mejorar los sistemas de información sobre la salud mental. CHI y ELS tienen sistemas de información con indicadores para la salud mental. En Centroamérica, se han logrado avances en cuanto a la creación de un observatorio subregional para el comportamiento suicida. Además se han publicado y diseminado directrices regionales sobre la salud mental.</p> <p>Este indicador es un punto crítico para la cooperación técnica de la OPS/OMS. Los países tienen que seguir trabajando en la incorporación de los indicadores relativos a la salud mental en sus sistemas nacionales de información de salud. Al mismo tiempo, la OPS debe reforzar su cooperación técnica en esta área en el próximo bienio, especialmente en el grupo de países que no tienen datos fidedignos sobre la salud mental.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.3.3	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de discapacidad	18	26	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>28 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, TRT, USA, URU y VEN.</p> <p>Los países cuentan con datos sobre la discapacidad de interés para el sector de la salud que proceden de varias fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros: ARG, BRA, BOL, COL, COR, DOR, ELS, GRA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, URU y VEN.</li> <li>• Encuestas multipropósito: ECU, GUY, MEX, PER, TRT y URU.</li> <li>• Encuestas específicas: ARG, CAN, CHI, ECU, NIC, PAN y USA.</li> </ul> <p>Dentro del sector de la salud y fuera de él, diversas iniciativas articuladas intrasectoriales e intersectoriales contribuyeron al desarrollo de sistemas de información que se actualizan activamente basados en las normas recomendadas por la OPS/OMS en ARG, CHI, ECU, HON, MEX y VEN. Las iniciativas articuladas dieron lugar a la producción de datos sobre las discapacidades de diferentes programas de salud y otros sectores, como la seguridad social, el desarrollo social y la educación. En todos los casos, se utilizó como norma técnica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo	14	33	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>35 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Los países han incorporado las ENT y ciertos factores de riesgo en su propio conjunto básico de datos, lo que ha impulsado a la OPS a publicar un folleto sobre indicadores básicos de las ENT (2011). Todos los países tienen datos de mortalidad específicos sobre las ENT; 22 países tienen información detallada sobre la distribución de los factores de riesgo; 10 han establecido tendencias en cuanto a los factores de riesgo puesto que tienen al menos dos puntos de referencia de datos; y 11 países tienen registros nacionales para el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares, o la diabetes. Las actividades seguirán dirigiéndose al fortalecimiento de estos sistemas y el análisis de su contribución a las metas y la notificación a escala mundial con respecto a los 25 indicadores mundiales.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.3.5	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de lesiones causadas por tráfico en la vía pública	12	22	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>22 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, USA, URU y VEN.</p> <p>En el 2009 se publicó el <i>Informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas</i> y en el 2013 se publicó una hoja informativa con los datos regionales en tres idiomas (portugués, español e inglés). Todos los Estados Miembros de la OPS (excepto HAI) participaron en este proceso de recopilación de datos, que contribuyó a que se incluyera información sobre la seguridad vial en los sistemas nacionales de información de salud. En noviembre del 2013, la OPS promovió la capacitación sobre datos de la seguridad vial a fin de seguir mejorando y estandarizando la calidad de los datos sobre este tema. Además, la mayoría de los Estados Miembros de la OPS forman parte del observatorio de seguridad vial, que tiene por objeto integrar los datos procedentes del sector de la salud, el sector del transporte, la policía y otros actores clave que trabajan en información sobre la seguridad vial.</p>				

<b>RPR 3.4: La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por el tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental</b>	Alcanzado parcialmente
--	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de cuatro de los cinco indicadores del RPR)

35. A pesar de que los países han logrado importantes avances en las distintas áreas que se encuentran en este RPR y se han acumulado conocimientos acerca de las intervenciones exitosas para abordar las ENT, la salud mental, la violencia, la salud bucodental y la seguridad vial, es evidente que se requieren mayores

esfuerzos para tener un mecanismo integral que aúne los programas con políticas relacionadas. Se realizaron estudios económicos sobre las ENT en varios países para generar evidencia y sustentar la necesidad de fortalecer los programas de los países, y ahora deben difundirse estos estudios. Se lograron importantes avances en cuanto a la salud mental y se elaboraron diversas publicaciones para consulta. Por medio de la iniciativa para lograr comunidades sin caries, se mejoró la integración de la salud bucodental y sus factores de riesgo en las intervenciones de atención primaria de salud en varios países. Ahora se dispone de herramientas para invertir en la seguridad vial, pero también es necesario difundir los resultados. Con respecto a la violencia, no se logró la meta para el 2013, pero 14 de 15 países lograron el indicador en distinta medida en cuanto a los proyectos ejecutados y los retos para la cooperación técnica de la OPS con respecto a la capacidad disponible en esta área.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.4.1	Número de estudios analíticos sobre costos de las intervenciones dirigidas a los trastornos mentales y neurológicos	1	3	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se realizaron los siguientes cuatro estudios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depresión en Panamá: <i>Conozca la depresión y enfréntela</i> (OPS, 2009).</li> <li>2. <i>Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe</i> (OPS, 2009), publicada con una compilación de estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se centró en la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y la evaluación de servicios.</li> <li>3. <i>The Treatment Gap</i> (R. Kohn, 2013), un estudio regional sobre las brechas de tratamiento.</li> <li>4. IESM-OMS: <i>WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe</i> (OPS, 2013), una evaluación de los programas y los servicios.</li> </ol>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.4.2	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la violencia	8	15	No
<p>Observaciones:</p> <p>14 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, FEP, GUT, HON, MEX, PER y USA, pero hubo mucha disparidad en la profundidad de los proyectos.</p> <p>La participación de los centros colaboradores de la OPS/OMS fue de suma importancia puesto que ellos lograron que avanzaran varias iniciativas en los países. En ARG y BLZ se obtuvieron algunas enseñanzas dignas de mención en cuanto a la violencia por razones de género y la violencia doméstica. Con respecto a los dos países que lograron el indicador en el 2012-2013, GUT realizó un estudio sobre el costo de la violencia comunitaria y su repercusión sobre la salud, y MEX difundió un estudio sobre el estado de la violencia en el país que incluyó un análisis de los costos.</p> <p>A pesar de este progreso, no se logró la meta fijada para el 2013, la profundidad de los proyectos de los países fue dispar y hubo importantes retos para la capacidad de la Organización de apoyar a los países. Deben realizarse mayores esfuerzos para establecer relaciones de trabajo sólidas con las instituciones de excelencia en el área del análisis de costos, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.</p>				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.4.3	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la salud bucal	4	9	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: BOL, COL, ECU, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, PUR y URU.</p> <p>Doce países participaron en la iniciativa para las comunidades sin caries, en la que se promueven intervenciones costoeficaces y se hace el seguimiento de la eficacia de los programas. Las encuestas sobre salud bucodental mostraron que los indicadores relativos a DCPO habían mejorado gracias a los programas de prevención, en particular la fluoruración. Sin embargo, las puntuaciones indicaron que no se había logrado un mejor acceso a la atención de la salud bucodental y que los grupos vulnerables eran los más afectados.</p> <p>La iniciativa para comunidades sin caries, que se puso en marcha en el 2008, ha sido un vehículo para mejorar el acceso a la atención de salud bucodental para las poblaciones más vulnerables e integrar la salud bucodental en los enfoques de atención primaria de salud, incluidos los factores de riesgo de las ENT. En la actualidad, aplicando el enfoque de la salud bucodental y factores de riesgo, nueve países tienen programas en curso para mejorar el acceso e integrar la salud bucodental en la atención primaria de salud (COL, ECU, GUT, HAI, JAM, MEX, PAN, PUR y URU).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.4.4	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con las enfermedades crónicas	9	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PER, SUR, TRT y USA.</p> <p>El análisis económico de las ENT ha sido un área de intenso desarrollo reciente en la Región. Después de que la OPS celebró un taller regional sobre las dimensiones económicas de las ENT conjuntamente con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el organismo de salud pública de Canadá, los países realizaron estudios económicos nacionales sobre las ENT a fin de fortalecer su capacidad de generar datos científicos para afrontar la epidemia de las ENT.</p> <p>Los países han utilizado la información recibida por medio de los estudios económicos que realizaron para justificar el fortalecimiento de sus programas nacionales contra las ENT y la adopción las políticas basadas en la evidencia aportada por esos estudios. Por ejemplo, SUR adoptó una política de control del tabaco basada en los resultados; GUY ultimó su análisis de los costos de la diabetes con miras a mejorar su programa de prevención y control de esta enfermedad, y los resultados de dicho estudio están siendo examinados por la OPS; COR ha difundido los resultados de su estudio de costos, que también utilizó en la preparación de su plan nacional sobre las ENT; y GUT terminó de realizar su estudio económico.</p> <p>Se está preparando una publicación sobre los métodos de evaluación económica que se han aplicado en la Región de las Américas, con miras a ofrecer métodos innovadores que los países pueden usar con el</p>				

apoyo de la OPS y sus asociados para defender el caso económico a favor de la lucha contra las ENT frente a los ministerios de economía y finanzas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.4.5	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la seguridad vial	6	12	Sí
<p>Observaciones: 13 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, MEX, PAR, USA y VEN.</p> <p>Una metodología elaborada por el BID se aplicó en algunos de estos países para que pudieran ver la distribución de los costos totales entre los usuarios de las vías de tránsito. Estos resultados son una herramienta importante de promoción de la causa para mejorar la inversión en la prevención de los traumatismos causados por el tránsito en la Región. Es necesario dar más difusión a estos resultados.</p>				
<p><b>RPR 3.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia y los traumatismos, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera</b></p>				<p>Alcanzado plenamente</p>

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

36. Las metas de los indicadores relativos a este RPR propuestas para este período se lograron o superaron: 18 países establecieron actividades para la detección temprana y la intervención en varias situaciones a fin de prevenir las discapacidades; 19 países pusieron en marcha programas sobre la promoción y la prevención con respecto a la salud mental, centrados en especial en el suicidio; casi todos los países de la Región han puesto en marcha programas multisectoriales para promover y prevenir las ENT. El reto estriba en transformar las políticas y los planes que se elaboran en medidas concretas sobre el terreno a escala nacional.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.5.1	Número de países que ejecutan programas para la prevención de discapacidades en la población general con un enfoque multisectorial	5	15	Sí
<p>Observaciones: 18 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU y VEN.</p> <p>Estos países han establecido actividades específicas para la detección temprana y la intervención con respecto a los trastornos metabólicos, los defectos congénitos y los problemas visuales y auditivos en las poblaciones de alto riesgo, para la detección de problemas posturales, para promover la salud y para prevenir las discapacidades causadas por las enfermedades no transmisibles.</p> <p>Varios de los países, como ARG, CAN, COR, MEX, PAN y URU, han elaborado legislación sobre el tamizaje obligatorio para los trastornos metabólicos; NIC y URU han creado un sistema de vigilancia de</p>				

los defectos de nacimiento; y ARG, BRA, PAR, URU y VEN han alcanzado el consenso sobre las estrategias para vigilar los defectos congénitos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.5.2	Número de países que realizan intervenciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y del abuso de sustancias psicotrópicas	0	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, COR, ECU, ELS, GUT, GUY, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU y VEN.</p> <p>Diecinueve países de la Región informaron que habían puesto en marcha programas para promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales.</p> <p>La prevención del suicidio ha sido un importante programa en el campo de la promoción y la prevención, especialmente en algunos de los países con las tasas más elevadas de mortalidad por suicidio. En la esfera de la prevención del suicidio, es importante reconocer los esfuerzos de BLZ, CUB, CHI, GUY, NIC y URU, entre otros países, por sus sistemas mejorados de vigilancia para detectar los comportamientos suicidas, sus programas educativos y la reducción del acceso a medios letales.</p> <p>Se publicaron y difundieron directrices regionales sobre la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental. Todos los países han integrado el componente de promoción y prevención en sus respectivos planes nacionales de salud mental. En el 2013 se terminó de elaborar un informe regional sobre el suicidio.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.5.3	Número de países que ejecutan programas para la prevención de las enfermedades crónicas en la población general con un enfoque multisectorial	2	31	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>31 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NCA, NIC, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT y URU.</p> <p>Este indicador es muy amplio y casi todos los países han puesto en marcha programas para promover la prevención de las enfermedades crónicas en la población general con un enfoque multisectorial.</p> <p>Los países han trabajado en la aplicación de la Declaración Política emitida en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas y han intercambiado experiencias con respecto a la formulación de planes de acción mundiales y regionales y la elaboración de las nueve metas mundiales voluntarias y los 25 indicadores conexos. Todos los países han indicado que están fortaleciendo y ampliando sus programas y planes con respecto a las ENT. ARG, BAR, BRA, CHI, COL y TRT son líderes en sus subregiones en cuanto a la participación de otros sectores como la agricultura y la ganadería, el comercio, el transporte, la educación y el sector privado al configurar los procedimientos preventivos de las ENT.</p> <p>En el 2013, BLZ, COR, ECU y PAR examinaron sus planes multisectoriales nacionales. Se dialogó con diversos sectores dentro del gobierno así como con las ONG y el sector privado. Estos países también</p>				



establecieron metas nacionales que dependen para su logro de la colaboración con otros sectores que no son el de salud.

<b>RPR 3.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de mejorar sus sistemas sanitarios y sociales en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

37. Casi todos los países de la Región están aplicando las estrategias para integrar los cuidados crónicos con respecto a las ENT en la atención primaria de salud. Treinta y cuatro países recibieron capacitación sobre la organización de la atención de las ENT por medio de una colaboración de la OPS con la Universidad de Miami. Además, 21 países incorporaron el apoyo del abandono del hábito de fumar, incluido el tratamiento sustitutivo con nicotina, en los servicios que brinda el gobierno. A pesar de estos adelantos, queda mucho por delante. Es necesario seguir fortaleciendo la integración de las ENT y el control de sus factores de riesgo en la atención primaria de salud. La integración en la atención primaria de salud sigue siendo un reto que deberá afrontarse en el próximo bienio.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.6.1	Número de países que aplican estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles según Cuidado Innovador de la OMS para las Enfermedades Crónicas	12	32	Sí

Observaciones:

34 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, ANI, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, MEX, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, USA y URU.

Algunos funcionarios nacionales de 34 países recibieron capacitación sobre la organización de la atención para las afecciones crónicas en cursos impartidos en el 2009 y el 2011 gracias a una colaboración entre la OPS y la Universidad de Miami.

ARG, CHI, DOR y PAR están usando en todo el país el modelo de atención de las enfermedades crónicas para mejorar la calidad de la atención para estas enfermedades. En ARG, BRA, CHI y COL se impartió capacitación nacional para los profesionales de la salud sobre el tratamiento de las enfermedades crónicas.

El pasaporte de cuidados crónicos, elaborado por la OPS, se está usando para brindar tratamiento a las enfermedades crónicas en 17 países. Las evaluaciones llevadas a cabo en ABM (Anguila), ANI (Antigua), ARG, JAM y SAL indican que este pasaporte puede usarse eficazmente para mejorar los cuidados crónicos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
3.6.2	Número de países que han incorporado apoyo para el abandono del tabaco en los servicios de salud del primer nivel de acuerdo a lo indicado en el Informe Mundial de la OMS sobre la epidemia de tabaquismo	4	9	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BOL, BRA, CAN, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Estos países informaron a la OPS que habían incorporado el apoyo del abandono del hábito de fumar, incluido el tratamiento sustitutivo con nicotina, y que al menos el costo de uno de los componentes está cubierto por el gobierno.</p> <p>Cabe destacar que BRA, CAN, ELS, PAN, URU y USA informaron que sus servicios son totalmente gratuitos y que también cuentan con una línea telefónica gratuita de ayuda para dejar de fumar. A pesar de este progreso, en la mayor parte de los países no se conoce todavía el grado de cobertura de estos servicios y las tasas de abandono exitoso del hábito de fumar.</p> <p>A pesar de los considerables avances, queda mucho por hacer en esta esfera. Debe alentarse a los países a que usen los servicios que ya están disponibles a nivel de la atención primaria de salud y que garanticen que el personal de salud le pregunte sistemáticamente a cada paciente si fuma o no y, si el paciente es un fumador, ofrezca una breve orientación a favor de dejar de fumar.</p>				

<b>OE4: 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</b>							Alcanzado plenamente: <sup>9</sup> 100% de las metas de los indicadores alcanzadas	
Situación del RPR <sup>10</sup>	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8

**Panorama presupuestario del OE4**

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gastos	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
114,5	36,7	72,1	108,8	80%	95%

<sup>9</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>10</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

#### **Evaluación programática del OE4**

38. En el período de seis años abarcado por el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 se prestó cooperación técnica para fortalecer las políticas, los sistemas de salud y la atención primaria de salud en los países, así como para mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, incluidos los temas de la salud sexual y reproductiva, el embarazo, el parto, el período neonatal, la niñez y la adolescencia, y el envejecimiento.

39. Como resultado de las actividades regionales y de país, se ampliaron los recursos humanos; se promovieron las intervenciones comunitarias (AIEPI, Prácticas Familiares Clave de la OPS/OMS, el programa de la OPS *Familias Fuertes*); y se mejoraron los sistemas de vigilancia y las estadísticas vitales. Además, a lo largo de esos seis años, se intensificó el énfasis en la formación de asociaciones. Los compromisos contraídos en la 36.<sup>a</sup> Cumbre del Grupo de los Ocho (G8), celebrada en Muskoka (2010), permitieron aumentar el financiamiento y lograr una mayor armonización entre los asociados (FNUAP, UNICEF, UNWOMEN, ONUSIDA y el Banco Mundial, entre otros).

40. Cabe destacar que las defunciones infantiles han descendido de manera sustancial. De continuar las tendencias actuales en todos los países, la Región de las Américas cumplirá el ODM 4 en el 2014. Varios países de la Región de las Américas se encontraban entre los primeros en demostrar que es posible reducir mucho la mortalidad infantil, aun cuando las tasas iniciales sean altas, si se ejecutan en forma sistemática actividades concertadas y estrategias adecuadas y se dispone de los recursos y la voluntad política suficientes. Aunque ha habido una reducción significativa de las defunciones maternas, la tasa de disminución es inferior a la que sería necesaria para lograr el ODM 5. Recientemente, los esfuerzos se han centrado en la reducción de las principales causas de mortalidad materna y en la eliminación de las barreras a la atención de buena calidad.

#### **Principales logros con respecto al OE4**

- a) Veinticinco países cuentan con sistemas de información y sistemas de vigilancia para hacer el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, así como de la salud materna, neonatal y de los adolescentes, con información desglosada.
- b) Dieciséis países tienen una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y 20 países han adoptado estrategias integrales de salud reproductiva.
- c) La mayoría de los países de la Región notifican más de 90% de nacimientos asistidos por personal capacitado. Las actividades se centraron en la capacitación y el despliegue de parteras capacitadas y en mejorar los establecimientos de atención obstétrica de urgencia.
- d) En un gran número de países, se incorporan planes de salud materna y neonatal en el marco del proceso continuo de la atención. Hay una marcada concientización sobre la proporción cada vez mayor de defunciones de recién nacidos en el grupo de edad de menores de 5 años.
- e) Los Estados Miembros aprobaron la Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez 2012-2017, un llamamiento a la acción para mejorar los resultados de salud y bienestar del niño más allá de la supervivencia.
- f) Dieciocho países tienen programas de salud y desarrollo de los adolescentes en funcionamiento, y 22 están aplicando un conjunto integral de normas con la finalidad de prestar servicios de salud adecuados para este grupo de edad.
- g) Dieciocho países están aplicando programas comunitarios multisectoriales para abordar el envejecimiento saludable.

#### **Principales retos con respecto al OE4**

- a) Ampliación de los derechos reproductivos de las mujeres y la promoción de la salud materna y neonatal como una prioridad mundial también para el período posterior al 2015.
- b) Adopción y ejecución del enfoque del curso de vida dentro del sistema de salud y más allá de él mediante la coordinación intersectorial con los sectores de educación, trabajo y medioambiente (para abordar los determinantes sociales de la salud).
- c) Necesidad de atender las necesidades específicas de salud de los adolescentes y velar por que se llegue hasta ellos con intervenciones de prevención.
- d) Envejecimiento de la población y mayor demanda de atención de salud.
- e) Fortalecimiento de los sistemas de información de salud y su disponibilidad, y utilización de la información desglosada para evaluar la calidad de los servicios de salud, la vigilancia epidemiológica, y la toma de decisiones, por medio de sistemas universales y eficaces de registro civil y estadísticas vitales.
- f) Reducción de las desigualdades de salud.
- g) La controversia en torno al aborto médico está entorpeciendo un progreso más acelerado hacia el establecimiento de servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

#### **Enseñanzas extraídas del OE4**

- a) Los planes regionales dirigidos a las madres, los recién nacidos, los niños, los adolescentes y los adultos mayores han permitido acelerar el progreso. Aunque los logros son desiguales entre los países y en el interior de ellos, la evidencia sugiere que el progreso acelerado hacia el logro de las metas de los indicadores está estimulando el apoyo político, además de fomentar la investigación y el debate sobre métodos sistemáticos para mejorar los resultados en materia de salud.
- b) La mejora de la calidad de la atención, lo que comprende la ampliación de la fuerza laboral capacitada en el área de salud es la base para lograr la equidad.
- c) La integración de las políticas y de la prestación de servicios de salud exige una visión compartida y la planificación conjunta. Las iniciativas de formación de capacidad y la introducción de nuevas tecnologías han resultado útiles a este respecto. Además, la institucionalización de los sistemas de información sobre salud, a nivel ministerial, con definiciones y normas comunes, es un paso esencial.
- d) La formulación de pautas y normas exige que la cooperación técnica se preste de manera continua, para lo cual es crucial la disponibilidad de recursos financieros.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

##### **Indicador 1 del OE4: Porcentaje de los partos atendidos por personal de salud capacitado en América Latina y el Caribe**

**Línea de base:** 85% en el 2006

**Meta:** 90% para el 2013

Según los Indicadores Básicos de la OPS correspondientes al 2013, en América Latina y el Caribe 92,5% de los partos fueron asistidos por personal capacitado. Todas las subregiones experimentaron un aumento de la cobertura de partos atendidos por personal capacitado.

##### **Indicador 2 del OE4: Disminución del número de países de la Región que notifican una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos**

**Línea de base:** 10 países en el 2006

**Meta:** 6 países para el 2013

En el 2013, solo DOM, DOR, GUT y SCN informaron sobre una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos. Cabe destacar que los números absolutos de defunciones maternas fueron solo 1 y 2, respectivamente, para DOM y SCN. Los siguientes países y territorios no notificaron un cálculo sobre la razón de mortalidad materna: ABM, ANI, BOL, Guadalupe, HAI, NEA, NCA, SAL, TRT y USA.

**Indicador 3 del OE4: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 32,1 o menos por 1.000 nacidos vivos**

**Línea de base:** 21 países en el 2006

**Meta:** 26 países para el 2013

Según los Indicadores Básicos de la OPS para el 2013, la tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos fue de 19,7 en América Latina y el Caribe. El único país que informó sobre una tasa de mortalidad de menores de 5 años de más de 32,1 por 1.000 nacidos vivos fue HAI (88).

**Indicador 4 del OE4: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos superior a 60% (como indicador relacionado con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva)**

**Línea de base:** 13 países en el 2006

**Meta:** 21 países para el 2013

Los países del continente americano han ampliado el acceso a servicios y productos integrales de salud sexual y reproductiva en el contexto de los derechos de las mujeres. Algunos de los países lograron avances notables para mejorar la cobertura de planificación familiar. Según los últimos cálculos disponibles (Fuente: Indicadores Básicos de la OPS 2013; Situación de la Población Mundial FNUAP; La necesidad insatisfecha de anticonceptivos, documento del Banco Mundial, marzo 2010), 19 países y territorios tienen tasas de uso de anticonceptivos superiores al 60%: ARG, BOL, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, HON, JAM, NEA, NIC, PAR, PER, PUR, SCN, URU y VEN.

**Indicador 5 del OE4: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de fecundidad de los adolescentes (definida como el número anual de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) de 75,6 o menos por 1.000**

**Línea de base:** 8 países en el 2006

**Meta:** 13 países para el 2013

Aunque los datos sobre la tasa de fecundidad de los adolescentes son todavía escasos en la Región, según la publicación *Perspectivas de la población mundial 2014* de la División de Población de las Naciones Unidas, los siguientes 20 países y territorios tienen una tasa de fecundidad de los adolescentes por debajo de 75,6 (por 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad): ARG (55), NEA (Aruba) (28), BAH (29), BAR (49), BLZ (73), BOL (73), BRA (72), CHI (56), COL (70), COR (62), CUB (44), GRA (37), HAI (43), JAM (72), PAR (68), PER (52), SAL (57), SAV (55), TRT (35) y URU (59).

**Indicador 6 del OE4: Número de países de la Región donde 50% o más de la población adulta mayor (mayores de 60 años en América Latina y el Caribe y mayores de 65 años en Canadá y Estados Unidos) recibe servicios de salud adaptados a sus necesidades**

**Línea de base:** 9 países en el 2006

**Meta:** 15 países para el 2013

No hay cálculos disponibles.

## Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)

<b>RPR 4.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales)</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

41. En el período 2008-2013, las políticas y las estrategias nacionales de salud avanzaron hacia la integración; sin embargo, lograr que esta integración se traduzca en la prestación de servicios sigue siendo un reto. La Oficina asignó particular importancia al apoyo de las políticas para la prestación integrada de servicios a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, se prestó cooperación técnica para brindar apoyo y promover la formulación de políticas integrales de salud basadas en la evidencia a fin de lograr el acceso universal a un proceso continuo de la atención, lo que abarca el financiamiento predecible y sostenible del sistema de salud. Además, se forjaron alianzas con actores clave como el sistema de las Naciones Unidas, la comunidad académica, asociaciones profesionales, ONG y la sociedad civil.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.1.1	Número de países que tienen una política integral de acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño	0	4	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, CUB, DOR, ELS, HON, NIC, URU y VEN.</p> <p>Los países informaron que tienen una política integrada sobre el acceso universal a intervenciones eficaces para la salud de la madre, del recién nacido y del niño. Sin embargo, los niveles de ejecución variaban enormemente entre los países; ARG, CHI, CUB y URU están muy avanzados. La Rede Cegonha (red cigüeña) en BRA es un ejemplo de las mejores prácticas. SUR está tratando de establecer la cobertura universal de atención materna y neonatal mediante un seguro de enfermedad básico.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva	7	16	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>16 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, GUY, HON, JAM, PER, SUR, URU y VEN.</p> <p>Estos países informaron tener una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva aprobada por sus ministerios de salud. Los países han avanzado mucho para garantizar los derechos reproductivos y sexuales en el camino hacia la cobertura universal de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.1.3	Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable	11	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, HON, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR y URU.</p> <p>Estos países tienen políticas explícitas o implícitas sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable. Todos ellos avanzaron enormemente en el desarrollo y la aprobación de las políticas, los planes y los programas relacionados con el envejecimiento activo y saludable. Sin embargo, hay puntos débiles en la aplicación, el seguimiento y la evaluación de esas políticas.</p>				

<b>RPR 4.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor</b>	Alcanzado plenamente
---	----------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

42. La información y la vigilancia de la salud materna y perinatal se han fortalecido en los países del continente americano, en especial en cuanto a la mejora de las herramientas y las capacidades de los expertos nacionales en las mejores prácticas y la investigación operativa. Como resultado, han mejorado la disponibilidad y la calidad de la información estratégica, lo que permite el establecimiento de redes de investigación.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007:	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.2.1	Número de países que establecen sistemas de información y de vigilancia para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico	10	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>24 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GUY, GUT, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Estos países tienen sistemas de información y vigilancia que funcionan bien. Además, la implantación de un sistema de información perinatal (SIP) se encuentra en las etapas iniciales en BAH, BAR, BLZ y los países y territorios de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS).</p>				
4.2.2	Número de revisiones sistemáticas de prácticas óptimas, investigación operativa y normas de atención realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana	5	10	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>En el período se llevaron a cabo 11 estudios sistemáticos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• investigación operativa, siete países (ELS, GUY, HON, NIC, PAN, PAR y URU) en el 2011;</li> <li>• mejores prácticas de integración del género y la etnicidad en la salud materna, ECU;</li> </ul>				

- estudio basado en el sistema de información perinatal (SIP) sobre el espaciamiento de los nacimientos, ARG (CREP-CLAP) (en prensa);
- estudio de 10 países de la Red de Vigilancia Centinela para evaluar la eliminación de la sífilis congénita, por el CLAP (en prensa); y
- evaluación de la calidad de los servicios, HON

<b>RPR 4.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

43. En el transcurso de los últimos seis años, los esfuerzos para reducir la mortalidad materna y neonatal en las Américas se han centrado principalmente en dos objetivos a largo plazo: capacitación y despliegue de parteras capacitadas, además del mejoramiento de los establecimientos de atención obstétrica de urgencia. A este respecto, la cooperación técnica permitió un aumento significativo de la atención por personal capacitado en el momento del parto, lo que abarca la asistencia prenatal, posnatal y del recién nacido, para atender las necesidades inmediatas de las mujeres de que el parto sea seguro, al mismo tiempo que se fortalecen los sistemas de salud en el largo plazo.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.3.1	Número de países que adaptan y aplican las normas y las directrices técnicas y de gestión de la OPS/OMS para incrementar la cobertura de la atención especializada en el parto, incluida la atención prenatal, posnatal y del recién nacido	10	23	Sí
<p>Observaciones:                      23 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU y VEN</p> <p>Estos países han adaptado y están utilizando las normas y directrices de la OPS/OMS para aumentar la cobertura con atención prestada por personal capacitado. BRA adoptó y adaptó la Caja de Herramientas para el fortalecimiento de la partería en su iniciativa nacional de la Rede Cegonha (red cigüeña). Además, BAR/ECC se comprometió a adoptar las directrices y las normas OPS/CLAP.</p>				

<b>RPR 4.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

44. Durante los seis últimos años, se elaboraron y se difundieron en toda la Región las directrices para mejorar la atención y la supervivencia de los recién nacidos y, además, se prestó cooperación técnica. Como resultado, se han ejecutado intervenciones específicas y se han incluido en las normas nacionales en un gran número de países. Según se establece en la evaluación de mitad de período de la *Estrategia y 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* para el período 2008-2015, el 72% de los 29 países participantes tienen planes nacionales que incluyen la salud materna y neonatal en el marco del proceso continuo de la atención, en su mayor parte con un sistema de vigilancia y, alrededor de la mitad de ellos, tienen una asignación presupuestaria específica. En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal descendió 4%



del 2008 al 2010, según cálculos del 2012 publicados por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Esta cifra representa 61,1% de mortalidad de menores de un año y 47,8% de mortalidad de menores de 5 años; la proporción de defunciones de recién nacidos está aumentando mientras que disminuye la mortalidad de los menores de 5 años. Las reducciones de la mortalidad neonatal son más lentas que las de los niños mayores. La evaluación mencionada recomendó: *a)* mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido en el marco del proceso continuo de la atención, al apuntar simultáneamente hacia las principales causas identificadas de defunciones de recién nacidos y garantizar la cobertura adecuada en zonas geográficas donde la vulnerabilidad y la exclusión son más altas; *b)* fortalecer los sistemas comunitarios; *c)* fortalecer los sistemas de información.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.4.1	Número de países con un mínimo de 50% de distritos seleccionados que ejecutan intervenciones para la supervivencia y salud del recién nacido	4	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, TRT, URU y VEN.</p> <p>Estos países están ejecutando intervenciones para la supervivencia y la salud de los recién nacidos en al menos 50% de los distritos seleccionados. En el período 2008-2013, las actividades se centraron en la formación de capacidad, debido a que el número de neonatólogos sigue siendo bajo en América Latina y el Caribe. Varios países también han actualizado sus manuales y sus protocolos de atención neonatal.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.4.2	Número de guías e instrumentos elaborados y difundidos para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido	4	9	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se formuló un total de 14 directrices. Once países publicaron directrices sobre atención neonatal y supervivencia del recién nacido. A nivel regional, CLAP formuló y difundió tres directrices sobre los siguientes temas: transporte neonatal, prevención y control de las infecciones neonatales, y prevención de errores médicos.</p>				

<b>RPR 4.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud y el desarrollo del niño, teniendo en cuenta los convenios internacionales</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

45. De continuar las tendencias actuales en todos los países, la Región de las Américas cumplirá el ODM 4 en el 2014. Varios países de esta Región se encontraban entre los primeros en demostrar que es posible reducir mucho la mortalidad infantil, aun cuando las tasas iniciales sean elevadas, si se ejecutan en forma sistemática actividades concertadas y estrategias adecuadas y se dispone de los recursos y la voluntad política suficientes para reducir la mortalidad materna y de niños.

46. La aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), un método integrado para abordar la salud del niño que se centra en el bienestar de todo el niño en vez de los enfoques que se ocupan de un solo problema, ha permitido una reducción significativa de la

mortalidad de menores de 5 años y un mejoramiento del estado nutricional de los niños en países donde se ejecuta bien y se ha logrado la cobertura en gran escala. Gracias a la AIEPI, mejoraron el desempeño del personal de salud y la calidad de la atención. El componente comunitario, en combinación con las Prácticas Familiares Clave de la OPS/OMS, fue particularmente útil para permitir la delegación de funciones y la formación de equipos multisectoriales de proveedores de servicio de salud y líderes comunitarios.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.5.1	Número de países que han ampliado la cobertura de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia a más de 75% de los distritos considerados como meta	8	13	Sí
Observaciones: 14 países alcanzaron este indicador: BAR, BOL, COL, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER y VEN. Estos países ampliaron la cobertura de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia a más de 75% de los distritos considerados como meta.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.5.2	Número de países que aplican el enfoque de Prácticas Familiares Clave de la OMS/OPS a nivel comunitario para fortalecer la atención primaria de salud	9	13	Sí
Observaciones: 13 países alcanzaron este indicador: BOL, COL, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU y VEN. Cabe destacar que BOL está ejecutando las Prácticas Familiares Clave en todos los distritos considerados como meta por la iniciativa Desnutrición Cero. En GUT se estaban ampliando a mayor escala las mejores prácticas con los educadores de la comunidad en el departamento de San Marcos. PAR también organizó una prueba piloto muy positiva en Alto Paraguay. ECU ya ha capacitado a 60% de los trabajadores comunitarios en las prácticas clave.				

<b>RPR 4.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

47. Dieciocho países de América Latina y el Caribe han avanzado en la formulación y la aplicación de las políticas, los programas y las normas de salud de los adolescentes. Sin embargo, hay muchos otros que todavía no han asignado suficiente importancia a las necesidades especiales de los adolescentes. Aunque los adolescentes son muy importantes en cada uno de los principales retos actuales que debe afrontar la salud mundial, o bien son tratados como niños o se espera que compartan los establecimientos de salud con los adultos. En efecto, hay varias deficiencias dentro del sistema de salud: la falta de acceso de los adolescentes a la atención primaria de salud; inquietudes por la confidencialidad, el consentimiento y la privacidad; la formación insuficiente de los profesionales de la salud; y la ausencia de salas de hospital especiales para los adolescentes.

48. En el período 2008-2013, se prestó cooperación técnica para: a) aumentar las intervenciones a través de los sectores (salud, educación, trabajo y comunidades locales) para promover la salud de los adolescentes y reducir las desigualdades; b) capacitar al personal de salud para que los sistemas de servicios de salud puedan alcanzar su potencial contratando a personas jóvenes; c) desglosar y mejorar la

información sobre salud de los adolescentes y, por último, d) establecer modelos de alianzas con los jóvenes mismos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.6.1	Número de países con un programa en funcionamiento para el desarrollo de la salud del adolescente y el joven	10	17	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PER, SUR y VEN.</p> <p>Estos programas se centran en asegurar un enfoque integrado e integral para la salud de los adolescentes. La limitación más común destacada por los países es la ausencia de un presupuesto asignado específicamente para apoyar los programas existentes.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzado sí/no
4.6.2	Número de países que aplican un conjunto integral de normas para proporcionar servicios de salud adecuados para adolescentes y jóvenes (por ejemplo, manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN])	3	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>22 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BOL, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV y VEN.</p> <p>Veintidós países y territorios están implantando servicios de salud adaptados a los jóvenes gracias a los esfuerzos emprendidos para la revisión, adopción y adaptación de los conjuntos de normas nacionales sobre salud de los adolescentes, la formación de capacidad de recursos humanos en salud y la recopilación y difusión de las mejores prácticas, las enseñanzas extraídas y la evidencia actual. Aunque muchos países están informando sobre la ejecución de servicios adaptados a los jóvenes, se está haciendo poco seguimiento y evaluación para medir la calidad de dichos servicios. Con miras a apoyar a los países en estas actividades, es necesario asignar prioridad a las iniciativas de formación de capacidad en el área del seguimiento y la evaluación y apoyarlas el próximo año.</p>				

<b>RPR 4.7: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aplicar Estrategias de Salud Reproductiva para mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal, y ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

49. Como resultado de las actividades de promoción de la causa durante varios años, los países de la Región de las Américas han ampliado el acceso a servicios y productos integrales de salud sexual y reproductiva en el contexto de los derechos de las mujeres. Algunos de los países lograron avances considerables en el mejoramiento de la cobertura de planificación familiar. Entre los retos que todavía subsisten se encuentran el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el suministro adecuado de información, ya que actualmente en algunos países la información es escasa, está desactualizada o no estandarizada. Es necesario considerar la naturaleza política y culturalmente sensible de los temas de salud sexual y reproductiva (aborto peligroso, salud sexual de los adolescentes y salud reproductiva, en general) si se quiere lograr la aplicación plena de la estrategia de salud reproductiva.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.7.1	Número de países que han adoptado estrategias para proporcionar atención integral de la salud reproductiva	5	15	Sí
Observaciones: 20 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BOL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU y VEN.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.7.2	Número de países que han revisado su política de salud pública en relación con la salud sexual y reproductiva	7	12	Sí
Observaciones: 16 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, CAN, CHI, CUB, COR, ELS, ECU, GUY, HON, JAM, PER, SUR, URU y VEN.  Dado el progreso alcanzado por los países en la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y programas amplios de salud sexual y reproductiva, según se ha informado bajo los indicadores 4.1.2 (acceso universal a políticas de salud sexual y reproductiva) y 4.7.1 (políticas integrales de salud reproductiva), esta meta del indicador se ha alcanzado.				

<b>RPR 4.8: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de intensificar la labor de promoción para que el envejecimiento se considere como un asunto de salud pública y mantener la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

#### Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

50. El *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (2009-2018)* ha sido la piedra angular para lograr el consenso acerca de las maneras para abordar los diversos determinantes del envejecimiento saludable y reunir a los diferentes sectores que desempeñan una función. Los avances más significativos han ocurrido en: 1) la promoción de los entornos propicios para las personas de edad en su propia casa, en la comunidad y en los establecimientos de atención a largo plazo, y 2) reorientación del modelo de atención primaria de salud para ampliar su centro de interés hacia los servicios para los ancianos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
4.8.1	Número de países que han ejecutado programas multisectoriales basados en la comunidad, centrados en fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para promover el envejecimiento saludable	5	12	Sí
Observaciones: 18 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, ARG, BOL, CHI, CUB, DOM, ECU, GRA, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL y SAV.  Este logro es el resultado de los esfuerzos de promoción de la causa para incluir la salud de los ancianos en la política pública. Las acciones en los países se centraron en gran medida en capacitar los recursos humanos necesarios para afrontar los retos asociados con el aumento constante de la esperanza de vida,				

incluida la capacitación en el autocuidado. Se organizaron sesiones de capacitación sobre el manejo de las personas de edad en establecimientos de atención primaria en BAR, GUY y NIC, destinadas a equipos de salud interdisciplinarios para mejorar la calidad de la atención primaria para las personas de edad. El programa de estudios para las actividades de capacitación se orientó por la edición revisada de la Guía de Atención Primaria de Salud para las Personas de Edad.

<b>OE5: Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico</b>						Alcanzado plenamente <sup>11</sup> (100% de las metas de los indicadores alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>12</sup>	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7

**Panorama presupuestario del OE5**

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
102,9	12,9	92,7	105,6	90%	103%

**Evaluación programática del OE5**

51. En los últimos seis años, los Estados Miembros, con la cooperación técnica de la OSP, mejoraron sus preparativos de socorro de salud para casos de desastre, protegieron mejor los servicios de salud del impacto de eventos peligrosos, respondieron de una forma más eficaz y eficiente a los desastres y forjaron alianzas estratégicas más sólidas a nivel nacional, subregional y mundial, lo cual se refleja en el logro de los siete RPR correspondientes a este objetivo estratégico. Se alcanzaron todos los indicadores de los RPR.

52. Aunque el progreso no fue parejo en todos los países y todavía hay brechas que llenar y avances que mantener, gracias a este trabajo colaborativo entre la OSP, los Estados Miembros y otros asociados, el sector de la salud de América Latina y el Caribe en conjunto ahora es más resistente a los desastres que hace seis años. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe ahora tienen la capacidad para responder a eventos menores y moderados que afecten a la salud de su población con un enfoque de amenaza única y sin apoyo internacional. El reto surge al responder a situaciones de emergencia de gran magnitud o causadas por varias amenazas, situación que se exagera cuando la cooperación externa es abrumadora. El compromiso de los gobiernos con el manejo de desastres ha aumentado, especialmente con la aprobación del Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015, la participación de gobiernos en el Equipo Regional de Respuesta a los Desastres y la asignación de funcionarios públicos a la tarea de formular directrices y proporcionar capacitación.

<sup>11</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>12</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

53. Aunque hubo avances muy importantes y se alcanzaron las metas, las exigencias relativas a la reducción de los riesgos y el manejo de desastres han aumentado a un ritmo más rápido que el desarrollo de la capacidad de los países. Los países tendrán que redoblar su compromiso con sus propios programas de socorro sanitario en casos de desastre, incorporar el tema en sus instituciones, establecer prioridades claras y movilizar fondos para el manejo nacional de desastres a fin de atender las necesidades de la población y estar a la altura de las expectativas internacionales. Este objetivo estratégico se alcanzó gracias a años de inversiones constantes de los Estados Miembros, la Oficina y otros asociados en la reducción de desastres.

#### **Principales logros con respecto al OE5**

a) Con la aprobación del Plan de acción de hospitales seguros por el 50.º Consejo Directivo de la OPS, el sector de la salud se convirtió en el primer sector (entre los que están participando en el aumento de la resiliencia a los desastres dentro del Marco de Acción de Hyogo) en tener un plan regional de acción para mejorar la seguridad de los establecimientos de salud.

b) Con la adopción de la resolución CSP28.R19 en la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que concilia el interés nacional e internacional en la coordinación de la asistencia humanitaria internacional y los grupos de acción sanitaria en casos de desastre, la Región de las Américas se convirtió en la primera región en adoptar una resolución que integra el principio de la reforma humanitaria de las Naciones Unidas al mismo tiempo que respeta las necesidades y las prioridades de los países soberanos. En esta resolución se insta a efectuar arreglos institucionales prácticos a nivel nacional y entre países, que recibirán apoyo de la OPS.

c) Se llevó a cabo una iniciativa innovadora que integra el cambio climático y la reducción del riesgo de desastres en el sector de la salud (Iniciativa de Hospitales Inteligentes). Los principales productos fueron una caja de herramientas para guiar la adopción de medidas de mitigación del cambio climático en los establecimientos de atención de salud existentes (Toolkit de Hospitales Inteligentes), un análisis de costos y beneficios de la adaptación inteligente de los hospitales para resistir fenómenos climáticos, que aporta datos probatorios de la rentabilidad de medidas inocuas para el medioambiente con la finalidad de resistir los efectos de los desastres en los hospitales, y dos proyectos piloto y de demostración para establecimientos de salud. Esta iniciativa ya ha sido una fuerza catalizadora para el interés y la participación en el tema tanto de asociados como de las autoridades nacionales. Cabe señalar que el Hospital de Georgetown, uno de los establecimientos de San Vicente y las Granadinas donde se llevó a cabo la iniciativa a título piloto, salió incólume de la depresión bórica que se produjo en la víspera de Navidad del 2013, que afectó al país y prácticamente paralizó el funcionamiento del Hospital Milton Cato, el principal hospital de referencia.

d) Se inauguró el nuevo Centro de Operaciones de Emergencia en la sede de la OPS, junto con la adopción de una nueva política que describe la respuesta institucional de la Organización a las emergencias y los desastres.

e) Los materiales técnicos y las publicaciones de la OPS sobre el manejo de desastres se colocaron en el nuevo Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres, portal de aprendizaje en línea lanzado en el 2012. Este sitio ofrece a los usuarios la posibilidad de encontrar información práctica en un solo lugar y de poner a prueba sus conocimientos sobre todos los aspectos del manejo de desastres de salud. Durante el sexenio, la OPS preparó abundante material técnico y directrices sobre una variedad de temas fundamentales, que han sido ampliamente adoptados y utilizados por los Estados Miembros y por países de otras regiones del mundo.

f) Todas las respuestas a las situaciones de emergencia se iniciaron dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud, incluidos los desastres que se produjeron en la Región durante el sexenio 2008-2013: los terremotos de Haití y Chile en el 2010; la pandemia de gripe por H1N1 en el 2009; los brotes de cólera en Haití y la República Dominicana; el huracán Sandy en Jamaica, Haití, Bahamas y Cuba en el 2012; los terremotos de Guatemala y Costa Rica en el 2012; las inundaciones en Bolivia, Colombia y Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá); y las erupciones volcánicas en América del Sur. Además, se proporcionó apoyo técnico a los países después del maremoto en Japón y la emergencia

radiológica subsiguiente. La OPS siguió apoyando a los ministerios de salud de Colombia y Haití en la gestión de sus grupos de acción sanitaria.

g) Se fortaleció el sistema de alerta y respuesta en Haití a fin de que no se limitara a las epidemias sino que abarcara todos los riesgos, como inundaciones y sucesos con una multitud de víctimas. Esta actividad incluyó el establecimiento del sistema SISCLOR de alerta temprana y respuesta rápida para el control de la calidad del agua en los establecimientos de salud y los albergues de emergencia. Es un sistema de control de calidad del agua basado en un servicio de mensajes cortos que se desarrolló con el apoyo de la OSP y otros asociados. El SISCLOR se ha extendido a Colombia y República Dominicana.

h) La reducción de riesgos de desastres de salud y la respuesta figuraban en la agenda de varios mecanismos intergubernamentales subregionales, entre ellos el Plan Centroamericano de Gestión Integral de Riesgos a Desastres y Emergencias de Salud Pública 2013-2018, preparado por la Comisión Técnica de Gestión del Riesgo del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana y aprobado por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y los ministerios de salud a título individual; el Plan Estratégico Andino para Gestión de Riesgos de Desastres 2013-2017, aprobado por los ministerios de salud andinos; la *Guía de operación para la asistencia mutua frente a desastres de los países andinos*, actualizada y aprobada por los países miembros del Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres; y el proyecto de estrategia y marco integral del Caribe para el manejo de desastres después del 2012.

i) Se elaboró el índice de seguridad hospitalaria, que se aplicó en más de 2.900 hospitales y otros establecimientos de salud de 33 países y territorios, la mayoría de los cuales están tomando medidas correctivas en establecimientos de salud prioritarios. El índice, elaborado por la OSP para evaluar la probabilidad de que un establecimiento de salud siga funcionando en situaciones de urgencia, se utiliza también en más de 20 países de otras regiones de la OMS. La elaboración y el uso de esta herramienta ha permitido a los países pasar de un enfoque netamente cualitativo a un índice o puntuación semicuantitativo que proporciona a las autoridades nacionales un panorama general del nivel de seguridad de sus servicios de salud a fin de que pueden priorizar intervenciones y actualizar sus planes de respuesta a los desastres de salud.

j) La preparación y publicación del libro *Earthquake in Haiti—January 2010: Lessons to Be Learned for the Next Massive Sudden-Onset Disaster* [respuesta de salud al terremoto de Haití, enero del 2010, enseñanzas que se deben aprender para el próximo desastre de salud de gran magnitud] implicó la participación de investigadores y autores internacionales de renombre, más de 150 entrevistas y un examen por un grupo de expertos de alto nivel. En este libro se presentan las lecciones que se deben aprender de Haití, con la intención de mejorar la respuesta del sector de la salud en casos de desastres súbitos de gran magnitud. También se señalan las oportunidades brindadas por el desastre para hacer grandes cambios en los servicios de salud en Haití.

#### **Principales retos con respecto al OE5**

a) Hay inquietudes con respecto a las dificultades para movilizar fondos para preparativos y reducción de riesgos, que se han exacerbado con la crisis financiera. Muchos donantes humanitarios que tradicionalmente financiaban programas de preparativos y mitigación ahora se están centrando más en la preparación y la respuesta. Este cambio ha afectado al cuadro de personal y ha repercutido en el ritmo de avance en materia de cooperación técnica.

b) La capacidad para atraer fondos a fin de responder a situaciones de emergencia depende en gran medida de la capacidad demostrada para cumplir los compromisos a tiempo, lo cual, en la mayoría de los casos, lleva seis meses. Sin embargo, los procedimientos administrativos corrientes pueden afectar a la capacidad para ejecutar los fondos y las actividades de una manera oportuna y eficaz.

- c) Los proyectos relacionados con desastres aumentaron en número durante el período, pero estos proyectos tenían presupuestos más pequeños, lo cual generó una cantidad enorme de trabajo administrativo e informes. En general, había más donantes pero también menos financiamiento por donante.
- d) Uno de los retos mayores consiste en mantener un equipo regional de expertos en respuesta a desastres, con conocimientos actualizados y aptitudes, haciendo frente al mismo tiempo al gran recambio de sus integrantes y a su falta de disponibilidad para el despliegue inmediato. Este equipo, establecido a petición del Consejo Directivo de la OPS (resolución CD45.R8 [2004]), facilita la coordinación internacional en materia de salud y proporciona asistencia en el ámbito de la salud pública a los países afectados.
- e) A pesar de los esfuerzos realizados para proporcionar capacitación en manejo de desastres para los recursos humanos en la Región, los recursos humanos e institucionales siguen siendo insuficientes para responder a estos sucesos, especialmente las amenazas emergentes, como los desastres químicos o radionucleares, a un nivel que se ajuste a las expectativas nacionales e internacionales.
- f) La sostenibilidad de las intervenciones, teniendo en cuenta la reducción de personal en los ministerios de salud, constituye otro reto.
- g) El sector de la salud en América Latina y el Caribe todavía está mal preparado para hacer frente a desastres en gran escala, ya sean de naturaleza química o radiológica u otros desastres tecnológicos. Los desastres tecnológicos pueden representar un gran riesgo para los países que han alcanzado cierto nivel de desarrollo industrial pero que han hecho poco en cuanto a la reglamentación o la prevención.
- h) A pesar del progreso de la Iniciativa de Hospitales Seguros, lograr que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros en casos de desastre y mejorar la seguridad de los que ya existen sigue siendo un reto importante. Aunque son varios los factores que contribuyen a esta situación, las limitaciones financieras y la voluntad política insuficiente son dos de los más importantes.
- i) El acceso a información basada en datos probatorios para apoyar la adopción de decisiones sigue siendo una de las necesidades en el campo de la reducción de riesgos y la salud. La búsqueda de datos probatorios, como la comparación de las inversiones en seguridad hospitalaria con el costo del impacto de un desastre en los establecimientos de salud o la red de establecimientos de salud, sigue siendo un aspecto clave para convencer a los gobiernos, el público y los donantes acerca de la reducción de riesgos de desastre.
- j) La pandemia de gripe por H1N1 del 2009 y el terremoto de Haití en el 2010 desencadenaron las operaciones de respuesta a emergencias de mayor alcance y más difíciles para la OSP durante este período de notificación. Debido a su magnitud, estos eventos fueron retos no solo para los países afectados y los que proporcionaban apoyo para la respuesta, sino también para toda la comunidad internacional. Hubo que activar los tres niveles de la OMS al mismo tiempo. El reto principal fue el número abrumador de actores que respondieron y su distinto nivel de pericia y capacidad.

#### **Enseñanzas extraídas del OE5**

- a) Después de más de 20 años de trabajo en la reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud y en la elaboración de herramientas y metodologías detalladas y extensas para evaluar la vulnerabilidad de los establecimientos de salud, muchos Estados Miembros recién están comenzando a tomar medidas de mitigación de los desastres de salud y unos pocos todavía no lo han hecho. Sin embargo, la creación de una herramienta sencilla, como el índice de seguridad hospitalaria, ha demostrado que las herramientas prácticas, sumamente eficaces y de bajo costo pueden fomentar la participación y servir de estímulo para establecer prioridades y llevar la teoría a la práctica.
- b) En todas las actividades de movilización de recursos a nivel de toda la Organización como parte de la agenda de desarrollo deben incorporarse consideraciones relativas a los preparativos y la reducción de riesgos.



- c) La prevalencia de los desastres (tanto en número como en magnitud) suscita un interés mayor en el tema, tal como se refleja en el nivel de compromiso demostrado por las representaciones de la OPS y los Estados Miembros.
- d) Un número abrumador de participantes en la acción humanitaria y de respuesta (que a veces no están preparados para proporcionar ayuda) podría tener un efecto negativo en la respuesta del sector de la salud. Hay que establecer un mecanismo para lograr una participación más efectiva de los grupos de acción sanitaria. La 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la resolución CSP28.R19, que concilia el interés nacional e internacional en la coordinación de la asistencia humanitaria internacional y los grupos de acción sanitaria en casos de desastre como primer paso para abordar este problema.
- e) El aprovechamiento de las estructuras existentes facilita la ejecución de proyectos y programas. Por ejemplo, el éxito de los preparativos para el cólera en el Caribe se debió en parte a la experiencia de los países del Caribe con la elaboración y prueba de sus planes nacionales para la pandemia de gripe. Además, aprovechar los eventos en los países y combinar las actividades conexas facilitan el proceso de cooperación técnica. Algunos ejemplos son la aplicación del índice de seguridad hospitalaria en la formulación de planes para desastres de salud, la capacitación del sector de la salud en relación con los desastres por medio de simulacros, y los servicios de salud mental para casos de desastre que incluyen actividades básicas de salud mental.
- f) El considerable trabajo que realizan los países en el ámbito de los preparativos para casos de desastre debe complementarse con la creación de herramientas estandarizadas para evaluar mejor el progreso, darle seguimiento y señalar los aspectos cruciales que deben implementarse.
- g) La Iniciativa de Hospitales Inteligentes ha reforzado el efecto positivo de la difusión de los resultados eficientes y eficaces, por medio de proyectos experimentales y piloto, en el convencimiento y el compromiso con nuevos enfoques e intervenciones. Este ejemplo es un buen augurio para su ampliación a mayor escala y sostenibilidad a largo plazo.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

##### **Indicador 1 del OE5: Mortalidad diaria bruta**

**Meta:** La mortalidad diaria de las poblaciones afectadas por las emergencias graves se mantendrá por debajo de 1 por 10.000 durante la fase de respuesta inicial a una emergencia.

Se alcanzó este indicador. En todas las situaciones de emergencia evaluadas durante el período 2008-2013, la mortalidad diaria se mantuvo por debajo de 1 por 10.000 durante la fase de respuesta inicial a las emergencias. En Haití, aunque la tasa de mortalidad debida al colapso de la infraestructura física fue superior a esta proporción, la tasa de mortalidad diaria se mantuvo por debajo de 1 por 10.000 habitantes durante la fase de respuesta inicial a la emergencia, que es lo que se mide con el indicador.

##### **Indicador 2 del OE5: Acceso a servicios de salud en funcionamiento**

**Meta:** Después de un desastre natural, las redes de servicios de salud afectadas estarán funcionando en el plazo de un mes.

Se alcanzó este indicador. Todas las redes de salud afectadas reanudaron sus operaciones dentro del mes siguiente a los desastres que se produjeron durante la ejecución del Plan Estratégico. En Haití, el acceso a la atención de salud durante la fase de respuesta inicial al terremoto del 2010 estuvo por encima del nivel anterior al desastre.

Se ha hecho un progreso considerable con relación a la rehabilitación y la reconstrucción. En el caso de Chile, se tardó solo seis meses en recuperar más de 95% de las camas perdidas a raíz del terremoto, lo cual refleja la capacidad de recuperación del sistema de salud en ese país. En otros casos, como en San Vicente y las Granadinas después de las inundaciones de la víspera de Navidad del 2013, las redes de establecimientos de salud siguieron funcionando, aunque con una capacidad reducida.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 5.1: Estados Miembros y los socios apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas de preparativos para situaciones de emergencia a todos los niveles</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

54. Se superaron los valores proyectados para todos los indicadores de este RPR. Este RPR refleja la mayor parte de los preparativos y el trabajo de mitigación de la Organización, y el hecho de que se superaran todos los indicadores, incluso después de tener que responder a los sucesos sin precedentes de Haití (tanto el terremoto devastador como la epidemia de cólera) y a muchos otros desastres de gran magnitud dentro y fuera de la Región, a pesar de que se trabajaba con una dotación de personal decreciente, es prueba clara del compromiso tanto de la OSP como de los Estados Miembros con la reducción del riesgo de desastres.

55. El 50.º Consejo Directivo adoptó la resolución CD50.R15 (2010), Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015, facilitando de esta forma el trabajo de los Estados Miembros para adoptar una política nacional de reducción de riesgos y alcanzar la meta de que todos los hospitales nuevos siguieran funcionando durante los desastres. Treinta y dos países y territorios de América Latina y el Caribe han aplicado ampliamente el índice de seguridad hospitalaria en más de 2.900 hospitales y otros establecimientos de salud con el liderazgo y el apoyo técnico de la OPS. La mayoría de estos países también están tomando medidas correctivas en los establecimientos de salud prioritarios.

56. Aunque algunos países han avanzado en la elaboración de programas independientes y operativos para hacer frente a los desastres de salud, el mantenimiento de estos programas con financiamiento, liderazgo creíble y la capacidad para coordinar a nivel nacional es un reto permanente. Esta dificultad es agravada por la alta tasa de recambio y migración del personal de salud capacitado en muchos países de América Latina y el Caribe y la capacidad presupuestaria limitada de algunos gobiernos. Deben fortalecerse los programas existentes y elaborar programas nuevos en los países que han quedado a la zaga.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.1.1	Número de países que han elaborado y evaluado planes de preparación para casos de desastre para el sector salud	23	35	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y ocho países y territorios alcanzaron esta meta: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, GUY, GRA, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y USA.</p> <p>Los preparativos, el grado de preparación y la respuesta relacionados con muchas de las situaciones de emergencia de gran magnitud que se produjeron en la Región durante el período abarcado por el Plan Estratégico indudablemente aceleraron los procesos nacionales de actualización o elaboración de planes de preparativos para casos de desastre para el sector de la salud. Habrá que seguir trabajando a fin de actualizar continuamente los planes de preparativos para casos de desastre e incluir a los países faltantes.</p>				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.1.2	Número de países que aplican programas para reducir la vulnerabilidad de las infraestructuras de salud	9	30	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y nueve países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, NCA, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SAV, SUR, TCA, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>La mayoría de los países han puesto en marcha programas de reducción de la vulnerabilidad de sus establecimientos de salud en el contexto de la Iniciativa de Hospitales Seguros y el <i>Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015</i>, aprobado por el 50.º Consejo Directivo de la OPS. Además de este compromiso político, se ha recibido un firme apoyo de las organizaciones donantes, que ha facilitado en gran medida la acción en muchos países, como Haití, por medio la iniciativa de reconstrucción después del terremoto, llevada a cabo conjuntamente por el Banco Mundial, el Ministerio de Salud y la OPS, en el marco de la reducción de riesgos de desastres. Las medidas relacionadas con los hospitales seguros también han estimulado la extensión de la iniciativa a otros sectores fuera de la salud, a fin de abarcar las escuelas (escuelas seguras) y los hoteles (hoteles seguros). Además, la Organización puso en marcha una iniciativa innovadora que integra consideraciones relativas al cambio climático y a la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud (hospitales seguros + hospitales ecológicos = Iniciativa de Hospitales Inteligentes). Entre los productos principales de la iniciativa se encuentra una caja de herramientas para guiar la adopción de medidas de mitigación del cambio climático en los establecimientos de atención de salud existentes (Toolkit de Hospitales Inteligentes), un análisis de costos y beneficios de la adaptación inteligente de los hospitales para resistir fenómenos climáticos, que aporta datos probatorios de la rentabilidad de las medidas inocuas para el medioambiente con la finalidad de resistir los efectos de los desastres en los hospitales, y dos proyectos piloto y de demostración para establecimientos de salud. Esta iniciativa ya ha sido una fuerza catalizadora para el interés y la participación en el tema tanto de los donantes como de las autoridades nacionales.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.1.3	Número de países que notifican tener un programa de salud contra los desastres dotado con personal a tiempo completo y presupuesto propio	10	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Veinte países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, ECU, FDA, FEP, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA y VEN.</p> <p>Dos países fueron suprimidos de la línea de base (BLZ y TRT). El concepto de un programa para hacer frente a los desastres de salud está arraigado plenamente en todos los Estados Miembros como requisito para la planificación y la respuesta adecuadas en situaciones de emergencia. Todos los países de América Latina y el Caribe han establecido funciones de manejo de desastres en sus ministerios de salud. Aunque 27 han creado formalmente un programa contra los desastres, solo 20 tienen personal a tiempo completo y un presupuesto dedicado exclusivamente a esta actividad, lo cual muestra una vez más que la situación varía de un país a otro y que se necesita el apoyo sostenido de la Oficina en lo que se refiere a la promoción de la causa y la formación de capacidad de recursos humanos. A nivel institucional, se terminaron de elaborar directrices nuevas para la organización de programas a fin de hacer frente a desastres de salud, que se publicaron en línea en el Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres.</p>				

**RPR 5.2: Apoyo oportuno y apropiado brindado a los Estados Miembros para asegurar una inmediata asistencia a las poblaciones afectadas por una crisis**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzaron las metas de los dos indicadores del RPR)

57. Este RPR correspondía originalmente a las actividades de respuesta, tal como se refleja en su título. Sin embargo, con la adopción de un nuevo RPR (5.7, financiamiento para la respuesta a crisis y brotes), que abarcaba la respuesta humanitaria en el bienio 2010-2011, terminó reflejando solamente las actividades de preparación.

58. Con la mejora de la capacidad de los países para hacer frente a los desastres, hay una demanda creciente de un nivel diferente de cooperación técnica, orientada más específicamente a las realidades particulares de los países a nivel tanto estratégico como operativo. La Oficina, por consiguiente, ha estado fortaleciendo su propia capacidad para ayudar a los países a prepararse para los desastres y responder de acuerdo con esta nueva realidad, a pesar del alto nivel de las operaciones de respuesta en la Región de las Américas (en cuanto a número y magnitud). Este enfoque incluyó la creación de su nuevo Centro de Operaciones de Emergencia y la adopción de una política que describe la respuesta institucional de la Organización a las emergencias y los desastres, junto con un aumento de su capacidad para intensificar rápidamente la respuesta. Se hicieron talleres presenciales en los cuales participaron 21 representaciones de la OPS/OMS (representantes, administradores y puntos focales para desastres), así como un curso de ciberaprendizaje que se ofreció tanto en inglés como en el español para facilitar el aprendizaje continuo sobre este tema.

59. La capacidad del personal de la Oficina se fortaleció aun más con la capacitación en otras áreas, como los preparativos y la respuesta para el cólera, las operaciones de grupos de acción sanitaria y los temas del equipo de respuesta (logística, gestión de la información y comunicaciones, epidemias, salud mental, y agua, saneamiento e higiene). La limitación de los recursos humanos disponibles en un desastre está relacionada con el hecho de que los países se muestran renuentes a facilitar personal, especialmente durante la temporada de huracanes.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.2.1	Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias	4	7	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se superó este indicador. La OPS ofreció siete programas regionales de capacitación sobre operaciones de respuesta, entre los cuales se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacitación para los equipos regionales de respuesta a desastres, incluidas las siguientes subdisciplinas: epidemiología y vigilancia, gestión de la información y comunicación, logística de salud, salud mental y apoyo psicosocial, y agua, saneamiento e higiene;</li> <li>• capacitación para los coordinadores de grupos de acción sanitaria (uno para cada subregión);</li> <li>• curso predespliegue para los equipos de respuesta a desastres;</li> <li>• preparativos y respuesta a brotes de cólera para el Caribe y Centroamérica; y</li> <li>• administración de suministros y sistema de apoyo logístico.</li> </ul>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.2.2	Porcentaje de las emergencias en que la respuesta específica se inicia en las 24 horas que siguen a la solicitud	100%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Todas las respuestas a las situaciones de emergencia se iniciaron dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de las solicitudes, incluidos los principales desastres que afectaron a la Región durante el período 2008-2013: la pandemia de gripe por H1N1; los brotes de cólera en el Caribe y Centroamérica; los terremotos de HAI y CHI en el 2010; el huracán Sandy en BAH, CUB, HAI y JAM en el 2012; los terremotos de COR y GUT; las inundaciones en BOL, COL y Centroamérica (ELS, GUT, HON, NIC y PAN) y las erupciones volcánicas en América del Sur. Además, se proporcionó apoyo técnico a los países después del accidente nuclear y el maremoto que se produjeron en Japón, en colaboración con el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) de la Oficina.</p> <p>Durante el último semestre del 2013, se respondió a un brote de infecciones respiratorias agudas en PER, a brotes de dengue en HON y NIC, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para prevención y control, a las inundaciones en SAL y SAV, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para la coordinación del socorro de urgencia, la evaluación rápida, los servicios de agua, saneamiento e higiene, y el restablecimiento de los servicios de salud, y a la sequía en BOL, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para servicios de agua, saneamiento e higiene y servicios de salud. En COL y HAI, la OPS siguió apoyando a los ministerios de salud en la gestión de los grupos de acción sanitaria.</p>				

<b>RPR 5.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reducir los riesgos del sector salud en los desastres y lograr la recuperación más rápida de las poblaciones afectadas</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación del RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

60. La participación de la OPS en la labor de recuperación después de los desastres se intensificó durante el período. En el marco del Plan Estratégico se proporcionó apoyo para las actividades de recuperación tras el terremoto de agosto 2007 que se produjo en Pisco (Perú) y la tormenta tropical Noel que en el 2008 azotó a la República Dominicana. Se firmó un acuerdo con el Banco Mundial con objeto de obtener financiamiento del Reino Unido a fin de incorporar medidas de mitigación en todos los hospitales nuevos de Haití después del terremoto del 2010. Con este financiamiento se asignó un experto a la Unidad de Infraestructura del Ministerio de Salud de Haití después del terremoto. La OPS también participó en la evaluación de las necesidades tras los desastres en Haití, para lo cual se contrató a un experto de alto nivel. Esta evaluación tenía un componente operativo relacionado con la salud. Se hicieron varios llamamientos unificados para Haití y Colombia, en los cuales el sector de la salud estuvo bien representado.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.3.1	Porcentaje de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que tienen un componente sanitario que incluye aspectos de género	100%	100%	Sí

Observaciones:  
 Se alcanzó este indicador. Todas las evaluaciones de las necesidades posteriores a desastres llevadas a cabo durante el período abarcado por el Plan Estratégico tenían un componente de género en mayor o menor grado. En las plantillas para la evaluación de las necesidades en casos de desastre se integran criterios orientados a consideraciones de género y a poblaciones vulnerables, y todas las evaluaciones de las necesidades posteriores a desastres contienen datos desglosados. En BOL y ECU se ofreció capacitación para la evaluación de necesidades con la inclusión de criterios orientados a consideraciones de género a fin de que se desglosen los datos y se preste especial atención a las necesidades particulares de las mujeres y otras poblaciones vulnerables.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.3.2	Porcentaje de planes de acción humanitaria para emergencia complejas y de procesos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales	100%	100%	Sí

Observaciones:  
 Se alcanzó este indicador. Todos los planes de acción humanitaria de las Naciones Unidas y los llamamientos unificados tenían un componente de salud. Estos documentos se prepararon principalmente para COL y HAI cada año desde el 2010. También se hicieron otros, como un llamamiento urgente cuando se produjeron inundaciones en ELS y un plan de acción humanitaria para CUB tras el huracán Sandy.

<b>RPR 5.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica coordinada para fortalecer los preparativos, la recuperación y la reducción de riesgos en áreas como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y la radiación nuclear</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Evaluación del RPR** (se alcanzaron las metas de los dos indicadores del RPR)

61. Este es el RPR en el cual mejor se reflejan las actividades interprogramáticas de la Oficina en el área del manejo de desastres. Desde la respuesta a la pandemia de gripe por H1N1 en el 2009, al terremoto de Haití y a la epidemia de cólera hasta las inundaciones recientes en Centroamérica, la colaboración entre diferentes áreas técnicas ha mejorado extraordinariamente, especialmente entre las áreas de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) y Vigilancia Sanitaria y Control de Enfermedades (HSD). Algunos ejemplos de esta sólida colaboración son el Sistema de Alerta y Respuesta creado en el Haití después de la epidemia de cólera (HSD, SDE, PED y PROMESS), con el despliegue de equipos en el terreno; la coordinación para proporcionar asesoramiento técnico a los países de la Región después del desastre de radiación que se produjo en Japón (HSS y PED); la coordinación para preparar al Caribe y a Centroamérica para posibles brotes de cólera (PED, HSD, HSS) y la participación de diferentes áreas técnicas en el grupo de acción sanitaria. En coordinación con HSD, el Departamento de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones (KMC) y PED, se elaboró y se aprobó una estrategia de respuesta institucional con tres niveles de activación y se inauguró el Centro de Operaciones de Emergencia.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.4.1	Porcentaje de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles, y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material	90%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>En todos los países afectados por situaciones de emergencia se hizo una evaluación del riesgo de transmisión de enfermedades en los casos en que fue necesario. Algunos ejemplos fueron la creación de instrumentos para la evaluación de riesgos relacionados con la reintroducción del cólera en Mesoamérica después del brote en MEX en el 2013, evaluaciones del riesgo de resurgimiento del cólera realizadas en el 2010 en HAI y DOR durante la temporada de lluvias, y evaluaciones de riesgos tras las inundaciones de 2010-2011 en Centroamérica y el brote del dengue que se produjo en el 2012 en el departamento de Ucayali (Perú). Además, se hicieron evaluaciones integrales del riesgo de cólera tras el huracán Sandy en CUB, DOR y HAI.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.4.2	Porcentaje de emergencias en las que se brinda cooperación técnica coordinada (a través del grupo de trabajo específico de la Oficina), cuando es necesaria	100%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se formó un grupo de trabajo de la Oficina para coordinar la respuesta de la Oficina a situaciones de emergencia cuando fuese necesario. Eso incluyó la respuesta a las inundaciones en Centroamérica, el terremoto y la epidemia de cólera en HAI, el terremoto en CHI, la pandemia de gripe por H1N1 del 2009 y el derrame de petróleo en el Golfo de México.</p> <p>En otras ocasiones, aunque no se convocó el grupo de trabajo de la Oficina, se celebraron reuniones especiales en relación con el brote de cólera del 2013 en México y con dos situaciones de emergencia que se produjeron en el 2013 fuera la Región: la crisis en Siria y el tifón de las Filipinas. Además, a sugerencia de la OPS, la Organización de los Estados Americanos (OEA) convocó una reunión especial del Comité Interamericano sobre Desastres para tratar el tema del huracán Sandy, en la cual participó la OPS como organismo del sistema interamericano especializado en asuntos de salud.</p>				

**RPR 5.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los preparativos nacionales y para establecer mecanismos de alerta y de respuesta para las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental**

Alcanzada plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

62. En diferentes momentos durante el sexenio, hasta 32 países tenían puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN). Sin embargo, a fines del 2013 se suprimieron 10 países de la línea de base porque no habían actualizado la información sobre su contacto en la página web de acceso restringido de la INFOSAN o no habían enviado información actualizada a Ginebra. No obstante, como el indicador 5.5.3 del RPR está vinculado a la meta más amplia de que los países cuenten con la capacidad necesaria para abordar situaciones de emergencia relacionadas

con la inocuidad de los alimentos, que era un indicador en sí (5.5.1) cuya meta se superó, se considera que el RPR se alcanzó plenamente.

63. Subsiste el reto de que más países designen puntos focales formales para la INFOSAN y mantengan la información actualizada. Las situaciones de emergencia relacionadas con la inocuidad de los alimentos fueron incluidas en el Sistema de Gestión de Eventos durante este período.

64. Gracias al sólido trabajo interprogramático de PED y SDE, se alcanzó el indicador 5.5.2. Sin embargo, aunque la mayoría de los países han hecho grandes avances para hacer frente a los peligros naturales, el sector de la salud en América Latina y el Caribe todavía tiene mucho trabajo que hacer para afrontar desastres químicos o radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. La prevención, los preparativos y la respuesta para situaciones de emergencia química no parecen considerarse como prioridades en el sector de la salud debido a su índole multisectorial y a la existencia de otras necesidades en pugna. Sin embargo, las actividades de capacitación y formación de capacidad que la Oficina apoyó han sido útiles para concientizar y movilizar más recursos a fin de elaborar planes nacionales de acción. Los desastres tecnológicos constituyen un considerable riesgo potencial para los países que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo industrial pero que han hecho poco en cuanto a la reglamentación o la prevención.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.5.1	Número de países con capacidad para responder a emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos	15	30	Sí

Observaciones:  
 Treinta y tres países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SUR, TRT, URU, USA y VEN.

Este indicador se incluyó porque formaba parte del Programa General de Trabajo original de la OMS, pero la OMS posteriormente lo suprimió de su programa de trabajo. No obstante, la OPS lo mantuvo y continuó proporcionando cooperación técnica, en particular en el contexto del fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional.

Entre las actividades de cooperación técnica cabe señalar un taller para coordinadores del manejo de la respuesta a situaciones de emergencia en el área de la inocuidad de los alimentos y la nutrición que se realizó en el Caribe de habla inglesa. Participaron 30 funcionarios de alto nivel de 10 países, y cada país elaboró un plan de acción a fin de incorporar la inocuidad de los alimentos y la nutrición en sus planes nacionales para situaciones de emergencia de salud. El trabajo relativo a América Central y del Sur se hizo en coordinación con la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.5.2	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria de origen químico, radiológico y ambiental	20	28	Sí

Observaciones:  
 Veintiocho países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI,



COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU y USA.

Este indicador se incluyó porque formaba parte del Programa General de Trabajo original de la OMS, pero la OMS posteriormente lo suprimió de su programa de trabajo. No obstante, la OPS lo mantuvo y continuó proporcionando cooperación técnica, en particular en el contexto del fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional.

Entre las actividades más recientes cabe señalar un taller interprogramático para 15 países de habla inglesa del Caribe con la finalidad de fortalecer su capacidad para detectar, notificar y controlar situaciones de emergencia química y proporcionar apoyo técnico directo a MEX. Se está elaborando un documento de orientación basado en el manual de la OMS para la gestión de los aspectos de salud pública de los incidentes con sustancias químicas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.5.3	Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos	28	32	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>En diferentes momentos durante el sexenio, hasta 32 países tenían puntos focales en la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN).</p> <p>Para fines del 2013, 22 países y territorios habían actualizado la información sobre sus puntos focales en la página web de acceso restringido de la INFOSAN: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ECU, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, SCN, SAV, TNT, USA y VEN. Se suprimió a 10 países de la línea de base porque no habían actualizado su información en la página web de acceso restringido de la INFOSAN o no habían enviado información actualizada a la OMS.</p> <p>Los participantes de 23 países recibieron capacitación por medio de seminarios por internet sobre el RSI y su relación con la INFOSAN. Se ofrecieron dos seminarios por internet: uno en español con 216 participantes de 20 países y otro en inglés con 53 participantes de 14 países.</p>				

<b>RPR 5.6: Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a los niveles nacional, regional y mundial</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

65. La OPS ha entablado relaciones sólidas y duraderas con muchas organizaciones que trabajan en el manejo de desastres, que seguirán fortaleciéndose a fin de mejorar la capacidad de recuperación del sector de la salud y reducir el impacto de los desastres en la salud. La Oficina también publicó informes apropiados y oportunos después de todas las emergencias en la Región, así como materiales sobre las enseñanzas, entre ellos una evaluación de la respuesta del sector de la salud al terremoto de Haití y análisis externos de la respuesta regional a la pandemia de gripe por H1N1. La Oficina sigue preparando los informes del grupo de acción sanitaria para Haití y desempeñó un papel importante en el Grupo Mundial de Acción Sanitaria al facilitar un jefe de grupo de acción sanitaria para las operaciones en Pakistán (terremoto), las Filipinas (tifón Haiyan), Malí y Siria (conflicto civil).

66. A pesar de los grandes avances en la gestión de la información, muchos países de la Región han quedado a la zaga en la creación de equipos del sector de la salud con poder de decisión para recopilar, evaluar y proporcionar información de salud dentro de las 48 horas siguientes a una emergencia. La tarea de recopilar datos después de los desastres (incluidos datos desglosados por sexo), analizarlos e interpretarlos en términos operativos y transformarlos en acción para responder a los desastres es compleja y no siempre se lleva a cabo adecuadamente después de un suceso de gran magnitud. El sector de la salud recurre en general a salas de situación sanitaria para obtener y analizar continuamente información sobre aspectos epidemiológicos, enfermedades transmisibles y otros datos de salud pública. Sin embargo, estas salas de situación no siempre están conectadas con los centros de operaciones de emergencia, que son los centros de coordinación de la respuesta. De hecho, algunos países en realidad tienen poca capacidad para organizar y administrar centros de operaciones de emergencia. La Oficina también debe fortalecer la capacidad de su Centro de Operaciones de Emergencia en la Sede de la OPS y a nivel subregional a fin de analizar información y coordinar las necesidades operativas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.6.1	Porcentaje de emergencias en las cuales el grupo orgánico de salud ( <i>cluster</i> ), definido por la Reforma Humanitaria de Naciones Unidas, se encuentra operacional, en caso que sea necesario	100%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>El Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas, de conformidad con lo dispuesto en el marco de la Reforma Humanitaria de las Naciones Unidas, funcionó en todas las situaciones de emergencias en las cuales se solicitó su actuación. Actualmente funciona en COL y HAI, donde la OPS está apoyando al Ministerio de Salud en el manejo de grupos de acción sanitaria. Se celebraron dos reuniones virtuales con los asociados del grupo de acción sanitaria en América Latina y el Caribe sobre la reintroducción del cólera en Centroamérica en el 2013. La Oficina también brindó apoyo a la coordinación del grupo de acción sanitaria de las Filipinas después del tifón Haiyan y a los de Siria y Malí en el contexto del conflicto civil.</p> <p>Los grupos de acción sanitaria también se activaron para responder al huracán Tomás en el 2010 en el Caribe oriental, los terremotos de DOM y GUT en el 2013 y, en DOM, tras el terremoto de Haití del 2010.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.6.2	Número de mecanismos interinstitucionales y grupos de trabajo regionales relacionados con las emergencias en los que la OPS/OMS participa activamente	4	10	Sí

Observaciones:  
 La OPS participa activamente en más de 10 asociaciones y grupos de trabajo: el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres, el Centro de coordinación para la prevención y reducción de desastres naturales en Centroamérica, el Grupo Mundial de Acción Sanitaria, el Organismo del Caribe para la Gestión de Emergencias en Casos de Desastre, el Grupo Asesor en Mitigación de Desastres, el Centro Regional de Información de Desastres, la Red de Información Humanitaria para América Latina y el Caribe, el Grupo de Trabajo de Riesgo, Emergencias y Desastres de América Latina y el Caribe, la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas, el Mecanismo Interamericano de Asistencia Humanitaria, el Comité Interamericano para la Reducción de Desastres Naturales, la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar el Cólera en la Isla La Española, el Fondo de Gestión para Desastres del Grupo de Donantes del Caribe Oriental, la filial Caribe de la Asociación Internacional de Ingeniería Estructural y la Reunión Especializada de Reducción de Riesgos de Desastres Socionaturales, la Defensa Civil, la Protección Civil y la Asistencia Humanitaria.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.6.3	Porcentaje de los desastres en los cuales los informes de las Naciones Unidas y los originados en los países incluyen información sanitaria	100%	100%	Sí

Observaciones:  
 Se proporcionó información de salud en informes sobre desastres preparados por las Naciones Unidas y por los países, incluidos los informes sobre las complejas situaciones de emergencia que se produjeron en COL y HAI, así como las situaciones de emergencia aguda desencadenadas por la pandemia de gripe por H1N1, los terremotos de CHI y HAI, las inundaciones de Centroamérica, BOL y COL, los huracanes Irene en BAH, Sandy en BAH, CUB, HAI y JAM, e Isaac en Dominica y HAI, y los terremotos de COR y GUT. También se informó a los países acerca de la situación de emergencia radiológica en Japón y se les proporcionó información técnica apropiada.

<b>RPR 5.7: Se habrán ejecutado operaciones de emergencia, recuperación y rehabilitación en caso de que sea necesario</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

67. El terremoto de Haití del 2010 desencadenó la respuesta humanitaria de mayor alcance en la historia de la OPS y de las organizaciones de asistencia humanitaria en general. Se desplegó un número sin precedentes de expertos y se movilizaron fondos. Se coordinó la acción a pesar de las dificultades: el reto principal fue el número abrumador de organizaciones que respondieron y sus diferentes grados de pericia y capacidad. A eso le siguió otro repunte de las actividades debido a la epidemia de cólera en octubre del 2010, con un enfoque descentralizado, basado en equipos de campo, que dio buenos resultados.

68. Muchos Estados Miembros han comenzado a examinar la forma en que encaran el manejo de la asistencia internacional a fin de aprovechar mejor las nuevas oportunidades brindadas por la asistencia humanitaria y, al mismo tiempo, superar los retos planteados por una mayor respuesta internacional. Las Américas es la primera región en haber adoptado una resolución que integra el principio de la reforma humanitaria de las Naciones Unidas con el respeto de las necesidades y las prioridades de los países soberanos (resolución CSP28.R19 de la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana). En esta resolución se insta a que se efectúen arreglos institucionales prácticos, a nivel nacional y entre países, que recibirán apoyo de la Oficina para las operaciones con fines humanitarios.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.7.1	Porcentaje de emergencias en las cuales la OPS/OMS moviliza recursos nacionales e internacionales para las operaciones, en caso de que sea necesario	100%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>La Oficina movilizó activamente recursos nacionales e internacionales para operaciones en todas las situaciones de emergencia cuando fue necesario, incluidos los desastres de gran magnitud que afectaron a la Región entre el 2008 y el 2013: los terremotos de CHI y HAI en el 2010, la pandemia de gripe por H1N1 en el 2009, los brotes de cólera en el Caribe, el huracán Sandy en BAH, CUB, HAI y JAM en el 2012, los terremotos de COR y GUY en el 2012, las inundaciones de BOL, COL y Centroamérica (ELS, GUT, HON, NIC y PAN) en el 2010 y el 2011, y las erupciones volcánicas en América del Sur. Además, se proporcionó apoyo técnico a los países después del maremoto y el accidente nuclear en Japón. Durante el último semestre del 2013, se proporcionó apoyo para responder a un brote de enfermedades respiratorias agudas en PER y a brotes de dengue en HON y NIC, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para la prevención y el control; a las inundaciones en SAL y SAV, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para la coordinación de urgencia, la evaluación rápida, los servicio de agua, saneamiento e higiene, y la restauración de la prestación de servicios de salud; y a la sequía en BOL, donde se movilizaron recursos y se proporcionó apoyo técnico para agua, saneamiento, higiene y atención de salud. En COL y HAI, la OPS también siguió apoyando a los ministerios de salud en la dirección de los grupos de acción sanitaria.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
5.7.2	Porcentaje de intervenciones de rehabilitación en las cuales se ejecutan operaciones de salud en caso de que sea necesario	100%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se realizaron intervenciones en el campo de la salud como parte de todas las operaciones de recuperación, incluidas las situaciones de emergencia prolongadas en COL y HAI y los grandes desastres agudos que se produjeron en la Región entre el 2008 y el 2013, como el terremoto de HAI en el 2010, el huracán Sandy en BAH, CUB, HAI y JAM en el 2012, los terremotos de COR y GUT en el 2012, el huracán Tomás en el 2010 y las inundaciones de SAL y SAV en el 2013.</p>				

<b>OE6: 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</b>					Alcanzado parcialmente <sup>13</sup> (79% de las metas de los indicadores alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>14</sup>	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6

<sup>13</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>14</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

**Panorama presupuestario del OE6**

<b>Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)</b>	<b>Fondos disponibles</b> <i>(en millones de dólares de los EE.UU.)</i>			<b>Gasto (%)</b>	<b>Financiado (%)</b>
	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Total</b>		
48,0	21,7	18,4	40,1	94%	84%

**Evaluación programática del OE6**

69. Se lograron avances considerables en las actividades para prevenir y reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en la Región. Los Estados Miembros y los territorios encabezaron esfuerzos que han influido en las iniciativas regionales y mundiales destinadas a reducir los factores de riesgo de las ENT y han destacado la importancia de la promoción de la salud. Los sistemas de vigilancia de la Región han aumentado en cuanto a número y complejidad, lo que en algunas veces ha llevado a la duplicación de esfuerzos. Esta duplicación es motivo de preocupación y merece atención. El discurso político ha reconocido lentamente la necesidad de contar con políticas e intervenciones integradas, multisectoriales y equitativas a fin de mejorar la salud y abordar sus determinantes. Varios adelantos recientes culminaron con los compromisos políticos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT, celebrada en el 2011 y la formulación del plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT. En consecuencia, los países ahora tienen la obligación de aplicar los reglamentos encaminados a enfrentar los factores de riesgo como el tabaco, las bebidas alcohólicas y el régimen alimentario poco saludable (incluidas las bebidas azucaradas y los alimentos ultraprocesados). Sin embargo, la interferencia de las industrias del tabaco, las bebidas alcohólicas y de industrias pertinentes de bebidas y alimentos quizá obstaculice el progreso y la voluntad política significativa ya lograda. Hay varias demandas en curso presentadas por estas industrias basadas en fundamentos comerciales y de inversiones, y se prevé que estas demandas continúen. Si alguno de los juicios actuales llegara a tener éxito, esto ocasionaría graves retrocesos en la eficacia de las políticas de salud pública. Por consiguiente, la OPS tiene que seguir apoyando con firmeza las iniciativas de los países para afrontar los factores de riesgo de las ENT y los retos emergentes que representan una amenaza para los logros alcanzados hasta la fecha.

**Principales logros con respecto al OE6**

a) Son dignos de mención varios avances significativos en la vigilancia de los factores de riesgo: 25 países adoptaron los estudios Pan Am STEPS o se alinearon con este sistema de vigilancia; 27 participaron en la Encuesta Mundial de Salud Escolar; 30 han actualizado al menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (30 actualizaron la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, cinco elaboraron la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en Adultos y 19 elaboraron la Encuesta mundial de tabaquismo en estudiantes de profesiones de la salud). La vigilancia de los factores de riesgo es fundamental para lograr una justificación fuerte acerca de las mejores inversiones y políticas basadas en pruebas científicas que ayuden a frenar la epidemia de las ENT en la Región.

b) Se hicieron progresos considerables en la aplicación regional del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT): 29 Estados Miembros son Partes al CMCT; 17 países tienen una política sobre lugares públicos cerrados, lugares de trabajo cerrados y transporte público 100% libres de tabaco; 13 países tienen una prohibición total o muy amplia de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; y 19 países cumplen con los requisitos mínimos del Artículo 11 del CMCT con respecto a los reglamentos para el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco. Al menos seis países han modificado su estructura de impuestos al tabaco para reducir la accesibilidad; y dos países aprobaron leyes para permitir que los ingresos procedentes del tabaco se utilicen en el financiamiento de la salud pública.

- c) Hubo logros considerables en la aplicación de las políticas o las normas nacionales para promover el régimen alimentario saludable y la actividad física: nueve países mejoraron las condiciones de la alimentación en las escuelas; un país sancionó impuestos sobre las bebidas azucaradas y los refrigerios con alto contenido calórico; y, en cuatro países, se promulgaron leyes o reglamentos para la comercialización de los alimentos. La Región está encabezando actividades para combatir la epidemia de obesidad, especialmente en niños.
- d) Con motivo de la 8.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, se compilaron y analizaron 25 estudios de casos de 15 países a fin de elaborar el marco para la salud mundial en todas las políticas, que se presentó en Helsinki.
- e) En 17 países están bien establecidas las Redes de Escuelas Promotoras de la Salud.
- f) Luego de la adopción de los planes regionales de acción sobre el consumo nocivo de alcohol y el uso de sustancias, ha aumentado la concientización, la participación y la asignación de recursos para enfrentar el consumo de alcohol y el uso de sustancias; esto ha dado lugar a mejores políticas, programas e intervenciones sobre el consumo de alcohol o el uso de sustancias en diversos países de la Región.
- g) La posición sólida que ocupa el tema del consumo de sustancias psicoactivas a nivel regional como un asunto de salud pública está influyendo en los procesos decisorios de los principales interesados directos en la Región.
- h) En varios países se han tomado medidas concretas a fin de ofrecer ambientes sin riesgos, como las ciclovías, destinados a promover un modo de vida saludable y la actividad física.
- i) Dieciséis países de la Región ampliaron significativamente el acceso a la tecnología preventiva a fin de promover la actividad sexual de menor riesgo (en especial, condones y lubricantes a base de agua) para los jóvenes de las poblaciones clave.
- j) La Región encabezó la inclusión de la promoción de la salud en la Consulta Mundial sobre las ENT.

#### **Principales retos con respecto al OE6**

- a) Asegurar la sostenibilidad de los sistemas de vigilancia de los factores de riesgo mediante la recopilación de información adecuada y su utilización para las intervenciones de reducción de los factores de riesgo en los países es un reto particular. La vigilancia de las ENT y de sus factores de riesgo debe mantenerse como una prioridad dentro de los sistemas de información sobre salud; además, es necesario dirigir los recursos hacia esta actividad fundamental. Asimismo, para mejorar la eficiencia, la vigilancia de los factores de riesgo debe hacerse mediante un enfoque más integrado y coordinado; este es un factor importante que todavía no se ha abordado, tanto a nivel regional como de país.
- b) Otro reto estriba en la interferencia de las industrias del tabaco, bebidas alcohólicas, azúcar y las de alimentos ultraprocesados, que socava el progreso logrado por los países hacia la reducción de los factores de riesgo de las ENT. Si llegaran a tener éxito las demandas y las controversias, basadas en fundamentos comerciales y de inversiones, que están en curso con respecto al control del tabaco, estas podrían amenazar o hasta revertir algunos de los logros de la salud pública ya alcanzados, además de desacelerar el progreso para hacer frente a otros factores de riesgo. Los acuerdos comerciales regionales y bilaterales son motivo de gran preocupación si ellos no protegen claramente a la salud pública.
- c) El trabajo multisectorial es difícil a nivel de país. Las iniciativas para enfrentar los factores de riesgo no son de la responsabilidad exclusiva de los ministerios de salud. En la OPS y a nivel de país, deben continuar las actividades para promover un enfoque de salud en todas las políticas.
- d) El progreso en las políticas relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física ha sido desigual, mientras que las actividades públicas de lucha contra la obesidad en adultos han sido moderadas. No obstante, la atención necesaria para combatir la obesidad en niños ha venido cobrando impulso en toda

América. Esta se considera la manera adecuada de proceder en cuanto a la adopción de medidas protectoras por los gobiernos y los legisladores.

e) La OPS tiene que afrontar el importante reto de formular un plan regional de alta calidad sobre la obesidad en la niñez y lograr el consenso de los Estados Miembros para su adopción y ejecución. Los Estados Miembros deben dar el gran paso de llevar a la práctica en sus sistemas nacionales de salud las actividades recomendadas en el plan.

f) Sigue existiendo el reto del aumento del consumo de alcohol en la Región. Se observó un progreso lento en la aplicación de políticas eficaces en función de los costos para la reducción del uso nocivo del alcohol, a pesar de la adopción de una estrategia mundial y un plan regional de acción. Las inversiones que ha hecho la industria del alcohol para aumentar su participación en el mercado en los países de América Latina y el Caribe pueden ser una amenaza para la salud pública.

g) Se observa que todavía no se ha asignado suficiente importancia a las actividades de prevención cuando se promueve la actividad sexual de menor riesgo, especialmente en las poblaciones en riesgo; asimismo, sigue siendo incompleta la aplicación de los enfoques más actualizados para atender las necesidades específicas de las poblaciones en riesgo.

h) Es necesario integrar aun más la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en los sistemas de atención de salud, en particular en la atención primaria de salud, a fin de abordar las ENT y sus factores de riesgo. Hay necesidad de aumentar la capacitación y los recursos humanos, así como de comprender mejor la repercusión de estos factores y enfermedades en la carga general sobre la salud a los niveles nacional y regional.

#### **Enseñanzas extraídas del OE6**

a) La consolidación de las redes escolares de promoción de la salud exige tiempo y cooperación técnica. Las agendas mundiales que giran en torno a los determinantes sociales de la salud y las ENT necesitan canales, como las redes actuales de promoción de la salud, para llegar a los lugares donde la gente trabaja, vive y aprende.

b) Aunque los países han demostrado su capacidad de establecer la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, la sostenibilidad sigue siendo un reto, ya que exige contar con profesionales bien capacitados y recursos financieros sostenibles.

c) Un enfoque de derechos humanos ha sido fundamental para la defensa de las leyes de control del tabaco ante los alegatos y los esfuerzos de litigación de la industria tabacalera, aunque las demandas introducidas por la industria tabacalera a nivel nacional han favorecido en forma predominante a la salud pública.

d) El consumo del alcohol todavía no se reconoce como un factor de riesgo importante que exige un enfoque multisectorial, libre de conflictos de intereses. Esto es fundamental para proteger a las personas y a la salud pública.

e) La cooperación técnica para la promoción de comportamientos sexuales de menor riesgo es un componente que requiere una articulación mayor con otros organismos de las Naciones Unidas, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como con otros interesados directos.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE6: Número de países que informan una reducción de 10% de la tasa de prevalencia del consumo de tabaco**

**Línea de base:** 3 países en el 2007

**Meta:** 10 países para el 2013 (se aplica a los 20 países que tienen información en la Base de Datos de la OMS)

Ocho países presentaron una reducción de 10% de la prevalencia del consumo de tabaco (ARG, BRA, CAN, CUB, MEX, PAN, URU y USA). Sin embargo, debe observarse que siete países (COR, DOR, ELS, GUT, PAR, SAL y SAV) no tienen una nueva encuesta para comparación o su nueva encuesta no es comparable con la anterior.

**Indicador 2 del OE6: Número de países que han estabilizado o reducido la prevalencia de la obesidad en adultos de ambos sexos**

**Línea de base:** 0 países en el 2007

**Meta:** 5 países para el 2013 (este indicador se aplica a los 15 países con datos representativos nacionales actuales en la Base Mundial de Datos sobre la Obesidad de la OMS)

A pesar de que la evidencia procedente de Estados Unidos indica que la obesidad en la niñez se está nivelando en algunos estados y que las tasas de obesidad en adultos no están aumentando tan rápidamente, en general puede decirse que ningún país de la Región ha podido reducir la tasa de obesidad en adultos. Esta paralización quizá sea en parte el resultado de esfuerzos públicos muy moderados para combatir el problema. Por el contrario, la atención de la obesidad en la niñez está cobrando impulso en toda América y al menos nueve países ya están adoptando medidas prácticas para enfrentar la situación, entre otras, la aplicación de leyes y reglamentos.

**Indicador 3 del OE6: Número de países que han reducido los resultados perjudiciales de las relaciones sexuales sin protección, medidos mediante una reducción de la tasa (estimada) de prevalencia de los casos de infección por el VIH en los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad a 0,46/100 o menos para las mujeres y 0,79/100 o menos para los hombres en América Latina, y a 3,30/100 o menos para las mujeres y 2,51/100 o menos para los hombres en el Caribe**

**Línea de base para América Latina:** 11 países en el 2006

**Meta para América Latina:** 20 países para el 2013

**Línea de base para el Caribe:** 4 países en el 2006

**Meta para el Caribe:** 7 países para el 2013

El indicador a nivel del impacto que se propuso debería haberse basado en el número calculado de nuevos casos de infección por el VIH en el grupo de edad destinatario. Los datos de prevalencia, por lo general, no se desglosan por grupo de edad, lo cual obstaculiza la utilización de este indicador. Por otro lado, los efectos de las intervenciones propuestas para promover la actividad sexual de menor riesgo y que se han medido como prevalencia, quizá sean más visibles en los grupos de más edad que se beneficiaron de esas intervenciones cuando eran mucho más jóvenes.

En el caso del Caribe, el ONUSIDA calcula que en este grupo de edad ha habido una disminución de alrededor de 50%, mientras que la disminución en América Latina ha sido solo de alrededor de 15%. Como ya se ha mencionado, los datos no están lo suficientemente desglosados y es necesario ampliar la investigación y la vigilancia para mejorar la calidad de la información estratégica. No obstante, hay indicios claros de que entre jóvenes de las poblaciones clave (HSH, personas trans, profesionales del sexo, consumidores de drogas) quizá no haya ninguna disminución en absoluto, lo que exige una estrategia mucho más enfocada para atender la epidemia de infección por el VIH en este segmento de la población.



## Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)

<b>RPR 6.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo</b>	Alcanzado plenamente
---	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

70. Se logró un progreso considerable en toda la Región en el período 2008-2013 en cuanto a la promoción de la salud en la Región de las Américas. En el transcurso de este período, los países de la Región examinaron y adoptaron políticas y planes de promoción de la salud. La información relativa a este tema se obtuvo como parte de la preparación de la 8.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. En esa oportunidad, se compiló un documento para presentarlo durante la Conferencia, que describía las experiencias de 15 países de la Región. Actualmente, 17 países están aplicando el enfoque de la red de escuelas promotoras de la salud y este ha constituido un instrumento clave para canalizar algunas actividades que fomentan la salud, entre ellas, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los modos de vida saludables. En la Región se han adoptado ampliamente nuevas modalidades de promoción de la salud, como el concepto de salud urbana; una de ellas es la puesta en práctica de las conclusiones del Segundo Foro Regional sobre Salud Urbana y el Tercer Foro sobre Promoción de la Salud. Además, la participación de las organizaciones de jóvenes en actividades de promoción de la salud, en particular, en los parques nacionales, ha resultado eficaz para promover la salud. La colaboración multisectorial ha sido un factor clave en el progreso logrado en la Región en estas áreas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.1.1	Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud, con recursos asignados	11	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>29 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT, URU y USA.</p> <p>Estos países y territorios informaron que tienen programas de promoción de la salud en funcionamiento con recursos asignados a nivel nacional. No cabe duda de que muchos países de la Región están respondiendo al llamamiento a la acción después de la 8.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en junio del 2013. Como parte de los preparativos para la Conferencia, se compilaron y analizaron 25 estudios de casos, que representan a 15 países, con la finalidad de elaborar un marco mundial para la salud en todas las políticas, que se presentó en Helsinki. Además, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Fundación Rockefeller y el Centro Kobe aportaron financiamiento para apoyar la iniciativa mencionada.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.1.2	Número de países con redes de escuelas saludables (o su equivalente)	7	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>17 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, MEX, NIC y PER.</p>				

El número de países con redes nacionales de escuelas promotoras de la salud en buenas condiciones aumentó de 10 en el 2009 a 17 en el 2013. Además de las redes bien establecidas, con casi un decenio de colaboración como las de ARG, CHI, CUB y MEX, es importante observar que los países que acaban de crear redes como NIC y BRA tendrán una repercusión estratégica en la Región.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.1.3	Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS	0	5	Sí

Observaciones:  
6 países alcanzaron este indicador: BRA, CHI, COL, ELS, MEX y SUR.

La herramienta de respuesta y de evaluación de la equidad en la salud urbana conocida como Urban HEART se ha utilizado como un componente de la equidad en materia de salud. En ella se incluyen explícitamente elementos conceptuales, metodológicos y métricos que pueden apoyar mejor la toma de decisiones orientada por la equidad a nivel local urbano. COL formuló proyectos piloto en el Distrito Bosa de Medellín y en Cali, y el Ministerio de Salud usará la metodología en todo el país. ELS ha adoptado medidas de salud urbana que ya se han incluido en sus políticas y se están abordando a través de la atención primaria, así como programas dirigidos a las personas que viven en los barrios pobres. BRA, CHI y MEX han aplicado activamente la iniciativa de municipios saludables a nivel subnacional. BRA ejecutó un proyecto piloto en Porto Alegre (Vila Restinga) que abordó dos áreas: i) métodos de medición para medir y vigilar las desigualdades en la salud intraurbana, y ii) gobernanza, a través del trabajo con las autoridades locales y los líderes comunitarios, para recopilar y validar datos, definir indicadores locales de desarrollo sostenible, generar información, establecer el Hospital Moinhos de Vento para servir como promotor del desarrollo y la “salud para todos” a nivel local. ARG también avanzó hacia el logro de este indicador: tiene una red activa de municipios saludables y ha venido formulando políticas sobre salud urbana; sin embargo, el marco conceptual de salud urbana no se ejecutó, debido a que primero debe formularse, someterse a una prueba piloto y probarse en entornos urbanos.

<b>RPR 6.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
---	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

71. La cooperación técnica prestada por la OPS dio lugar al fortalecimiento de la capacidad de los países de obtener datos relacionados con las ENT y los factores de riesgo, incluidos datos epidemiológicos sobre adultos y adolescentes. Los países han mostrado un mejoramiento constante en su capacidad en esta área. Digna de mención especial es la subregión de Caribe que logró contar con los primeros datos sobre los niveles de los factores de riesgo en 13 países o territorios y que se han utilizado para formular los planes nacionales sobre las ENT. El área de vigilancia de las ENT exige atención y apoyo constantes para ampliar la capacidad de los países de efectuar análisis más complejos, así como la difusión y utilización de los datos para la promoción.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.2.1	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método Pan Am STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos	6	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>23 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, GUT, DOM, GRA, JAM, NEA, NCA, PAN, PAR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT y URU.</p> <p>Veintitrés países de la Región formularon estudios PanAm STEPs o se han alineado con el método PanAm STEPs. Estos estudios sirvieron de base para elaborar los sistemas de notificación en el país sobre los principales factores de riesgo y las enfermedades.</p> <p>La metodología fue útil para la introducción de la vigilancia de los factores de riesgo y los datos de prevalencia de la enfermedad, en particular en los países más pequeños con capacidad menos desarrollada para la vigilancia de las ENT, como ABM, BLZ, GRA, NCA, PAN, PAR, SAL y SAV. Para los países más grandes que tienen sistemas de vigilancia de las ENT bien desarrollados, ayudó a estandarizar las mediciones antropométricas y los análisis de sangre y facilitó la comparabilidad internacional (ARG, BRA, CHI, COL y COR). Sin embargo, la capacidad en los países varía, y depende generalmente de un solo equipo profesional o de un equipo muy pequeño; por lo tanto, es vital apoyar más la formación de capacidad y alentar a los países a que difundan información a un público más amplio, en particular ahora que hay metas mundiales para las ENT.</p>				
Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.2.2	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que se basa en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes	11	30	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>27 países y territorios lograron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NCA, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN</p> <p>Este indicador registró un aumento constante del número de países que participaron en la Encuesta Mundial de Salud Escolar, de 11 países en el 2010 a 16 en el 2011 y 27 para fines del 2013. Además de los 27 países y territorios, otros cinco (BRA, CUB, DOR, PAN y PAR) se encontraban en diversas etapas de la ejecución de las Encuestas Mundiales de Salud Escolar. El trabajo está en marcha y se ha obtenido financiamiento para la ejecución de las Encuestas Mundiales de Salud Escolar en HAI a principios del 2014.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.2.3	Número de países que han ejecutado indicadores estandarizados para enfermedades crónicas y factores de riesgo en la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS/OMS	3	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países y territorios lograron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, DOM, JAM, PAR y USA.</p> <p>En dos publicaciones estadísticas de la OPS figuran datos sobre las ENT: i) <i>Indicadores básicos de salud</i> e ii) <i>Indicadores básicos de salud sobre las ENT</i>. El conjunto de datos mínimo de la OPS ayudó a los países a organizar sus datos sobre las ENT, a asegurar la notificación anual de diferentes fuentes y a generar informes anuales sobre las ENT. También sirvió para guiar la primera compilación integral de información sobre las ENT, que comprende indicadores socioeconómicos, de mortalidad específica, prevalencia de las enfermedades y factores de riesgo en adultos y adolescentes, así como información sobre la respuesta de los sistemas de salud y las políticas intersectoriales. Este documento se preparó para la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas y se publicó bajo el título <i>Indicadores básicos de salud sobre las ENT</i>. Este proceso se repetirá en el 2015.</p>				

<b>RPR 6.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica en materia de políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de tabaco y los problemas relacionados</b>	Alcanzado parcialmente
---	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de dos de los cuatro indicadores del RPR; no se alcanzó la meta de dos indicadores)

72. Aunque el RPR se alcanzó solo en parte, debe señalarse que los países del continente americano han progresado mucho hacia la ejecución del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Lamentablemente, todavía queda mucho por hacer, en especial porque los artículos del CMCT de la OMS medidos aquí implican un costo mínimo para el gobierno y se basan mucho más en la voluntad política. Las fechas límite establecidas en el CMCT para los artículos 11 (empaquetado y etiquetado de productos de tabaco) y 13 (publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) no se han cumplido en muchos países que son Partes al Convenio. Con respecto al Sistema de Vigilancia, los cinco países que no completaron al menos un componente del GTSS están en proceso de hacerlo en el 2014.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.3.1	Número de países que han adoptado una legislación de ambientes libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo (públicos y privados) de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	1	7	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>17 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ECU, GUT, HON, JAM, PAN, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Estos países son 100% libres de humo en los lugares públicos cerrados, lugares de trabajo cerrados y transporte público. El trabajo realizado por SUR fue sobresaliente: aprobó la ley más integral de la</p>				

Región por voto unánime de su Parlamento. MEX tiene una legislación que, aunque permite fumar en las áreas designadas, se ha reglamentado de manera tan estricta de que los requisitos son casi imposibles de cumplir. Muchos países de CARICOM están trabajando en proyectos de ley sobre el tema (ANI, BAH, GUY y SAL), mientras que BOL está preparando un decreto.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.3.2	Número de países que han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	0	4	Sí

Observaciones:  
13 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, HON, ECU, ELS, PAN, SUR y URU.

Estos 13 países tienen una política integral sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Cinco de ellos tienen una prohibición completa (BRA, CHI, COL, PAN y SUR) y ocho tienen una prohibición integral (ARG, BOL, CAN, COR, HON, ECU, ELS y URU). Algunos de los países han prohibido la exhibición de productos de tabaco en el punto de venta (COL, PAN, SUR y URU parcialmente) ya que el propio paquete es el medio máximo de promoción para la industria tabacalera, en especial si se prohíbe la publicidad en el resto de los medios de comunicación. Cuatro países (BAH, BOL, PER y VEN) han preparado proyectos de legislación encaminada a lograr o fortalecer este indicador. En el caso de BOL, su meta es ampliar la prohibición de integral a completa.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.3.3	Número de países con reglamentos para el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	8	23	No

Observaciones:  
19 países lograron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, HON, JAM, MEX, PAN, PER, SUR, TRT, URU y VEN.

Estos Estados Miembros cumplen con los requisitos mínimos del artículo 11 del CMCT de la OMS ya que usan advertencias gráficas que ocupan 50% o más de las superficies principales. COL tenía advertencias gráficas a 30% del tamaño, y CUB estaba usando advertencias exclusivamente a base de texto a 30%. Dos países más (NIC y USA) han aprobado legislación, pero en NIC la ley todavía no se ha reglamentado y en USA la industria tabacalera ha introducido demandas contra los fallos. URU y CAN son los países que tienen las advertencias de mayor tamaño, a 80% y 75%, respectivamente, seguidos de ECU a 60%. JAM ha aprobado advertencias con un tamaño de 75%, pero todavía no están en circulación.

Básicamente, si todos los países hubieran cumplido a tiempo con el mandato del CMCT (3 años después de la ratificación), se habría alcanzado el indicador. Los obstáculos principales para que los países alcancen este indicador son la necesidad de más voluntad política y la interferencia fuerte de la industria tabacalera, que retrasa la toma de decisiones.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.3.4	Número de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco	9	35	No

Observaciones:  
 30 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA y VEN.

La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS) fue contestada en 28 países o territorios, de la siguiente manera:  
 2008 (BLZ, CHI, GUT, PAR); 2009 (ANI, BRA, DOM, ELS, GRA, SUR); 2010 (CUB, GUY, JAM, SCN, VEN); 2011 (DOR, MEX, SAL, SAV, TRT, USA); 2012 (ARG, BOL y PAN); y en el 2013 (BAH, BAR, CAN [aunque no forma parte del Sistema de Vigilancia] y COR).

La Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en los Adultos (GATS) fue contestada por 5 países: BRA (2008), MEX, URU (2009), ARG (2012) y PAN (2013).

La Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesiones de Salud (GHPSS) fue contestada por 18 países: CHI, CUB, GUT, JAM, PAN, PAR, SAL, TRT, URU (2008), BAH, BAR, BLZ, GRA, GUY, SUR (2009), ELS, HON, VEN (2011) y COR (2013).

De los 30 países que actualizaron al menos uno de los tres componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (GTSS), 23 ejecutaron al menos dos de ellos (GYTS, GATS, GHPSS). Aunque el indicador no se cumplió en términos numéricos, el progreso logrado fue un éxito extraordinario para la Región. El sistema regional de vigilancia del tabaco es regular y sistemático; por consiguiente, aporta datos sólidos y fidedignos que se utilizan para monitorear la aplicación del CMCT de la OMS y apoyar la toma de decisiones a fin de frenar la epidemia de tabaquismo.

Cinco países de la Región (COL, ECU, HAI, NIC y PER) no pudieron actualizar ninguna de las encuestas del GTSS. Estos países ya recibieron capacitación y se prevé que en el 2014 realicen la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Los problemas que incidieron en que los países no alcanzaran las metas propuestas fueron, entre otros, la modificación del protocolo de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes por la OMS y los CDC, que obligó a posponer la encuesta; las dificultades internas a nivel de país relativas a la coordinación entre asociados (COL, ECU y HAI); y la escasez de fondos, que impidió la ejecución de la encuesta en el 2013 (PER).

<b>RPR 6.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas y los problemas relacionados</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

73. El nivel del logro de este RPR quizá puede atribuirse a la adopción de un plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, de conformidad con la estrategia de la OMS adoptada en el 2010, así como a la formulación de una estrategia regional y plan de acción sobre el uso de sustancias en el 2011. Como resultado, aumentó la cooperación técnica. Se brindó apoyo a las iniciativas de investigación en varios países. Los países comenzaron a dedicar tiempo y financiamiento a fin de fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud para tratar el alcoholismo y otros problemas afines en los entornos de atención

primaria de salud, gracias al apoyo de cuatro cursos virtuales que estaban disponibles en el Campus Virtual de la OPS para la Salud Pública. Además, se publicaron y se divulgaron libros, ponencias científicas y otros materiales, con lo cual aumentó la base de conocimientos para promover las decisiones de política sobre el alcohol y las drogas. Las reuniones regionales y las actividades de concientización organizadas por la OPS permitieron mejorar el intercambio de información, experiencias y conocimientos especializados en toda la Región. A pesar de disponer de recursos limitados y de una industria del alcohol fuerte que trata de influir en la formulación de políticas de salud pública, los resultados logrados fueron significativos y sentaron las bases para que la cooperación técnica sea más fuerte y eficaz en los próximos cinco años.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.4.1	Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas	11	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>28 países y territorios lograron este indicador: ANI, ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Durante el período 2008-2013, se adoptaron planes regionales de acción sobre alcohol y consumo de sustancias psicoactivas; asimismo, se creó y activó una red de homólogos nacionales sobre el alcohol y la salud pública. BRA, CHI, MEX y USA pusieron en marcha programas amplios para fortalecer la respuesta de los sistemas de salud en los entornos de atención primaria a fin de responder a los problemas generados por el alcohol y las drogas.</p> <p>Se emprendieron investigaciones tanto conjuntas como separadas en ARG, BRA, CAN, COR, DOR, GUT, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, USA y VEN. La información obtenida de estas investigaciones se utilizó como insumo para la formulación de programas y políticas sobre el alcohol y los traumatismos y la violencia contra la mujer. Además, se elaboraron y difundieron en la Región varias publicaciones sobre el tema. Se aprobaron y se llevaron a la práctica varias políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol (tributación, leyes sobre conducción en estado de ebriedad, restricciones a la venta de alcohol), lo que dio lugar a una disminución cuantificable de la mortalidad en BRA, CAN, CHI, PER, USA y VEN. La OPS tradujo y distribuyó un libro sobre la política en materia de consumo del alcohol y la salud pública que incluía datos de eficacia en función de los costos. También participó en una investigación con la OMS en un análisis de eficacia en función de los costos de las políticas relacionadas con el alcohol, por región y a nivel mundial (WHO-CHOICE), que luego fue utilizada en México.</p> <p>Los ministerios de salud de GUT, PER y URU están ejecutando cambios en sus políticas sobre drogas y en sus intervenciones a nivel de país. En los últimos seis años ha habido un aumento constante de la cooperación técnica relacionada con los problemas del alcohol y las drogas, lo que refleja la amplitud del problema y el reconocimiento de la capacidad y la función de la salud pública para abordar los problemas del consumo de alcohol y drogas. Se está elaborando un atlas sobre los recursos para la prevención y el manejo del consumo de alcohol y el uso de sustancias.</p>				

<b>RPR 6.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física y los problemas relacionados</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
--	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de dos indicadores del RPR; la meta de un indicador no se alcanzó)

74. Aunque no se alcanzó la meta de detener otros aumentos en las tasas de obesidad en adultos, en los seis últimos años la Región ha logrado mejoras considerables al hacer frente a la epidemia de obesidad, en particular en los niños. Ahora ha quedado claro que el centro de interés de las actividades para combatir la obesidad debe ser la obesidad en niños, ya que los niños y los adolescentes han sido objeto de medidas protectoras adoptadas por los gobiernos y los legisladores en los últimos años. Se ha aprendido mucho en cuanto a la promoción de la alimentación saludable y la reglamentación de los refrigerios con alto contenido de sal, azúcar y grasa. En el área de la actividad física, el progreso evidente logrado por varios gobiernos en sus políticas sobre transporte y espacios públicos es otro recurso que está ayudando a crear una plataforma de salud pública sólida para reducir e invertir las tendencias de la obesidad en los próximos años.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.5.1	Número de países que han ejecutado políticas nacionales para promover un régimen alimentario saludable y actividad física de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	8	20	No

Observaciones:  
 9 países alcanzaron este indicador: BRA, CAN, CHI, COL, COR, ECU, MEX, PER y URU.

Los principales logros durante los seis últimos años pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Se introdujeron políticas nacionales (normas de carácter obligatorio) para mejorar la alimentación en el entorno y los programas escolares y promover la actividad física en BRA, CAN, CHI, COR, ECU, MEX, PER, USA (a nivel estatal y local, y además en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP], un programa de preescolar) y URU.
2. En MEX se aprobó un impuesto a las bebidas azucaradas y a los refrigerios con alto contenido calórico.
3. Se aprobaron leyes para regir la comercialización de los refrigerios y las bebidas endulzadas con azúcar; fijar límites en el contenido de azúcar, sal y grasa de estos productos; y exigir “etiquetas en la parte frontal de los paquetes” en CHI, COL, ECU y PER (los reglamentos para algunas de estas leyes se están elaborando).

Las políticas públicas que favorecen y promueven los alimentos saludables van más allá del sector de la salud. La voluntad política de los gobiernos para formular y ejecutar políticas en esta área a menudo se ve socavada por los alegatos de las industrias interesadas que suelen estar mejor representadas en el gobierno que la salud pública. La naturaleza multisectorial del problema, la voluntad política débil y la influencia de la industria son los obstáculos principales que impiden que se alcancen más rápidamente los niveles de cumplimiento de este indicador.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.5.2	Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y ciclistas y programas de promoción de la actividad física en al menos una de sus ciudades principales	7	18	Sí

Observaciones:  
 18 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, ELS, FEP, GUT, JAM, MEX, NEA, PAN, PAR, TRT, URU y USA.



En general, la Región está comprometida a proporcionar ambientes sin riesgos para la actividad física. Muchos países han construido ciclovías y otros espacios para la actividad física. El uso de bicicletas para el transporte está aumentando en BRA, CAN, COL, ECU, MEX y USA; en BRA, MEX y USA hay programas para compartir bicicletas. La mayoría de los países de la Región han establecido calles cerradas al tráfico automotor los domingos para que ese día puedan usarlas exclusivamente los peatones (ciclovías recreativas). En ELS hay programas de actividad física, mientras que URU ha creado las plazas activas. En ECU se organizó un concurso de mejores prácticas locales para la promoción de la salud en Cuenca y se han creado entornos para los peatones, las bicicletas y actividad física. Además, muchos de los países están adoptando medidas de promoción de la salud para concientizar acerca de la importancia de los modos de vida saludables y la actividad física.

**RPR 6.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para promover la actividad sexual de menor riesgo**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

75. A pesar del progreso logrado en la ampliación del acceso a la tecnología preventiva (principalmente condones y lubricantes a base de agua) por los jóvenes de las poblaciones clave, hay todavía una urgente necesidad de observar la repercusión real de las intervenciones, como el valor del aprendizaje indirecto, la educación integral sobre sexualidad, las aptitudes de negociación y la sostenibilidad a mediano plazo de las intervenciones que parecen tener un efecto a corto plazo. Se está elaborando un documento detallado para orientar a los Estados Miembros sobre los métodos preventivos en las poblaciones clave. Además, se preparó una versión en inglés de un manual de capacitación para los educadores compañeros de jóvenes seropositivos para el VIH, y se está terminando la versión en español.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
6.6.1	Número de países que han implantado intervenciones nuevas o mejoradas para promover los comportamientos sexuales de menor riesgo en los ámbitos individual, familiar y comunitario	7	11	Sí
<p>Observaciones: 15 países alcanzaron este indicador: BAH, BAR, BLZ, CHI, COL, COR, ELS, GUY, JAM, HON, MEX, NIC, PER, SUR y TRT.</p> <p>Aunque se han logrado avances, en los últimos seis años se identificaron varios retos importantes, entre otros: no haber asignado importancia al programa de prevención; no haber asignado suficiente importancia a las nuevas generaciones que necesitan intervenciones eficaces; y aplicación incompleta de los enfoques más actualizados para atender las necesidades específicas de la juventud que está más expuesta al riesgo.</p>				

<b>OE 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</b>					Alcanzado plenamente <sup>15</sup> (100% de las metas del indicador alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>16</sup>	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6

#### Panorama presupuestario del OE7

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
60,0	23,6	24,4	48,0	92%	80%

#### Evaluación programática del OE7

76. Las redes del objetivo estratégico han estado muy activas. La comunicación y la colaboración entre sus miembros han facilitado un buen trabajo en equipo, así como la cooperación fructífera con los representantes de la OPS/OMS y los funcionarios del país. Un total de siete estudios de casos de la Región de las Américas (dos de Brasil, uno de Canadá, Chile y Costa Rica y dos de los Estados Unidos) se documentaron y publicaron en el sitio web de la Conferencia mundial de determinantes sociales de la salud celebrada en el 2011, como material de apoyo. Estos estudios de casos formaron la evidencia utilizada en la Conferencia para ilustrar los aspectos sistemáticos y prácticos (el “cómo”) de aplicar el enfoque de determinantes sociales de la salud a nivel de país. Se han adoptado diferentes estrategias para promover el enfoque de determinantes sociales de la salud. Entre otros, es importante destacar el liderazgo del sector de la salud al adoptar su estrategia de colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud en sus iniciativas para promover la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. En la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, cuyo tema central fue la salud en todas las políticas, la OPS presentó un resumen de las experiencias del continente americano, una colección de 25 estudios de casos de 15 países de las Américas y un estudio de caso de España. Las actividades locales, ejecutadas a través de la iniciativa Rostros, voces y lugares se reconocieron en una evaluación efectuada en San Cristóbal de las Casas (México), en el 2013, con la participación de Argentina, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador y México, junto con CEPAL, PNUD y la Federación Internacional de Estudiantes de Medicina (IFMSA). La reunión destacó la contribución de la iniciativa de Rostros, voces y lugares para abordar las desigualdades en materia de salud y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como parte de varias iniciativas importantes destinadas a mejorar la comprensión y el progreso de los derechos humanos, la OPS colaboró con el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud en su visita al Perú. La igualdad de género y la equidad siguen siendo pilares mundiales, regionales y nacionales para la salud y el desarrollo, y la salud intercultural se ha convertido en una agenda más fuerte en la Región.

<sup>15</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>16</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

**Principales logros con respecto al OE7**

- a) El 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD50.R8, Salud y Derechos Humanos, en la que se consolidaban todos los resultados alcanzados en 19 países y por la Oficina Sanitaria Panamericana con respecto al indicador 7.4.1.
- b) Se dedicó un número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública* a los determinantes sociales de la salud.
- c) Después de la Consulta regional sobre la salud en todas las políticas que contó con la participación de 15 países de la Región, se publicaron y se divulgaron 26 estudios de casos sobre la salud en todas las políticas.
- d) Los Estados Miembros lograron un mejoramiento notable en la formulación de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentales para generar, analizar y vigilar datos sobre las desigualdades socioeconómicas observadas en los resultados de la salud. Se ha hecho hincapié en la necesidad de que los datos desglosados por nivel subnacional estén disponibles según sus dimensiones geográficas, demográficas, socioeconómicas y de salud, en consonancia con las actividades de cooperación técnica encaminadas a fortalecer la capacidad nacional de análisis de la situación de la salud (RPR 11.3) en el marco de los determinantes sociales de la salud.
- e) Se aprobó el Plan de Acción Regional de Igualdad de Género 2009-2014 y se elaboró un informe de vigilancia de mediano término sobre 36 países. También se consolidaron importantes acuerdos técnicos y políticos con el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y la Comunidad Andina de Naciones (CAN) para promover la igualdad de género en la salud. La presencia técnica en el área de la diversidad cultural y la salud está creciendo en los países y con los asociados, con una fuerte participación de los grupos étnicos y raciales.
- f) Se llevó a cabo una Consulta regional sobre los determinantes sociales de la salud en preparación para la Conferencia Mundial del 2011 sobre los determinantes sociales de la salud celebrada en Rio de Janeiro, que generó estudios de casos regionales específicos sobre cómo poner en práctica los determinantes sociales de la salud.
- g) En el 2011, la OPS encabezó una colaboración con múltiples interesados directos en consulta con el Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en São Paulo (Brasil), junto con la participación de Anguila, Antigua, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Granada, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Suriname, Saint Kitts y Nevis, y Santa Lucía, que contribuyó a que se incluyeran los temas de desigualdad en materia de salud y de los determinantes sociales de la salud en el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible.
- h) En septiembre del 2011, después de la Conferencia Mundial de Río sobre los determinantes sociales de la salud, la OPS convocó una reunión de los Centros Colaboradores que se celebró en Carolina del Norte (Estados Unidos) para tratar, entre otros temas, las recomendaciones emanadas de la Conferencia de Río. Los centros colaboradores de Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estados Unidos y Puerto Rico que trabajan en el grupo de promoción de la salud y entornos saludables, participaron e hicieron aportes a este análisis por medio de su trabajo en grupos pequeños.
- i) En mayo del 2011, la OPS impartió capacitación en el uso de dos herramientas: la de evaluación del impacto en la salud y el Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos (Urban HEART). Estas iniciativas de capacitación fueron colaboraciones conjuntas con la Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia) y el Centro Kobe (Japón). La capacitación en Urban HEART tuvo lugar en Bogotá (Colombia) y, como resultado directo de la capacitación, tres países, Argentina, Colombia y Suriname, llevaron a cabo una exitosa iniciativa piloto usando esta herramienta.

j) La designación de las desigualdades de salud y los determinantes de la salud como el tema integral de la edición del 2012 de *Salud en las Américas–Perspectivas regionales y perfiles de los países* y la inclusión de los determinantes sociales de la salud como un área prioritaria clave en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 fueron logros que reconocieron la importancia cada vez mayor que ha cobrado este tema. Varios Estados Miembros como Argentina, Brasil y México han tratado específicamente la necesidad de abordar las desigualdades de salud por medio del enfoque de determinantes sociales de la salud y esto se refleja específicamente en el nuevo Plan Estratégico de la OPS, que presenta los determinantes sociales de la salud como un pilar central, así como en la Categoría 3. La publicación principal de la OPS, *Salud en las Américas*, en su edición del 2012, presenta ejemplos clave de lo que los países han hecho en el quinquenio más reciente (2006-2010) para abordar las desigualdades de salud usando el enfoque de determinantes sociales de la salud. Algunos de los ejemplos son Crece Contigo en Chile y la estrategia nacional del Perú, CRECER.

k) Los puntos focales de los determinantes sociales de la salud de todas las seis oficinas regionales de la OMS (Europa, Mediterráneo Oriental, Américas, África, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental) se reunieron en Ginebra en enero del 2012 para considerar la aplicación de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud. Cada región asumió la responsabilidad de supervisar la ejecución de uno o dos de los cinco pilares clave de la Declaración de Río. La OPS estuvo de acuerdo en supervisar la ejecución del pilar que se refiere a la participación, dada la gran experiencia de la Región en esta área y su capacidad de compartir las mejores prácticas con otras regiones, entre ellas, la presupuestación participativa y la gestión participativa del sector de la salud.

#### **Principales retos con respecto al OE7**

a) Algunos problemas complejos, como identidades y expresiones de género, derechos reproductivos, orientación sexual y capacidad legal de los adolescentes, las personas discapacitadas y los adultos mayores siguen siendo un reto, ya que se rigen por leyes nacionales (como el código penal y el civil) que no se han modificado para que sean coherentes con los tratados y las normas universales y regionales de derechos humanos.

b) Sigue existiendo la necesidad de promover activamente y de abogar por la inclusión de los determinantes sociales de la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

c) Es necesario emprender otros esfuerzos importantes para institucionalizar la recopilación constante de datos desglosados que sean uniformes internamente, así como de microdatos de encuestas y de la evaluación periódica de las medidas tomadas con respecto a los determinantes sociales de la salud, a través de la evaluación comparativa y la vigilancia de las desigualdades socioeconómicas en salud.

d) Hay necesidad de ir más allá de la comunidad de salud pública y convencer a otros profesionales sobre la forma en que pueden reducirse las desigualdades de salud a través de medidas relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

e) La publicación de “nuevos conocimientos” sobre los determinantes sociales de la salud dentro de la Región en los idiomas portugués, francés y español es importante para difundir en forma eficaz la base de conocimientos de la Región.

f) Será importante conseguir que la equidad sea “integrada” en las metas de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 a través de indicadores desglosados y metas a todos los niveles.

g) Es necesario recopilar, vigilar y evaluar datos desglosados.

h) Un informe de vigilancia de 36 países identificó la falta de voluntad política sostenida y los presupuestos insuficientes como los retos principales para lograr la equidad de género en materia de salud.

i) Las iniciativas interculturales de salud suelen ser frágiles dentro de los planes más amplios de desarrollo, ya que la información estadística sobre el tema es limitada y hay brechas grandes que socavan la

verdadera participación en el diseño de intervenciones que respondan a las necesidades concretas de los grupos étnicos y raciales.

#### **Enseñanzas extraídas del OE7**

- a) Muchas de las soluciones a los problemas de salud se encuentran fuera del sector. Por consiguiente, es esencial incluir al poder legislativo y al judicial por medio de iniciativas jurídicas de derechos humanos y la formación de capacidad según se insta en la resolución CD50.R8, *Salud y Derechos Humanos*, aprobada por el 50.º Consejo Directivo de la OPS.
- b) El desarrollo de una masa crítica de promotores de la causa en la fuerza laboral de salud pública a fin de que utilicen los métodos, técnicas e instrumentos más actuales para medir, analizar y vigilar las desigualdades en materia de salud, así como para evaluar el impacto posible atribuible a las medidas de política adoptadas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, solo puede lograrse y fortalecerse si se sostienen los esfuerzos y las inversiones de alcance regional en la fuerza laboral de salud pública y en la colaboración interinstitucional.
- c) Las políticas adecuadas a través de las dimensiones económicas, ambientales y sociales contribuyen directa e indirectamente a mejorar la salud.
- d) La coordinación de las políticas entre diferentes sectores como los de educación, ambiente, empleo o transporte es un requisito esencial para abordar los determinantes sociales de la salud y lograr la equidad.
- e) El logro de la equidad en salud exigirá no solo el reconocimiento de que la salud es determinada por una variedad de factores sino también por el compromiso de los recursos gubernamentales, privados, académicos y de la sociedad civil.
- f) Si bien es cierto que hay evidencia de la eficacia de actuar sobre los determinantes sociales a fin de reducir las desigualdades de salud, es necesario contar con más investigación y conocimientos para aportar información a los niveles de formulación de políticas acerca de lo que funciona mejor en su contexto particular.
- g) El enfoque de los determinantes sociales no puede ser un “programa” que se despliega. Por el contrario, exige la ejecución sistemática y el aprendizaje a partir de la experiencia adquirida en cada contexto.
- h) Cuando hay políticas institucionales establecidas, es más fácil que los cambios institucionales respeten a la institución y la sociedad civil desempeña un papel importante en promover la rendición de cuentas.
- i) La presencia no acompañada o en proceso acelerado de cambio de la cooperación técnica en materia de salud intercultural tiene una repercusión significativa sobre el progreso en la Región.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE7: Número de países con indicadores de salud nacionales desglosados por sexo y edad, e incluyendo el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz**

**Línea de base:** 3 países en el 2007

**Meta:** 6 países para el 2013

Todo los países de la línea de base y los países incluidos en la meta han hecho grandes avances en la generación de evidencia acerca de la magnitud y las tendencias de las desigualdades sociales en los resultados de salud; esta evidencia sirve de insumo para la formulación de las políticas de salud pública que se adopten y que sean favorables a la equidad. Seis países de la Región alcanzaron esta meta con

indicadores nacionales de salud desglosados por sexo y situación socioeconómica, incluido el coeficiente de Gini, las curvas de Lorenz, curvas de concentración y medidas de las brechas en la equidad.

**Indicador 2 del OE7: Número de países que han elaborado políticas públicas para los sectores ajenos al sanitario que abordan las condiciones de salud**

**Línea de base:** 7 países en el 2007

**Meta:** 20 países para el 2013

Algunos de los países de la Región han avanzado en la formulación de políticas públicas para sectores diferentes al de la salud, entre ellos se encuentran Brasil, Canadá, Chile y Costa Rica. Costa Rica ha mantenido un compromiso de muchos años con el desarrollo social y con el acceso universal a los programas sociales fundamentales para la educación y la salud. Este compromiso ha quedado demostrado por el nivel del gasto público de Costa Rica en los sectores sociales. El programa más famoso y eficaz de Brasil, el de Transferencias Condicionales de Dinero en Efectivo (Bolsa Familia) tiene como finalidad eliminar la pobreza tanto a corto como a largo plazo a través de transferencias inmediatas de dinero en efectivo e inversión a largo plazo en el desarrollo humano del país. La evidencia indica que el programa Bolsa Familia ha desempeñado una función importante en la reducción de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, por causa de la desnutrición y la diarrea. Por otro lado, la igualdad educativa en el Brasil ha venido aumentando en el último decenio como resultado del aumento del gasto público en la educación, además del aumento de la matrícula escolar. La reducción de la desigualdad en la educación, junto con la ampliación de la matrícula en las escuelas, ha sido un resultado directo de estas políticas sociales. Asimismo, el fuerte crecimiento económico de Chile, combinado con el robusto gasto social, ha contribuido a algunos de los niveles más bajos de desigualdad, inequidad y pobreza en América Latina.

**Indicador 3 del OE7: Número de países que tienen planes nacionales de desarrollo y reducción de la pobreza que integran la salud, la nutrición y la educación**

**Línea de base:** 3 países en el 2007

**Meta:** 6 países para el 2013

Un total de 20 países de la Región han diseñado iniciativas que subrayan la necesidad de fortalecer la coordinación local alrededor de las estrategias conjuntas de salud para conseguir que las medidas de salud pública lleguen a toda la población. Por medio de la iniciativa “Rostros, voces y lugares” los organismos nacionales y locales colaboraron en un plan intersectorial que puso de relieve la participación local activa. La OPS/OMS prestó cooperación técnica para programas de salud materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas desatendidas, así como para las iniciativas de mejoramiento de la calidad del agua y fortalecimiento de la seguridad alimentaria.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 7.1: Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores</b></p>	<p>Alcanzado plenamente</p>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta del indicador del RPR)**

77. Los países de la Región han logrado avances concretos al reducir las desigualdades de salud. Se han adoptado diferentes estrategias para promover el enfoque de los determinantes sociales de la salud, según se observa en Brasil, donde se creó una comisión nacional de determinantes sociales de la salud, así como en Argentina y Chile, donde se crearon estructuras para promover este enfoque en los ministerios de salud o en los niveles altos del gobierno nacional. La finalidad integral de estas estrategias ha sido la de ampliar el programa de determinantes sociales de la salud dentro de sus países respectivos mediante actividades a nivel local y nacional. De igual manera, en América del Sur, el Consejo de los Ministros de

Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) identificó los determinantes sociales de la salud como uno de las cinco prioridades del Plan de acción 2010-2015 de esa organización. MERCOSUR, por su parte, creó una Comisión intergubernamental de promoción de la salud y determinantes sociales de la salud, y últimamente, durante la formulación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los Estados Miembros de la Región consiguieron que los determinantes sociales de la salud formaran parte del plan de seis años de la Organización. Asimismo, se han aplicado en la Región otros programas y políticas que abordan uno o más determinantes sociales clave para la salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007:	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.1.1	Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de política esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud	0	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>13 países y territorios alcanzaron este indicador. ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, FEP, GUT, PAR y PER.</p> <p>Se han adoptado diferentes estrategias para promover el enfoque de los determinantes sociales de la salud, según se observa en BRA, donde se creó una comisión nacional de determinantes sociales de la salud, así como en ARG y CHI, donde se crearon estructuras para promover este enfoque en los ministerios de salud o en los niveles altos del gobierno nacional. La finalidad integral de estas estrategias ha sido la de ampliar el programa de determinantes sociales de la salud dentro de sus países respectivos mediante actividades a nivel local y nacional</p>				

<b>RPR 7.2: La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible</b>	Alcanzado plenamente
---	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

78. Los Estados Miembros adoptaron varias medidas para fortalecer la colaboración intersectorial a los niveles nacional y local para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud en los esfuerzos para promover la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. La OPS desempeñó una función instrumental en la preparación de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tenía como tema principal la salud en todas las políticas. La Región presentó un total de 26 estudios de casos sobre la salud en todas las políticas, en los que se subrayaba el vínculo entre formulación, ejecución y supervisión de las políticas. Todos los estudios de la salud en todas las políticas demostraron las ventajas de la participación pública y de la acción intersectorial y sirvieron como ejemplo para otros países que pensaban aplicar un enfoque la salud en todas las políticas. El número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública* sobre los determinantes sociales de la salud, publicado en diciembre del 2013, ha servido de plataforma para mejorar el diálogo y las prácticas óptimas de participación en los determinantes sociales de la salud en toda la Región. La estrategia de la salud en todas las políticas resultó una herramienta eficaz para que los países mantengan la cooperación Sur-Sur y promuevan medidas concretas acerca de los determinantes sociales de la salud entre los gobiernos y las instancias normativas. La iniciativa de la OPS, Rostros, voces y lugares se desplegó en 18 países, donde las redes de municipios siguen trabajando con sus comunidades más vulnerables. La OPS también apoyó a los gobiernos nacionales y locales en sus actividades para avanzar hacia el cumplimiento de los ODM.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.2.1	Número de experiencias de los países publicadas que abordan los determinantes sociales de la equidad en materia de salud	6	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>16 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, ECU, FEP, GUT, MEX, NIC, PAN, PER, SUR, TRT y URU.</p> <p>Durante la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, cuyo tema central fue la salud en todas las políticas, la OPS presentó un resumen de las experiencias de las Américas, una colección de 25 estudios de casos de 15 países de la Región de las Américas y un estudio de caso de España. Estos estudios enfocados en programas gubernamentales específicos que incorporaban algunos de los principios fundamentales de la salud en todas las políticas, en los que se destacaban los mecanismos para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante la acción intersectorial. Por otro lado, un número especial de la <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i> presentó el tema de los determinantes sociales de la salud. Esta publicación fue en gran medida un producto del interés abrumador de los países por captar más plenamente el concepto de los determinantes sociales y hacer de ellos una prioridad en los programas nacionales de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007:	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.2.2	Número de países que ejecutan por lo menos una intervención sistemática para las comunidades más vulnerables, según lo ha definido el equipo transversal de la OSP para los ODM	0	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>16 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, FEP, MEX, PAN, PAR y PER.</p> <p>El equipo transversal de la Oficina Sanitaria Panamericana para los ODM permitió que se hiciera un trabajo de colaboración entre diferentes áreas técnicas y equipos, subrayando específicamente la necesidad de colaborar con los Estados Miembros al responder a los determinantes sociales de la salud y a la “salud para todos” hacia el cumplimiento de los ODM.</p> <p>ARG, COL y PAR llevaron a cabo actividades a nivel local para atender las necesidades de las poblaciones indígenas y de ascendencia africana. MEX finalizó el trabajo sobre un centro de capacitación sobre vivienda saludable en Chiapas. ARG, COR, ECU y DOR ejecutaron proyectos de municipios saludables. BOL y HON crearon la Red de Vivienda Nacional Saludable.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.2.3	Número de países que han ejecutado la iniciativa Rostros, voces y lugares	6	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER y URU.</p>				



La ampliación de la iniciativa de “Rostros, voces y lugares” incluía el desarrollo de redes de municipios para intercambiar información y promover la colaboración cruzada. BRA elaboró un proyecto sobre las prácticas adecuadas asociadas con la religión afrobrasileña. CUB y ECU aplicaron la iniciativa a los proyectos sobre la salud de los niños y las madres. PAR concentró la iniciativa “Rostros, voces y lugares” en el trabajo con las poblaciones indígenas. Todas estas actividades recibieron apoyo técnico directo de la OPS, así como de los gobiernos nacionales y locales, en sus esfuerzos para avanzar hacia el cumplimiento de los ODM.

**RPR 7.3: Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades)** Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del único indicador del RPR)

79. En los Estados Miembros se logró un mejoramiento notable en el desarrollo de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentales para generar, analizar y vigilar los datos sobre las desigualdades socioeconómicas en los resultados en materia de salud. Se hizo hincapié en particular en la necesidad de que los datos desglosados por nivel subnacional estén disponibles según sus dimensiones geográficas, demográficas, socioeconómicas y de salud, en consonancia con las actividades de cooperación técnica encaminadas a fortalecer la capacidad nacional de análisis de la situación de salud (RPR 11.3) en el marco de los determinantes sociales de la salud.

80. Es necesario emprender otros esfuerzos importantes para institucionalizar la recopilación constante de datos desglosados que sean uniformes internamente, así como de microdatos de encuestas y de la evaluación periódica de las medidas tomadas con respecto a los determinantes sociales de la salud a través de la evaluación comparativa y la vigilancia de las desigualdades socioeconómicas en salud. Una masa crítica de promotores de la causa en la fuerza laboral de salud pública que utilice los métodos, técnicas e instrumentos más actuales para medir, analizar y vigilar las desigualdades en materia de salud, así como para evaluar el impacto posible atribuible a las medidas de política adoptadas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, solo puede lograrse y fortalecerse si se sostienen los esfuerzos y las inversiones de alcance regional en la fuerza laboral de salud pública y en la colaboración interinstitucional.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.3.1	Número de países que han publicado informes que incorporen datos de salud desagregados a nivel subnacional para analizar y hacer el seguimiento de la equidad en materia de salud	2	9	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: BOL, BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUT, NIC, PAN, PER y VEN.</p> <p>Estos países hicieron esfuerzos considerables para generar evidencia a nivel subnacional sobre la magnitud y las tendencias de las desigualdades sociales en los resultados en materia de salud. Al menos nueve países hicieron circular informes resumidos sobre las desigualdades sociales en la salud luego de un taller técnico de análisis exploratorio de los datos, que se llevó a cabo con los equipos correspondientes de la Unidad de Epidemiología. En BRA, por ejemplo, estos resultados, presentados en una importante reunión científica (Expo-Epi) mostraron la repercusión positiva de las medidas de redistribución de los ingresos en la reducción de desigualdades en la mortalidad infantil y en la niñez a través de los estados del país.</p>				

<b>RPR 7.4 Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

81. Los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobaron una resolución del Consejo Directivo sobre los obstáculos a la salud que afrontan las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans; esta resolución se fundamenta en las normas de derechos humanos y en la ampliación de la equidad de género para incluir identidad de género, expresión de género y orientación sexual. Además, la Oficina colaboró con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y con el gobierno de Costa Rica para reformar la ley nacional sobre la inseminación *in vitro* para que concuerde con las normas internacionales de derechos humanos. La OPS colaboró con el Relator Especial de las Naciones Unidas durante su visita al Perú en los temas de los derechos reproductivos, el derecho a la salud en el contexto de la cobertura universal de salud y otras áreas de la ley de salud pública, incluida la identidad de género, acceso a los medicamentos y protección de las personas discapacitadas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.4.1	Número de países que aplican: 1) normas y estándares de derechos humanos regionales e internacionales; y 2) instrumentos y documentos de orientación técnica sobre derechos humanos producidos por la OPS/OMS para revisar y/o formular las leyes, las políticas y los planes que hacen avanzar la salud y reducen las brechas en la equidad de salud y la discriminación	9	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países y territorios alcanzaron este indicador: BAH, BAR, BOL, COR, DOR, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, NCA, PAR, SAL, SAV, SCN, TRT y VEN.</p> <p>Cabe destacar que JAM incorporó las normas de derechos humanos en un proyecto de ley nacional sobre salud mental, al igual que las Islas Caimán; BAH finalizó la reforma de su ley nacional sobre tabaquismo basada en los derechos humanos y el CMCT; VEN incluyó criterios similares en su ley sobre la infección por el VIH; y COR incorporó normas y estándares de derechos humanos en su ley nacional sobre la inseminación <i>in vitro</i> mediante un proceso de colaboración técnica entre la OPS y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.</p>				

<b>RPR 7.5: Se habrá incorporado tanto el análisis de género como las medidas eficaces en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

82. La Oficina logró avances importantes en la integración de los temas de género en las actividades relacionadas con la salud. La estrategia para colaborar estrechamente con los ministros de salud, las organizaciones de mujeres y la sociedad civil dentro de los países, unida a los procesos de integración subregional y al trabajo interno de la Oficina dio buenos resultados. Estos logros fueron bien documentados en un informe de vigilancia de mediano término elaborado en colaboración con los países y que fue sometido a la consideración de la Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP28/INF/3 [2012]). No obstante, el progreso ha sido desigual y los países están de acuerdo en que es necesario que las

iniciativas presupuestarias de los ministerios de salud sean más fuertes y sostenibles a fin de consolidar los esfuerzos más allá de los ODM. La igualdad de género y la equidad son pilares esenciales para la salud y el desarrollo a los niveles mundial, regional y nacional. La Oficina ha impulsado el proceso para conseguir que el nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se fundamente en un enfoque transversal para abordar estos temas. La Oficina también brindó apoyo al aumento de las iniciativas de formación de capacidad con los países, que se integraron plenamente en el Campus Virtual mediante cursos cortos en línea con instructor o de autoaprendizaje en los temas de género y salud dentro de un marco de diversidad y derechos humanos. En el futuro deben aceptarse las necesidades y las expresiones de la identidad de género en evolución para promover y lograr verdaderamente la equidad de género en materia de salud (resolución CD52.R6 [2013] sobre las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.5.1	Número de países que han ejecutado planes para avanzar en la incorporación de las cuestiones de género en el sector salud	0	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>33 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SUR, TRT, URU y VEN</p> <p>El nivel de progreso de los países ha sido variable en cuanto a la integración de las perspectivas de género en la salud (evaluado en un informe de vigilancia de 36 países presentado al Consejo Directivo), según se refleja en los cursos de capacitación y programas de estudio, en las políticas de género en salud, nueva legislación, informes que presentan estadísticas desglosadas por sexo, presupuestos, comisiones nacionales para promover la vigilancia de género, observatorios de género, mejores prácticas de integración de la perspectiva de género, etc. En el siguiente enlace puede consultarse más información: <a href="#">Vigilancia del plan de acción de igualdad de género de la OPS: informe provisional 2009-2011.</a></p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.5.2	Número de herramientas y documentos de orientación elaborados o actualizados por la Oficina Sanitaria Panamericana para incluir la igualdad de género en el análisis, la programación, el monitoreo o la investigación en materia de salud	8	28	Sí
<p>Observaciones: se generaron 30 documentos.</p> <p>Algunos ejemplos de estos documentos de orientación, regionales, subregionales y nacionales, incluyen materiales didácticos sobre género y salud, folletos estadísticos, perfiles de género y salud, experiencias con mejores prácticas en integración de la perspectiva de género en salud, notas descriptivas sobre temas de género y salud y estudios específicos sobre género y salud (por ejemplo, tratamiento de la diabetes en TRT y actividad física en niñas de edad escolar en NIC).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.5.3	Número de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que incluyen la perspectiva de género en sus análisis de situación, planes o mecanismos de monitoreo	3	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 entidades incluían perspectivas de género en sus análisis de situación, planes o mecanismos de vigilancia.</p> <p>Se estableció la colaboración técnica con entidades regionales y se han llevado a cabo actividades de vigilancia. La cooperación está en marcha. Actualmente se hace con las cinco áreas técnicas y las muchas entidades que se encuentran dentro de ellas, entre otras las que tienen funciones habilitadoras (Desarrollo de Recursos Humanos, Planificación y Presupuesto, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones). Este logro es una manera cuantificable de incluir el género en el trabajo normativo de la OPS (integración) con los Estados Miembros. Ello supone que los planes de trabajo bienales incluyen análisis en materia de género en sus análisis de la situación y que se han diseñado productos y servicios específicos para abordar actividades de integración de la perspectiva de género (desglose de datos, capacitación, género y perfiles de salud, etc.). Treinta y tres entidades de país también forman parte de este esfuerzo.</p>				

<b>RPR 7.6: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas con los interesados directos y los asociados pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y poblaciones étnico/raciales</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR alcanzadas)

83. Los países han avanzado extraordinariamente al impulsar el programa para proteger y promover la salud y los derechos humanos de los pueblos indígenas, las personas de ascendencia africana y otros grupos étnicos y raciales. En el transcurso del período, la salud intercultural se convirtió en un programa más fuerte en la Región, con la participación de ministerios, grupos interinstitucionales, la sociedad civil y líderes de los grupos étnicos y raciales. Dentro de la Oficina hay necesidad de unificar aun más el marco para la cooperación técnica en todos los grupos étnicos y raciales. Un documento especial con orientación sobre la salud intercultural se consolidará en el 2014. Un área de trabajo en curso para los países y la Oficina es la generación, análisis y utilización de los datos relacionados con la salud con el desglose apropiado por etnicidad. Por último, todo el trabajo en esta área debe fortalecer la participación de los grupos y los líderes étnicos y raciales.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.6.1	Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas	3/21	19/21	Sí

<p>Observaciones:                  20 países y territorios alcanzaron este indicador. ARG, BRA, BLZ, BOL, CHI, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER y VEN.</p> <p>Durante el 2008-2013, las iniciativas de país para integrar la salud de los indígenas en la programación nacional se centraron en muchos casos en proyectos de salud específicos que incluían a los pueblos indígenas. Estas iniciativas han abierto el camino para varias respuestas nacionales, incluida la creación de oficinas, designación de los técnicos, y formulación de políticas y planes de salud. Dentro de la Oficina, el compromiso renovado con la resolución CD47.R18, del 2006, incluía un cambio estructural para ubicar la cooperación técnica en la Oficina de Género y Etnicidad, con mayor énfasis en la formulación de políticas.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.6.2	Número de países que incluyen variables étnicas en sus sistemas de información sobre salud	3	15	Sí

<p>Observaciones:                  18 países alcanzaron este indicador: 10 países (ARG, BOL, ECU, GUT, GUY, MEX, PAR, PAN, PER y VEN) han integrado plenamente las variables étnicas en sus sistemas de información sobre salud, mientras que 8 (BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, COL, HON y USA) han emprendido esfuerzos para alcanzar este indicador.</p> <p>Muy pocos países habían generado respuestas nacionales para incluir la variable de etnicidad en los sistemas de información sobre salud. Sin embargo, muchos países generan informes especiales sobre enfermedades específicas desglosadas por grupos étnicos y raciales.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
7.6.3	Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de grupos étnicos/raciales específicos	10	16	Sí

<p>Observaciones:                  16 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, COL, CHI, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, MEX, NIC, PAN, PER y USA.</p> <p>La atención especial prestada a la programación sobre salud étnica y racial se ha beneficiado del marco de la Cumbre Mundial de las personas de ascendencia africana, celebrada en Honduras en el 2011. Aunque la cooperación técnica para los pueblos indígenas asigna mucha importancia a los modelos interculturales de salud, esta no es una prioridad establecida para las personas de ascendencia africana. Sin embargo, hay una agenda clara para las políticas incluyentes que respetan el patrimonio cultural y la identidad, así como la eliminación de la discriminación racial.</p>
---

<b>OE8: 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</b>					Alcanzado plenamente <sup>17</sup> (100% de las metas del indicador alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>18</sup>	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6

**Panorama presupuestario del OE8**

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
75,2	37,2	24,0	61,3	91%	81%

**Evaluación programática del OE8**

84. El OE8 incluye respuestas a varios de los mandatos, diversas estrategias, planes de acción y proyectos de la OPS encaminados a la promoción de un ambiente más saludable mediante la intensificación de la prevención primaria y de los programas para abordar las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud, además de fortalecer y mejorar el desarrollo sostenible. Durante el período considerado, la Oficina, en estrecha colaboración con la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, entre otros, CEPAL, OIT, PNUD y PNUMA, promovió sistemáticamente esta causa a nivel regional; participó en actividades conjuntas y brindó apoyo a los países que emprendieron esfuerzos intersectoriales importantes a fin de facilitar el logro de los resultados previstos regionales en salud pública y el ambiente. Esta colaboración es clave, ya que el OE8 depende de las medidas tomadas por otros sectores, como ambiente, agricultura, agua, energía, transporte, planificación urbana, el sector privado y la sociedad civil.

85. La Oficina apoyó a los países en la ejecución de las directrices, como las de los Planes de seguridad del agua y las Guías de la OMS para la Calidad del Agua Potable, con lo cual contribuyó al logro del ODM 7 y a la eliminación de enfermedades transmitidas por el agua. También participó en la formulación de las nuevas directrices de la OMS sobre la calidad del aire y sentó las bases para su aplicación en la Región. La Oficina, junto con los centros colaboradores, se centró en brindar apoyo a los países para promover actividades en entornos específicos y poblaciones vulnerables, encabezando iniciativas como protección de la salud de los trabajadores, salud ambiental de los niños, salud de los consumidores y eliminación del trabajo de los niños, entre otras cosas, con miras a optimizar el uso de los recursos mediante acciones integradas por el sector de la salud.

86. Otros resultados importantes tuvieron como finalidad fortalecer la formulación de políticas ocupacionales y de salud ambiental. Se hicieron intervenciones en materia de salud de los trabajadores, con la organización en la Región del Grupo Interinstitucional sobre el Trabajo Infantil, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo; inclusión de un plan de acción sobre la salud y el bienestar de los trabajadores en el programa de la Conferencia Interamericana de los Ministros del Trabajo, patrocinada por la Organización de los Estados Americanos; puesta en práctica de iniciativas para proteger la salud del personal de salud en 19 países; y elaboración de una hoja de ruta para prevenir los cánceres ocupacionales en cinco países.

<sup>17</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>18</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

87. A fin de atender la necesidad de liderazgo del sector de la salud para influir en otras políticas públicas, en particular en los entornos urbanos, el 51.º Consejo Directivo aprobó la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* (resolución CD51.R4), que establece la evaluación de los efectos sobre la salud y la utilización de actividades sectoriales que no sean de salud para mejorar la salud. La Organización promovió la puesta en práctica del Plan a través de los foros regionales sobre salud urbana.

88. La evaluación del progreso en la Región según el Programa 21, promovido por la OPS, subrayó que el sector de la salud ocupa una posición de liderazgo para efectuar una contribución sustancial hacia el logro del futuro que queremos, según se estipuló en la Declaración de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20).

89. Para aplicar la Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático, aprobada por los Estados Miembros de la OPS mediante la resolución CD51.R15 del 51.º Consejo Directivo, se elaboró una guía mundial de vulnerabilidad, que contribuirá a que los países evalúen su situación mientras se preparan para poner en práctica las medidas establecidas en el Plan de acción.

90. La Organización colaboró estrechamente con la sede de la OMS y la Oficina Regional de la OMS para África en la formulación de un marco sobre la diversidad biológica y la salud, similar al alcance regional de la colaboración establecida para la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica de las Naciones Unidas.

91. En respuesta a la exhortación de las Naciones Unidas en el área de la seguridad humana, la OPS, en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, preparó un documento de exposición de conceptos que se le presentó al Consejo Directivo (documento CD50/17 y resolución CD50.R16). Además, en colaboración con el Gobierno del Japón, elaboró un marco de acción para atender a las poblaciones que se encuentran en condiciones sociales y ambientales de suma vulnerabilidad.

92. La OPS, junto con los gobiernos de Colombia y Uruguay, se unió a la alianza mundial y a la iniciativa regional para incluir por primera vez en una convención química internacional, el Convenio de Minamata sobre el mercurio, un objetivo específico de salud pública dirigido a mejorar la seguridad química en la Región.

### **Principales logros con respecto al OE8**

- a) Cumplimiento de la meta del ODM 7 acerca del acceso a servicios mejorados de agua potable (94% en el 2012).
- b) Aprobación y ejecución de una *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático* (51.º Consejo Directivo).
- c) Inclusión de la salud en la declaración final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20), con 17 países que participaron en una evaluación regional del progreso alcanzado por los países, según el Programa 21 hacia Río+20.
- d) Inclusión de un artículo específico sobre la salud en el Convenio de Minamata sobre el mercurio, aprobado recientemente, para fortalecer la participación del sector de la salud en la aplicación del convenio, en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).
- e) Adopción de una estrategia para fortalecer el tema de la salud dentro del enfoque estratégico a la gestión de los productos químicos a nivel internacional.

- f) Establecimiento del Grupo Interinstitucional sobre el Trabajo Infantil, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo y otros nueve organismos que trabajan en los países del continente americano, para eliminar el trabajo doméstico de los niños en la Región.
- g) Ejecución de planes sobre seguridad del agua y adopción de las Guías de la OMS para la Calidad del Agua Potable en 25 países, lo que abarca la participación en la elaboración y administración de las encuestas de la OMS sobre el agua y el saneamiento como parte del análisis y la evaluación mundial del saneamiento y el agua potable (GLAAS), en 17 países.
- h) Finalización de un proceso de alcance regional para examinar y actualizar el marco de cooperación técnica en materia de agua y saneamiento en la Región, lo que generó una serie de publicaciones sobre nuevos paradigmas para las Américas, iniciativas para abordar los derechos humanos en el área del agua y saneamiento y medidas para abordar el agua y el saneamiento en casos de desastres y emergencias.
- i) Ejecución de la iniciativa de salud ambiental de los niños en la Región mediante la generación de conocimientos sobre la situación y los retos identificados por el Atlas de la salud de los niños y el medioambiente en las Américas.
- j) Formulación y ejecución de un programa para la capacitación virtual sobre evaluación de la salud pública en depósitos de desechos peligrosos en Brasil, México, Paraguay y países centroamericanos para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en cuestiones de salud pública y medioambiente (disponible en portugués y español).

**Principales retos con respecto al OE8**

- a) Movilización de los recursos financieros y humanos necesarios para ejecutar la cláusula de la convención sobre el uso de mercurio en el sector de la salud.
- b) Formulación de un marco adecuado de cooperación técnica sobre la migración y la salud, en el que se incorporen los conceptos de cobertura universal de salud y equidad en salud.
- c) Disponibilidad insuficiente de las herramientas y la capacidad institucional de vigilancia y análisis de las desigualdades en la exposición a los riesgos ambientales y ocupacionales.
- d) Capacidad y recursos limitados para permitirles a las autoridades nacionales de salud de la Región ejecutar y fortalecer una estrategia de salud sobre el ambiente y la salud ocupacional, que abarque la seguridad química.
- e) Falta de concientización nacional acerca de la utilización y aplicación del concepto de las Naciones Unidas sobre la seguridad humana en los programas de salud centrados en el desarrollo sostenible.
- f) Ausencia de un modelo de indicadores compuestos para vigilar el desarrollo sostenible y la salud basados en los indicadores básicos de la OPS.
- g) Debilidad de la integración intersectorial a nivel de país para aumentar la concientización y poner en práctica las directrices sobre la calidad del aire de la OMS a fin de abordar sistemáticamente la contaminación del aire en la Región.
- h) Participación limitada por el sector de la salud a nivel nacional en la formulación de los objetivos de desarrollo sostenibles que se incorporarán en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 de las Naciones Unidas y en un proceso del grupo de trabajo de composición abierta.
- i) Falta de puesta en práctica por el sector de la salud de las iniciativas encaminadas a disminuir la huella de carbono, como la política de la OMS sobre un sector de la salud más ecológico.
- j) Respuesta limitada de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos acerca de problemas asociados con los determinantes sociales y ambientales de la salud.



### **Enseñanzas extraídas del OE8**

- a) El liderazgo regional puede ser muy eficaz para contribuir a un proceso mundial cuando está alineado con la OMS, los países y la colaboración interinstitucional.
- b) El uso de herramientas virtuales para los seminarios por internet, con traducción simultánea, resultó ser sumamente eficaz, no solo como herramienta de comunicación sino también como un medio de prestación de la cooperación técnica. Este método ya está incorporado en la práctica general de la OPS para el intercambio conocimientos, con lo cual se asegura un alcance regional y una comunicación más amplia.
- c) La forja de alianzas nuevas fuera de los “asociados tradicionales” ha resultado una opción muy eficaz para ejecutar las políticas de la OPS relacionadas con otros sectores.
- d) La movilización de los centros colaboradores ha resultado una manera eficaz para incorporar la evidencia científica en el plan de trabajo de la OPS, así como para prestar cooperación técnica y hacer participar a otros sectores en la ejecución del Plan Estratégico.

### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

#### **Indicador 1 del OE8: Porcentaje de poblaciones urbanas y rurales con acceso a mejores fuentes de agua en la Región.**

**Línea de base:** 95% de las poblaciones urbanas y 69% de las poblaciones rurales en el 2002

**Meta:** 96% de las poblaciones urbanas y 77% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio)

Según datos del informe de la OMS, *Progresos en materia de agua y saneamiento: informe de actualización 2013*, a fines del 2011 la cobertura en las zonas urbanas era de 97%; de 82% en las zonas rurales, mientras que la cobertura general era de 97%; por lo tanto, se alcanzó la meta.

#### **Indicador 2 del OE8: Porcentaje de poblaciones urbanas y rurales con acceso a saneamiento mejorado en la Región**

**Línea de base:** 84% de las poblaciones urbanas y 44% de las poblaciones rurales en el 2002

**Meta:** 90% de las poblaciones urbanas y 48% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio)

Según los datos del informe de la OMS, *Progresos en materia de agua y saneamiento: informe de actualización 2013*, a fines del 2011 la cobertura en las zonas urbanas era de 94%, de 62% en las zonas rurales, mientras que la cobertura general era 88%. Por lo tanto, se alcanzó la meta.

#### **Indicador 3 del OE8: Número de países que ejecutan planes nacionales de salud de los trabajadores (basado en el *Plan de Acción Mundial de la OMS – 2007: Salud de los Trabajadores*)**

**Línea de base:** 10 países en el 2007

**Meta:** 20 países para el 2013

Se han ejecutado planes nacionales para poner en práctica varias iniciativas importantes sobre la salud de los trabajadores en Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Las iniciativas incluían protección del personal de salud, prevención de lesiones por pinchazos de agujas, vacunación contra la hepatitis B, prevención de enfermedades ocupacionales (incluida la silicosis, enfermedades relacionadas con el asbesto, cáncer ocupacional, trastornos osteomusculares y enfermedades mentales relacionadas con el trabajo), además de medidas para abordar las condiciones de trabajo en sectores de alto riesgo (sector informal, servicios de salud, minería, agricultura). Se llevó a cabo el fortalecimiento de la práctica de las ciencias de la salud ocupacional con asociaciones regionales y de los países de higienistas industriales, ergónomos y médicos

ocupacionales con la finalidad de hacer más visible la carga de las enfermedades ocupacionales y promover actividades fuertes para prevenirlas. Se alcanzó la meta.

**Indicador 4 del OE8: Número de países que tienen centros de información toxicológica**

**Línea de base:** 14 países en el 2006

**Meta:** 24 países para el 2013

Las iniciativas subregionales incluían una propuesta centroamericana de una red de centros de información de toxicología (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá); fortalecimiento de la función de los centros de información de toxicología en las situaciones de emergencia química (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Martinica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago e Islas Turcas y Caicos); y la formación de capacidad mediante un curso de repaso en línea sobre la intoxicación aguda por plaguicidas (Argentina, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Uruguay). Se alcanzó la meta.

**Indicador 5 del OE8: Reducción del factor atribuible a causas ambientales de la carga de las enfermedades diarreicas entre los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad**

**Línea de base:** 94% en el 2002 (estimado)

**Meta:** 84% para el 2013 (Método para evaluación de la carga de morbilidad ambiental, elaborado por la OMS, medida por factores atribuibles expresados en años de vida ajustados en función de la discapacidad)

Debido a que la OMS no ha actualizado sus cálculos mundiales de la carga de morbilidad ambiental, que generaron la cifra (línea de base) de 94% una cifra promedio general para los países en desarrollo, sin estos cálculos solo podemos suponer que ocurrió una reducción de al menos 84% como la fracción atribuible para la carga de enfermedades diarreicas sobre la base de la siguiente información:

- Según se observó para el indicador 1 del OE8, la proporción de población con acceso mejorado al agua fue de 95% en las zonas urbanas y de 69% en las zonas rurales en el 2002 y pasó a 97% en las zonas urbanas y a 82% en zonas rurales en el 2011. Esta cifra es mayor (mejor) que la meta para el 2013.
- Según se observó para el indicador 2 del OE8, la proporción de la población con acceso al saneamiento mejorado fue de 84% en las zonas urbanas y 44% en las zonas rurales en el 2002 y pasó al 94% en las zonas urbanas y a 62% en las zonas rurales. Ambas cifras son mayores (mejores) que la meta para el 2013.
- Si se supone que la mayoría de la fracción ambiental de las enfermedades diarreicas se relaciona con el acceso al agua y al saneamiento, y que estas dos últimas metas se alcanzaron y se superaron, también puede suponerse que la meta para el indicador 5 del OE8 se logró o se superó.
- Las defunciones por enfermedad diarreica en los niños de 1 a 59 meses de edad descendieron de 27.600 en el 2002 a 9.940 en el 2011, lo que equivale a una reducción de 64%. Dicho esto, la mortalidad por enfermedad diarreica representaba solo 7% de todas las causas de mortalidad en los niños menores de 5 años en el 2002 y solo 4% en el 2011. La fracción grande atribuida al ambiente unida a la reducción considerable en las defunciones durante el período, refuerza la conclusión de que la reducción observada se relaciona con cambios ambientales. La fracción exacta solo se conocerá cuando la OMS haga una evaluación integral futura de los factores de riesgo.

**Indicador 6 del OE8: Número de políticas de salud ambiental sobre sustancias químicas, calidad del aire y agua potable adoptadas por los países de la Región**

**Línea de base:** 11, 7, 13, respectivamente, en el 2007

**Meta:** 20, 12, 20, respectivamente, para el 2013

Veinte países tienen un marco jurídico para los plaguicidas, con diferencias en cuanto a la protección de la salud pública. Diez países tienen programas nacionales de calidad del aire, pero la mayoría de los Estados Miembros no siguen las Directrices de Calidad del Aire de la OMS acerca de la exposición anual promedio

a la fracción inhalable de contaminación del aire. México está examinando su legislación vigente a este respecto. Quince países han incluido el derecho al agua en sus leyes nacionales. Ocho países que tienen fronteras comunes en la región amazónica han recibido apoyo de la OPS para armonizar, diagnosticar y vigilar los sistemas de intoxicación por mercurio en la región amazónica. Se presentó al Consejo Directivo un informe de progreso sobre el Plan de acción regional de la OPS sobre salud de los trabajadores, que abarca el estado de salud de los trabajadores en los países del continente americano y el progreso en la ejecución del plan en 25 países.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 8.1: Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ejemplo, calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales)</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR)

93. Este RPR se logró como resultado del compromiso de los Estados Miembros y de los responsables de la cooperación técnica de la Oficina para enfrentar los riesgos prioritarios para la salud ambiental y llevar a la práctica los acuerdos internacionales sobre la salud ambiental y ocupacional. Se consolidó la sensibilización sobre los programas de salud ambiental y ocupacional en la Región, pero hay diferencias grandes en cuanto a la capacidad para ejecutar estrategias, planes de acción y programas nacionales de salud ambiental y ocupacional. La evaluación que se hizo para actualizar la información sobre la contaminación del aire indica la necesidad de fortalecer el trabajo en esta área.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.1.1	Número de evaluaciones nuevas o actualizadas de los riesgos ambientales o de la carga de enfermedad por causas ambientales realizadas anualmente	2	7	Sí
Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hicieron seis sesiones de capacitación sobre evaluación de los riesgos para la salud pública de los depósitos de desechos peligrosos en BRA, CHI, COL, ECU, GUY y VEN.</li> <li>• Se evaluaron los riesgos para la salud pública en GUT.</li> <li>• Se efectuó una evaluación de riesgos de alcance regional sobre los niveles de plomo en niños en América Latina y el Caribe.</li> <li>• Se llevó a cabo una evaluación de riesgos de alcance regional sobre el uso de la biomasa para la cocina y la calefacción.</li> <li>• Se evaluaron los riesgos asociados con el manejo de los plaguicidas.</li> <li>• Se actualizó la información regional sobre la carga de morbilidad ambiental en la contaminación del aire en la base de datos sobre la carga mundial de morbilidad atribuible a la contaminación del aire.</li> </ul>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007:	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.1.2	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución es apoyada por la Oficina Sanitaria Panamericana	5	6	Sí

Observaciones:  
 Se alcanzó la meta con el apoyo a seis acuerdos sobre el medioambiente. La OPS brindó apoyo a los siguientes acuerdos sobre la salud ambiental a nivel subregional: en Centroamérica, la Estrategia regional de saneamiento del Foro de Centroamérica y República Dominicana de agua potable y saneamiento y la Reunión de Centroamérica y la República Dominicana sobre la salud, a través de SICA; en BRA, el Convenio sobre Diversidad Biológica; y en ARG, HON, PER y SUR, la Alianza mundial para eliminar el plomo en la pintura. La Región de las Américas tuvo el mayor número de representantes de salud (ANI, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, DOM, ECU, HON, NIC, SAL, SAV, SUR y URU) en la 3.<sup>a</sup> Conferencia internacional sobre la gestión de los productos químicos (SAICM) celebrada en Nairobi en el 2012; en esta reunión se aprobó la estrategia para fortalecer la participación del sector de la salud en la aplicación del método estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional.

Los ministros de salud del MERCOSUR declararon su compromiso con las medidas proactivas de fortalecimiento de la función del sector de la salud en la seguridad química para la aplicación de los convenios multilaterales sobre el medioambiente.

La Región de las Américas logró incluir un capítulo acerca de la salud en el Convenio de Minamata sobre el mercurio, que incorporaba contribuciones de la Oficina y los Estados Miembros al análisis que apoyaba la propuesta.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.1.3	Número de países que aplican normas, lineamientos o directrices de la OMS sobre salud ocupacional o ambiental	13	24	Sí

Observaciones:  
 25 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU y VEN.

Se presentó al Consejo Directivo un informe de progreso sobre el cumplimiento del *Plan regional de acción sobre la salud de los trabajadores* y un informe sobre el estado de la salud de los trabajadores de la Región de las Américas se presentó en la Conferencia Interamericana de los Ministros del Trabajo. Como resultado de estas intervenciones, las actividades para darle mayor visibilidad al tema y para mejorar la notificación y el diagnóstico de las enfermedades ocupacionales serán llevadas a cabo conjuntamente por los ministerios de salud y del trabajo de la Región.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.1.4	Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua potable hacia el cumplimiento del ODM 7	6	14	Sí

Observaciones:  
 25 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, SAV, SUR, TRT y URU.

25 países promovieron las directrices de la OMS hacia el cumplimiento de los ODM. Se adoptó un método para los planes de seguridad del agua y se ejecutaron proyectos piloto a nivel local en ARG, GRA, MEX y PAR.

En BRA, ECU, PAN y SAV se promovió el fortalecimiento institucional y la gobernanza del sector de agua y saneamiento. En BRA se mejoró la supervisión y la vigilancia del agua a nivel local. Las directrices de calidad del agua se promovieron en ABM, ANI, BOL, ELS y GUY. BLZ finalizó la revisión de sus directrices de agua potable. En ECU entraron en vigor los reglamentos para el manejo de la calidad del agua. HAI promovió nuevas directrices de agua y saneamiento y mecanismos de vigilancia, creó un grupo de funcionarios de sanidad, y se promovió la higiene en los centros de salud. Catorce países llevaron a cabo las encuestas de la OMS sobre el agua y el saneamiento (GLAAS).

<b>RPR 8.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ejemplo, niños y adultos mayores)</b>	Alcanzado plenamente
--	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

94. Se prestó cooperación técnica para apoyar varias iniciativas en diversos campos: vivienda saludable, seguridad del agua y saneamiento, salud de los trabajadores (con un plan de acción), participación comunitaria y poblaciones vulnerables (trabajo doméstico de los niños) a través del Grupo Interinstitucional sobre el Trabajo Infantil, protección del personal de salud de lesiones por pinchazos de agujas, prevención de la hepatitis B, prevención de cánceres ocupacionales y ambientales. Las iniciativas ya están funcionando en siete países y pronto se extenderán a toda la Región. Además, se emprendieron actividades con ministerios de salud y organismos de vigilancia de la salud pública para concientizar acerca de la salud del consumidor.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.2.1	Número de países que han puesto en marcha las intervenciones de prevención primaria para la reducción de los riesgos ambientales para la salud en el lugar de trabajo, el hogar o zonas urbanas	4	10	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>19 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT, URU y VEN.</p> <p>La mayoría de los países alcanzaron sus metas relacionadas con los vertederos sanitarios, vivienda, agua, y saneamiento en los lugares de trabajo y entornos de atención de salud. Las actividades destinadas a concientizar acerca de la repercusión de los productos peligrosos en la salud del consumidor con participación de los ministerios de salud y de organismos de vigilancia de la salud pública se iniciaron a través de la Red Consumo Seguro y Salud, de la OEA y la OPS.</p>				

<b>RPR 8.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia</b>	Alcanzado plenamente
---	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

95. Treinta y dos países de la Región formularon o fortalecieron las políticas y los programas relacionados con la salud ocupacional o ambiental. El apoyo de los centros colaboradores ha sido esencial para este logro. Aunque se alcanzaron las metas, el nivel del logro es variable entre los países. Los resultados muestran que hubo progreso significativo y voluntad de los Estados Miembros para avanzar en la ejecución de las políticas y los programas ambientales y ocupacionales.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.3.1	Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia	10	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, BAH, BOL, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAR, PER y TRT.</p> <p>Los Estados Miembros recibieron apoyo técnico en las siguientes áreas: capacitación en la formulación de planes de salud de los trabajadores; capacitación en evaluación de riesgos para la salud pública de los depósitos de desechos peligrosos; capacitación en análisis de la situación de los plaguicidas usados en salud pública y la seguridad química; evaluación de riesgos para la salud pública de la quema de residuos sólidos que contiene neumáticos en Barbados; desarrollo de un proyecto de SAICM en Bahamas; formulación de planes nacionales sobre plaguicidas; y formulación del plan para la eliminación del cólera en la isla La Española.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.3.2	Número de organizaciones nacionales o centros colaboradores o de referencia que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales	2	6	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Este indicador se alcanzó plenamente. La red de centros colaboradores de la OPS sobre salud ocupacional tiene alcance regional, con 20 centros colaboradores activos. De este número, 15 son centros designados (2 BRA, 4 CAN, 1 CHI, 1 COR, 1 CUB, 1 GRA y 5 USA); 5 son instituciones postuladas que colaboran actualmente con la OPS (1 CHI, 1 COL, 2 MEX y 1 PER). Tres dejaron de colaborar: 1 CAN y 2 USA. Las actividades de la red de salud ocupacional dieron resultados excelentes para los planes de acción de la OPS/OMS. Se celebró una reunión mundial de centros colaboradores en México (2012) y dos reuniones de centros colaboradores de la OPS, una en Carolina del Norte (USA, 2011) y la otra en Rio de Janeiro (BRA, 2013). Las contribuciones y el seguimiento de los centros generaron varias actividades y resultados concretos: protección del personal de salud en 20 países, programas para erradicar la silicosis en cinco países, aumento de la concientización acerca de la epidemia silenciosa de enfermedades ocupacionales regionales, intensificación de la iniciativa para</p>				

prevenir el cáncer ocupacional, discusiones con los sectores informales y de minería para abordar y mejorar las condiciones de trabajo, entre otros.

**RPR 8.4: Se contará con guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar el impacto en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en otros sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

96. La OPS encabezó y orientó el trabajo técnico intersectorial para incorporar y promover un enfoque integrado, corporativo y logístico hacia la resolución de problemas complejos. La Declaración de la coalición regional sobre agua y saneamiento para eliminar el cólera en la isla La Española fue firmada por 16 organismos de diferentes sectores, como ministerios y departamentos de obras públicas, la Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento de Haití (DINEPA), entre otros. Se preparó un resumen de política sobre el agua y el saneamiento para promover este derecho humano fundamental con las universidades, los centros y las instituciones de justicia y derechos humanos. Este documento destaca la necesidad de que los países aprueben leyes, normas y procedimientos para asegurar el agua y el saneamiento para todos. El examen regional sobre el uso de los plaguicidas en el sector de la salud ha conducido a nuevas modalidades de interacción entre el sector de la salud y los proveedores de los plaguicidas para aumentar la seguridad química. El análisis que surge de GLAAS también ayudó a determinar los motivos de las disparidades en el acceso al agua y el saneamiento entre diferentes países, comunidades y grupos de ingresos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.4.1	Número de iniciativas regionales, subregionales y nacionales ejecutadas en otros sectores que toman en cuenta la salud, con apoyo técnico y logístico de la Oficina Sanitaria Panamericana	2	4	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se llevaron a la práctica cinco iniciativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La Iniciativa de la coalición regional sobre agua y saneamiento para eliminar el cólera en la isla La Española estuvo muy activa, al pasar del control del cólera a la eliminación del cólera mediante inversiones esenciales en el agua, el saneamiento y la infraestructura de higiene.</li> <li>2) La Iniciativa de vivienda saludable promovió una red regional que incluía universidades, centros colaboradores de la OMS, municipios y ministerios de educación. Esta iniciativa fue fortalecida por la OPS mediante seminarios por internet y varias reuniones como el 9.º seminario bial sobre Salud en la Vivienda, celebrado en Rio de Janeiro.</li> <li>3) La Iniciativa Urban HEART se puso en práctica en Colombia (Bosa, Barranquilla y Bogotá) y en Brasil (Porto Alegre y Vila Restinga). La OPS brindó apoyo a la aplicación de una metodología de métodos de medición y gobernanza para identificar las brechas y las oportunidades en el abordaje de las desigualdades de salud.</li> <li>4) Se preparó un resumen de la política regional sobre el agua, el saneamiento y los derechos humanos a fin de establecer vínculos entre el agua para el consumo humano, el saneamiento básico, la salud pública y los derechos humanos.</li> <li>5) En la Región se llevó a cabo un examen regional sobre el uso seguro de los plaguicidas para la salud pública y los resultados se trataron con los Estados Miembros.</li> </ol>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.4.2	Número de guías y herramientas de la OPS/OMS producidas intersectorialmente para la protección de la salud ambiental mundial	0	4	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se produjeron cuatro herramientas y directrices:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Las directrices de la OMS sobre la evaluación de la necesidad de notificación y control de los plaguicidas usados en salud pública fueron traducidas al español y se utilizaron en ECU y GUT.</li> <li>2) Se elaboró un cuestionario sobre la situación de la legislación y el manejo de los plaguicidas de salud pública a nivel mundial y se utilizó para la evaluación de riesgos en 32 países de la Región (informe publicado).</li> <li>3) En 25 países se han aplicado los planes de seguridad del agua y las Directrices de la OMS sobre el Agua Potable.</li> <li>4) Se elaboraron encuestas de la OMS sobre agua y saneamiento (GLAAS) con miras a promover nuevas políticas sobre el agua y el saneamiento.</li> </ol>				

<p><b>RPR 8.5: Se habrá reforzado el liderazgo del sector salud para promover un entorno más sano 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, respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, otros cambios ambientales mundiales y las pautas de producción y consumo</b></p>	<p>Alcanzado plenamente</p>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

97. Entre los logros más significativos se encuentran el apoyo de la OPS al liderazgo general del sector de la salud al contribuir a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20). Este liderazgo del sector de la salud se ejerció basado en los acuerdos alcanzados en varias reuniones preparatorias e informes regionales que se comunicaron a los representantes de relaciones exteriores responsables de la Declaración de Río+20. Además, el sector de la salud efectuó contribuciones importantes a la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. En particular, la interacción entre el sector ambiental y el sector de la salud dio lugar a una contribución mejorada hacia una mayor inclusión de la salud en el Convenio de Minamata sobre el mercurio y el Convenio sobre la Diversidad Biológica, ambos de las Naciones Unidas, en colaboración con el sector del trabajo, el sector de la salud ha podido emprender actividades conjuntas por conducto del Grupo Interinstitucional para la Eliminación del Trabajo Infantil.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007:	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.5.1	Número de foros periódicos de alto nivel sobre salud y ambiente organizados para instancias normativas regionales e interesados directos que son apoyados por la Oficina Sanitaria Panamericana	1	4	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se superó la meta, con el apoyo de la Oficina, a través de los siguientes nueve foros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio de Janeiro, del 20 al 22 de junio del 2012).</li> </ol>				



- 2) Reunión regional de directores de los centros colaboradores de la OMS (Rio de Janeiro, Brasil, noviembre del 2013).
- 3) II Seminario internacional sobre cambio climático y salud (ciudad de México, 5 y 6 de septiembre del 2013), con el PNUMA, para examinar los avances en la ejecución de la estrategia sobre cambio climático y salud.
- 4) Taller regional sobre interrelaciones entre la salud humana y biodiversidad en las Américas, (Manaos, del 4 al 7 de septiembre del 2012), con la secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica.
- 5) Cuarta reunión regional de América Latina y el Caribe sobre el método estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (SAICM) y consultas relacionadas (ciudad de México, del 19 al 22 de agosto del 2013).
- 6) Segundo foro mundial sobre extracción de oro artesanal y en pequeña escala (Lima, del 3 al 5 de septiembre del 2013).
- 7) Taller regional para introducir la evaluación del impacto en la salud en los Institutos Nacionales de Salud peruanos y chilenos (2013).
- 8) III Conferencia Mundial sobre el Trabajo Infantil (Brasilia, del 8 al 10 de octubre del 2013).
- 9) Participación en la 18.<sup>a</sup> Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo (IACML) de la Organización de los Estados Americanos (Medellín, 11 y 12 de noviembre del 2013), a fin de incluir actividades para proteger la salud de los trabajadores.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.5.2	Número de informes quinquenales corrientes sobre salud ambiental emitidos por la Oficina Sanitaria Panamericana, que incluyen los factores impulsores y las tendencias clave de la salud y sus implicaciones	1	2	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>La meta se superó con los siguientes tres informes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) OPS. Medioambiente y seguridad humana, en <i>Salud en las Américas</i>. Washington, D.C.: OPS, 2012.</li> <li>2) OPS. Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos. Washington, D.C.: OPS, 2013.</li> <li>3) Informe de progreso sobre el Plan regional de salud de los trabajadores, presentado al 52.º Consejo Directivo de la OPS, 2013 (documento CD52/INF/4).</li> </ol>				

**RPR 8.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para el desarrollo de políticas, estrategias y recomendaciones basadas en datos probatorios para identificar, prevenir y abordar problemas de salud pública resultantes del cambio climático**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

98. La estrategia y plan de acción, así como la resolución sobre el cambio climático y la salud aprobada por el 51.º Consejo Directivo de la OPS se han ejecutado gradualmente en los países. El progreso se examinó en un taller regional celebrado en México. Varios países están incluyendo información sobre salud en sus estrategias nacionales de cambio climático. Desde la aprobación de la estrategia, 10 países han presentado informes de conformidad con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y han incluido aspectos de salud relacionados con las repercusiones del cambio climático y la adaptación.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.6.1	Número de estudios o informes sobre los efectos en la salud pública del cambio climático publicados o copublicados por la OPS/OMS, o publicaciones revisadas por pares de autores o instituciones de Latinoamérica y el Caribe	N/C	2	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>La meta se alcanzó plenamente con los siguientes tres estudios e informes sobre el cambio climático y la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de progreso sobre el cambio climático y sus repercusiones en la salud en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay</li> <li>- Proteger la salud frente al cambio climático: vulnerabilidad y evaluación de la adaptación. Se hicieron publicaciones conjuntas de varias ponencias con dos centros colaboradores, FIOCRUZ (BRA) y el NIPH, del Instituto Mexicano de Salud (MEX);</li> <li>- Diez países presentaron sus análisis de los aspectos del cambio climático relacionados con la salud en la reunión de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Otros informes que se publicarán en el 2014 guardan relación con los estudios piloto patrocinados por la OPS acerca de la adaptación al cambio climático.</li> </ul>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
8.6.2	Número de países que han ejecutado planes que permiten al sector salud responder a los efectos del cambio climático sobre la salud	N/C	5	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>15 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, BAR, BOL, BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAN, PER y SAV.</p> <p>Los países informaron sobre su progreso en la ejecución de planes para permitirle al sector de la salud responder a los efectos sobre la salud del cambio climático en una reunión regional celebrada en México (2013). Los resultados de esta reunión se utilizarán en la preparación del informe que se presentará al Consejo Directivo en el 2014.</p>				

<b>OE9: 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</b>					Alcanzado parcialmente <sup>19</sup> (93% de las metas del indicador alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>20</sup>	9.1	9.2	9.3	9.4	9.5	9.6

#### Panorama presupuestario del OE9

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
63,4	33,9	28,4	62,3	95%	98%

#### Evaluación programática del OE9

99. En el transcurso del Plan Estratégico 2008-2013, la OPS prestó cooperación técnica con el fin de mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, en apoyo a la salud pública y al desarrollo sostenible. Se establecieron resultados previstos a nivel regional para crear alianzas, asociaciones y mecanismos de coordinación, promover el liderazgo en los niveles nacional, regional y mundial y estimular las medidas intersectoriales. Se prestó cooperación técnica para formar capacidad en el país para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, promover prácticas apropiadas de alimentación del lactante y niño pequeño, prevenir las carencias de micronutrientes, promover prácticas alimentarias saludables, mejorar el manejo clínico de los pacientes con infección por el VIH, incorporar las intervenciones nutricionales en los planes nacionales de respuesta a las emergencias, fortalecer la vigilancia nutricional y formar capacidad en el país para la investigación operativa.

100. Al igual que otras regiones, la desnutrición crónica, la emaciación, el peso insuficiente y la anemia han descendido desde 1990 en las Región de las Américas. Por otro lado, la obesidad en niños y adolescentes ha alcanzado proporciones epidémicas en las distintas regiones, por lo que muchos países se enfrentan con una carga doble de desnutrición junto con riesgo alto de enfermedades no transmisibles. Aunque la Región ha mostrado avances importantes, hay diferencias notables entre los países y dentro de ellos.

101. Los países han logrado avances considerables en cuanto a la ejecución de las políticas, los programas y las intervenciones nutricionales; sin embargo, se requiere un esfuerzo mayor para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades de salud. La sostenibilidad de los programas y las intervenciones depende de la asignación de los recursos financieros y humanos para la ejecución, supervisión y evaluación.

<sup>19</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>20</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

### **Principales logros con respecto al OE9**

- a) Treinta países han instaurado políticas intersectoriales, marcos legislativos y normativos, mecanismos de coordinación y programas para promover y poner en práctica intervenciones integrales en el área de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria, incluidas las normas acerca de la nutrición e inocuidad de los alimentos y las directrices de los mandatos mundiales y regionales.
- b) Treinta países han aplicado los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS.
- c) La mayoría de los países de la Región han logrado grandes avances al poner en marcha estrategias y programas para promover la lactancia materna, prevenir las carencias de micronutrientes y promover regímenes alimentarios y modos de vida saludables.
- d) Por primera vez desde la introducción de la fiebre aftosa en la Región de las Américas en 1870, han transcurrido 33 meses sin ningún caso notificado. Esto es un logro histórico para el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y para los países de todo el continente.
- e) La Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), que ha estado en funcionamiento desde 1997, ahora tiene 154 laboratorios de análisis de alimentos en 30 países. La Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria incluye todos los laboratorios clínicos de referencia de la Región. La red PulseNet de América Latina y el Caribe recibió el premio de IHRC a la innovación en este tipo de redes correspondiente al 2013 en reconocimiento por el uso innovador de la tecnología para la enseñanza, con el potencial de mejorar considerablemente la funcionalidad de PulseNet en las investigaciones de brotes epidémicos.
- f) Todos los países de América Latina y el Caribe tienen comités nacionales del Codex Alimentarius y están colaborando en forma activa con el Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe (CCLAC, por su sigla en inglés).

### **Principales retos con respecto al OE9**

- a) Algunas cuestiones por resolver incluyen la garantía de la disponibilidad de sistemas y servicios de salud para las poblaciones sin acceso, la distribución de los recursos humanos y económicos, la capacitación del personal, el desarrollo de aptitudes para la planificación y gestión de programas, la compra de los materiales e insumos necesarios para uso por los servicios y el cumplimiento de las recomendaciones.
- b) Aunque la desnutrición aguda no es un problema importante en la Región, periódicamente se observan brotes de este tipo de desnutrición en ciertos grupos de población.
- c) El sobrepeso y la obesidad están aumentando en la Región, la mayor prevalencia se registra en México y Estados Unidos.
- d) Se requieren mayores esfuerzos para incorporar intervenciones nutricionales específicas en el manejo de los pacientes con infección por el VIH y en los planes de respuesta a las emergencias. En ninguno de estos casos las intervenciones nutricionales se perciben como una prioridad.
- e) Con respecto a las enfermedades transmitidas por los alimentos, el reto estriba en mantener la excelencia de la OPS en el contexto actual de reducciones presupuestarias.
- f) El trabajo que queda por delante incluye el logro del estado de libre de fiebre aftosa sin vacunación, la aplicación de herramientas de vigilancia y respuesta a las emergencias, y el fortalecimiento de la política, estrategia y el plan de erradicación de fiebre aftosa en Venezuela.

### **Enseñanzas extraídas del OE9**

Durante los seis últimos años, los esfuerzos conjuntos de la Oficina y los Estados Miembros han contribuido a impulsar el debate que llevó a mejorar la planificación, la comparación de los compromisos

de políticas con las acciones ejecutadas, la recopilación de datos clave y el mapeo de las acciones y las políticas frente a los indicadores, y la promoción de prácticas adecuadas para mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. Como resultado, el porcentaje de menores de 5 años con peso insuficiente, talla baja para la edad o anemia ha disminuido en forma considerable. La carga asociada con las enfermedades transmitidas por los alimentos también registró una disminución notable. Sin embargo, el porcentaje de niños con sobrepeso u obesidad ha permanecido estable o está en aumento en varios países. El reto principal para el futuro es revertir las tendencias en cuanto a la epidemia de la obesidad en los niños y adolescentes.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

##### **Indicador 1 del OE9: Porcentaje de niños menores de 5 años con peso bajo en América Latina y el Caribe**

**Línea de base:** 7,5% en el 2002 (medido en un período de 7 años, 1995-2002)

**Meta:** 4,7% para el 2013

En el 2010, el porcentaje de niños menores de 5 años con peso bajo en América Latina y el Caribe fue 1,4%. (Fuente: Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013 Aug 3; 382(9890):427-51).

##### **Indicador 2 del OE9: Porcentaje de niños menores de 5 años con baja talla para su edad en América Latina y el Caribe**

**Línea de base:** 11,8% en el 2005

**Meta:** 8,8% para el 2013

En el 2010, el porcentaje de niños menores de 5 años con baja talla para su edad en América Latina y el Caribe fue 7,4%. (Fuente: Ibid.).

##### **Indicador 3 del OE9: Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con anemia en América Latina y el Caribe**

**Línea de base:** 29,3% en el 2005

**Meta:** 25,3% para el 2013

En el 2011, el porcentaje de niños menores de 5 años de edad con anemia en América Latina y el Caribe fue 24,9 %. (Fuente: Ibid.).

##### **Indicador 4 del OE9: Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con sobrepeso y obesos en América Latina y el Caribe, en los países que cuentan con esta información**

**Línea de base:** 4% en el 2003 (medido en el período de 3 años, 2000-2003)

**Meta:** 4% o menos para el 2013

El porcentaje permanece estable en 3,8%. (Fuente: Ibid.).

##### **Indicador 5 del OE9: Reducción del número de casos de enfermedades diarreicas transmitidas por los alimentos por cada 100.000 habitantes en la Región**

**Línea de base:** 4.467 en el 2006

**Meta:** 4.020 para el 2013

Según los valores anteriores, la meta del 2013 implica una disminución del 10%. PANAF-TOSA estima que durante el período 2008-2013 la disminución promedio fue de un 18% frente a la línea de base del 2006. Este cálculo estimativo se basó en los estudios de carga de morbilidad realizados a lo largo del período en la Región (Argentina, Barbados, Cuba, Chile, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) y también en las cifras informadas por los Estados Miembros que participan en las reuniones anuales de la red PulseNet de América Latina y el Caribe y la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria.

## Evaluación de resultados previstos a nivel regional (RPR)

<b>RPR 9.1: Se habrán establecido asociaciones y alianzas, formado líderes y coordinado y creado redes con todas las partes interesadas a nivel nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, estimular la acción intersectorial y aumentar las inversiones en nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

## Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

102. Aunque los países han puesto en marcha políticas y programas, se necesitan iniciativas que reduzcan las desigualdades sociales y aseguren la sostenibilidad de las intervenciones. A nivel regional, la desnutrición crónica muestra una tendencia descendente con diferencias internas pronunciadas entre los países. Guatemala es el país con la mayor prevalencia. La desnutrición aguda no es un problema grave en la Región, pero periódicamente se observan brotes de desnutrición aguda en ciertos grupos de población. El sobrepeso y la obesidad están aumentando en la Región. México y Estados Unidos son los países con mayor prevalencia. La OPS está elaborando un plan de acción para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes, que se presentará al Consejo Directivo en el 2014.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.1.1	Número de países que cuentan con mecanismos institucionalizados de coordinación para promover enfoques y medidas intersectoriales en las esferas de la inocuidad de los alimentos, seguridad alimentaria y nutrición	18	30	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>30 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, GUT, JAM, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, TRT, USA y VEN.</p> <p>Todos los países han elaborado políticas, marcos normativos y legislativos y mecanismos de coordinación para prevenir la desnutrición crónica y las carencias de micronutrientes o para promover la seguridad alimentaria y nutricional. Más recientemente, las medidas intersectoriales también se han centrado en la prevención del sobrepeso y la obesidad.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.1.2	Número de países que han ejecutado intervenciones en materia de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	10	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>30 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, GUT, JAM, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, TRT, USA y VEN.</p> <p>Todos los países han puesto en práctica programas o intervenciones intersectoriales en temas como la lactancia materna, la alimentación complementaria, el consumo de micronutrientes, los alimentos enriquecidos, el agua y saneamiento, las políticas agrarias y de protección social; incluso programas de</p>				

transferencias monetarias condicionadas. Sin embargo, los países todavía deben asignar recursos a fin de asegurar la sostenibilidad de este trabajo y la ejecución integral y simultánea de los programas.

**RPR 9.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de evaluar y responder a todas las formas de desnutrición y las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y de promover hábitos alimentarios saludables**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

103. En el transcurso del periodo 2008-2013, de conformidad con los mandatos regionales, los países elaboraron, adaptaron y ejecutaron normas y directrices nutricionales, normas para la inocuidad de los alimentos y prácticas alimentarias saludables. El gran reto estriba en asegurar los recursos financieros y humanos, la disponibilidad de canales de distribución sostenibles, el personal de salud motivado para poner en práctica las intervenciones y el cumplimiento del público de las recomendaciones de salud. Por consiguiente es necesario promover acciones que mejoren la cobertura.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.2.1	Número de países que aplican normas y guías sobre nutrición e inocuidad de los alimentos, según los mandatos mundiales y regionales	15	30	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>30 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, GUT, JAM, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, TRT, USA y VEN.</p> <p>Todos los países han elaborado y puesto en práctica normas y directrices nutricionales, normas para la inocuidad de los alimentos y prácticas alimentarias saludables de conformidad con los mandatos regionales y mundiales, así como los perfiles epidemiológicos nutricionales que se ocupan de temas como la lactancia materna, la alimentación complementaria, el consumo de micronutrientes y los alimentos enriquecidos. Sin embargo, la mayor parte de los programas solo han logrado una cobertura baja.</p>				

**RPR 9.3: Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá mejorado la capacidad para determinar las mejores opciones en materia de políticas**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

104. Los países lograron avances al obtener el resultado previsto, especialmente al aplicar los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. Se necesitan esfuerzos adicionales para integrar la información nutricional con el análisis de los determinantes sociales y la adopción de decisiones oportunas, pese a que los países recopilan periódicamente datos representativos a nivel nacional acerca de las principales formas de desnutrición (retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y obesidad, anemia en menores de 5 años, desnutrición en embarazadas y no embarazadas) mediante las encuestas demográficas y de salud o las encuestas nutricionales. Los ministerios de salud, las universidades, los organismos de cooperación y las organizaciones no gubernamentales publican frecuentemente los resultados de la investigación técnica y operativa.

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.3.1	Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños	0	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>30 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, TRT, USA y VEN.</p> <p>Todos los países han adoptado y aplicado las normas de la OMS relativas al crecimiento infantil.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.3.2	Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional acerca de una forma importante de desnutrición	12	22	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>22 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA y VEN.</p> <p>Todos los países publicaron los datos representativos a nivel nacional acerca de las principales formas de desnutrición (retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y obesidad, anemia en menores de 5 años, desnutrición en embarazadas y no embarazadas). Sin embargo, se necesitan esfuerzos adicionales para incorporar los indicadores nutricionales en los sistemas nacionales de vigilancia de salud pública y para integrar la información nutricional en el análisis de los determinantes sociales para la toma de decisiones oportunas.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPP	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.3.3	Número de países que producen información basada en pruebas científicas en materia de nutrición y seguridad alimentaria	11	22	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>23 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SUR, TRT, USA y VEN.</p> <p>Todos los países publicaron resultados de la investigación técnica y operativa relacionada con la nutrición, la seguridad alimentaria, la inocuidad de los alimentos, la reducción de la pobreza y el desarrollo o la protección social. En general estos estudios estuvieron a cargo de los ministerios de salud, las universidades, los organismos de cooperación, las representaciones de la OPS en los países o las organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, el programa nutricional de la OPS no tiene recursos para promover y apoyar la investigación específica en torno a estos temas.</p>				

<b>RPR 9.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, en situaciones tanto de estabilidad como de emergencia</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
--	-------------------------------



**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de cuatro indicadores del RPR; se alcanzó parcialmente la meta de un indicador)

105. Los países han logrado avances en la ejecución de los programas y las intervenciones para mejorar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, prevenir las carencias de micronutrientes, promover los regímenes alimentarios y modos de vida saludables, incluir directrices nutricionales en los protocolos de manejo para los pacientes con infección por el VIH/sida e incorporar la seguridad alimentaria y nutricional en los planes de respuesta a las emergencias. Sin embargo, aún se necesitan grandes cambios a fin de aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, reducir la prevalencia de la anemia y lograr hábitos de alimentación saludables. También se necesitan esfuerzos adicionales para incorporar las intervenciones nutricionales específicas en los protocolos clínicos para el manejo de los pacientes con infección por el VIH y la seguridad alimentaria y nutricional en los planes de respuesta a las emergencias.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.4.1	Número de países que han ejecutado al menos tres medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.	5	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT y VEN.</p> <p>Todos los países han aplicado al menos tres medidas de alta prioridad en el marco de la <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>. Para promover eficazmente la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, los países tienen que intensificar sus esfuerzos para que se aplique y se haga el seguimiento de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y revitalizar la puesta en práctica de la iniciativa de los hospitales amigos del niño.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.4.2	Número de países que han ejecutado estrategias para la prevención y el control de las deficiencias de micronutrientes	11	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>27 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, USA y VEN.</p> <p>Todos los países tienen normas nacionales en cuanto a la administración de suplementos de micronutrientes a los menores de 5 años y las mujeres en edad fértil, embarazadas o no. Todos los países de la Región cuentan con programas para la yodación universal de la sal o la fortificación de la harina de trigo con hierro, ácido fólico y complejo vitamínico B. Además, algunos de los países han establecido programas para el enriquecimiento de las pastas, el arroz, azúcar o aceite. Los países deben esforzarse por asignar recursos financieros y humanos a fin de poner en marcha sistemas sostenibles de evaluación y seguimiento. También se necesitan iniciativas que garanticen el cumplimiento y aumento de la cobertura de las intervenciones de administración de suplementos de micronutrientes.</p>				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.4.3	Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	11	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>25 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, URU y VEN.</p> <p>Todos los países están considerando políticas para reducir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, sodio, las grasas en general y las grasas trans. También han actualizado sus directrices nutricionales basadas en los alimentos y están promoviendo la actividad física. La aplicación de estas políticas requiere de un enfoque intersectorial que incluya marcos legislativos y normativos y a los sectores del medioambiente, la agricultura y la ganadería, el comercio, la educación, la salud, la infraestructura y la planificación urbana, entre otros.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.4.4	Número de países que han incorporado intervenciones nutricionales en sus programas integrales de respuesta a la infección por el VIH/sida y otras epidemias	11	25	No
<p>Observaciones:</p> <p>21 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, GUY, JAM, NIC, PAN, PER, SCN, SAV, SUR y TRT.</p> <p>Los países han incorporado intervenciones nutricionales en los protocolos de manejo de los pacientes con infección por el VIH/sida. Sin embargo, es necesario que se otorgue mayor importancia a la nutrición en el tratamiento de los pacientes con infección por el VIH. También se necesita mejorar la coordinación interprogramática e interdisciplinaria.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.4.5	Número de países que tienen programas nacionales de preparación y respuesta para emergencias alimentarias y nutricionales	11	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>25 países alcanzaron este indicador: ANI, BAH, BAR, BRA, BLZ, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, GRA, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, SCN y TRT.</p> <p>Los países han incorporado los problemas alimentarios, la inocuidad de los alimentos y la nutrición y salud en sus planes de respuesta a las emergencias. Sin embargo, se debe examinar el alcance de este indicador puesto que en la Región no se registran hambrunas ni hay campamentos de refugiados, como sucede en otras regiones de la OMS. Las intervenciones especificadas como el tratamiento de la desnutrición aguda, deben centrarse en las poblaciones en alto riesgo (por ejemplo, el corredor seco en GUT, la zona de Mosquitia en HON y NIC, el Chocó en COL y las zonas del Titicaca y la Amazonía en ARG, BRA, BOL [Chaco], ECU, PAR y PER).</p>				

**RPR 9.5: Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos y de la fiebre aftosa y se habrán establecido programas de vigilancia de los peligros alimentarios**

Alcanzado  
plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

106. Las redes de inocuidad de los alimentos administradas por la OPS han conseguido numerosos logros en colaboración con otros aliados nacionales e internacionales. La Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), en funcionamiento desde 1997, ahora tiene 154 laboratorios en 30 países. La Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria incluye a todos los laboratorios clínicos de referencia de la Región. La red PulseNet de América Latina y el Caribe recibió el premio de IHRC a la innovación en este tipo de redes correspondiente al 2013 en reconocimiento por su uso innovador de la tecnología para la enseñanza, con el potencial de mejorar significativamente la funcionalidad de PulseNet en las investigaciones de brotes epidémicos. Actualmente, el reto estriba en mantener la excelencia de la OPS y su relevancia en el contexto de las reducciones presupuestarias en este campo. La recomendación es aumentar la innovación y la movilización de recursos. Con respecto a la fiebre aftosa, por primera vez desde su introducción en este continente en 1870, han transcurrido 33 meses sin ningún caso notificado. Esto es un logro histórico para el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y para los países de todo el continente. Los retos estriban en mantener este logro y avanzar hasta conseguir el estado de libre de fiebre aftosa sin vacunación en todo el continente; seguir apoyando a los países, en particular al presentar nuevas herramientas y mecanismos de vigilancia y respuesta a las emergencias ante el aumento en la susceptibilidad de la población frente al virus de fiebre aftosa, y fortalecer la política, la estrategia y el plan nacional de erradicación de la fiebre aftosa en VEN.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.5.1	Número de países que han establecido o fortalecido la colaboración intersectorial para la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos	16	30	Si
<p>Observaciones:</p> <p>30 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Todos los países participan activamente en las tres redes regionales que intervienen en la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria en los sectores de la salud, la agricultura y la ganadería, y el medioambiente (Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria, PulseNet y RILAA). Varios países tienen proyectos piloto sobre vigilancia integrada de la resistencia a los antimicrobianos (BRA, COL, COR, ECU, PAR, URU y VEN).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.5.2	Número de países sudamericanos que han alcanzado al menos el 75% de los objetivos del plan de erradicación de la fiebre aftosa en el continente	4/11	11/11	Sí

Observaciones:  
 11 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, GUY, PAR, PER, URU y VEN.

Cerca del 95% de la población bovina tiene la certificación internacional de que está libre de fiebre aftosa con o sin vacunación. El último brote de fiebre aftosa notificado se registró el 2 de enero del 2012. VEN es el único país sudamericano que todavía no ha establecido un programa eficaz de control y erradicación de esta enfermedad.

**RPR 9.6: Cooperación técnica con los comités nacionales del Codex Alimentarius y la Comisión del Codex de América Latina y el Caribe** Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

107. En una iniciativa conjunta con la FAO, la OPS organizó las reuniones del Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe en el 2009, 2011 y 2013 e impartió capacitación en los países mediante seminarios técnicos previos a estas reuniones. En colaboración con la OMS, se identificó a los expertos regionales para formar parte de los comités técnicos y se seleccionaron y reclutaron expertos de la Región para participar en las reuniones respectivas. El logro principal es que todos los países de América Latina y el Caribe ahora tienen comités nacionales del Codex y están participando activamente en el Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe. No obstante, el reto estriba en que permanezcan comprometidos y que continúen con el trabajo de estos comités nacionales. La capacitación para los Estados Miembros participantes, elaborada por el Codex Alimentarius o por la OMS/FAO en temas actuales como el análisis de riesgos, la respuesta de emergencia a los eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos y la inspección basada en el riesgo, fue importante para promover el cumplimiento de las normas del Codex. El financiamiento para los seminarios técnicos del Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe es fundamental también para promover el cumplimiento. Además, las subvenciones del Fondo Fiduciario del Codex a los Estados Miembros seleccionados para participar en las reuniones del Codex continúan siendo fundamentales para promover la participación activa en esta entidad que establece normas acerca de la inocuidad de los alimentos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
9.6.1	Número de países que han adoptado las resoluciones de las reuniones del Codex Alimentarius	40	40	Sí
<p>Observaciones:                      40 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Los 40 países y territorios han adoptado las resoluciones del Codex que son importantes para fortalecer el sistema de inocuidad de los alimentos en los países.</p> <p>Los países participan continuamente en el Codex por intermedio del Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe. Las principales iniciativas fueron para mantener y consolidar los logros. Cuatro países recibieron capacitación sobre la herramienta del Codex para controlar el riesgo de contaminación por salmonela en la cadena avícola (BLZ, CUB, DOR y MEX).</p>				

<b>OE10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud</b>	Alcanzado parcialmente <sup>21</sup> (86% de las metas del indicador alcanzadas)		
Situación del RPR <sup>22</sup>	10.1	10.2	10.3

#### Panorama presupuestario del OE10

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
109,7	29,3	56,0	85,2	89%	79%

#### Evaluación programática del OE10

108. Los Estados Miembros lograron avances importantes en cuanto a la organización, gestión y prestación de los servicios de salud. En el marco de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, siguen poniéndose en práctica reformas importantes en toda la Región, con 31 países y territorios (véase la lista en el indicador 10.1.1) que han documentado logros en cuanto al fortalecimiento de sus sistemas de salud. Estas reformas, que incluyen avances a nivel de los sistemas con nuevos marcos legislativos y planes nacionales y a nivel de los servicios de salud con métodos de atención coordinada, también abarcaron compromisos importantes para promover la cobertura universal de salud en los dos últimos años del período. De igual importancia son los resultados presentados en cuanto a la adopción y aplicación de la iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en la reforma y la reorganización de los servicios de salud con el propósito de mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad en la prestación de la atención. Este progreso se refleja en el aumento uniforme del número de Estados Miembros (17, véase la lista de países en el indicador 10.2.2) que incorporan la iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud. Las iniciativas para integrar los programas prioritarios con el fin de mejorar los resultados en materia de salud en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud siguen avanzando mediante esfuerzos por incorporar los programas a un modelo integral de atención centrado en el paciente y enfocado en el curso de vida.

109. La mejora de la gestión de las organizaciones que prestan servicios de salud es considerada por los Estados Miembros como un elemento clave para mejorar los sistemas de salud en general, como lo demuestra la mayor atención que se está prestando a este tema y la demanda de cooperación técnica en cuanto a herramientas y capacitación gerenciales. La metodología de la OPS para la gestión productiva de los servicios de salud sigue siendo un programa importante de cooperación técnica que solicitan los Estados Miembros. Cinco países han aplicado con éxito las herramientas de esta metodología a fin de analizar las condiciones esenciales para prestar servicios de salud y de determinar el costo de los servicios prestados, y han incorporado la metodología en el marco de gestión de servicios de salud. Por otro lado, más de 200 gerentes de servicios de salud se han capacitado en esta metodología.

<sup>21</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>22</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

110. A pesar de los importantes avances en muchos países y territorios, la calidad de la atención en todas sus dimensiones sigue constituyendo un reto para la mayoría de los sistemas de salud en la Región, lo que exige que la Oficina ponga en marcha iniciativas y enfoques renovados para ayudar a los países. No obstante, durante el período, en cinco países se llevaron a cabo estudios sobre la prevalencia de eventos adversos en hospitales (ARG, COL, COR, MEX y PER), mientras que en cuatro países (BRA, COL, MEX y PER) se realizó un estudio inicial sobre eventos adversos en entornos de atención primaria.

111. Diecisiete Estados Miembros informan sobre el mejoramiento de la gobernanza de los sistemas de salud, según quedó reflejado en las evaluaciones de sus funciones esenciales de salud pública (FESP). Sin embargo, en muchos otros países todavía falta la transición de la evaluación a la acción y los planes específicos para fortalecer la salud pública.

### **Principales logros principales con respecto al OE10**

a) Durante el período, los Cuerpos Directivos aprobaron resoluciones acerca de los siguientes temas: *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente* (resolución CSP27.R10), en el 2007, y *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud* (resolución CD49.R22), en el 2009.

b) Veintitres Estados Miembros documentaron reformas importantes basadas en la estrategia de atención primaria de salud. La renovación de la atención primaria de salud en el continente americano sobrepasó el número de países requeridos para cumplir con la meta del indicador. La mejora en el desempeño de los sistemas nacionales de salud usando la estrategia de atención primaria de salud es un proceso en curso que necesariamente abarcará más de un plan estratégico.

c) El documento *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas* se publicó y difundió en el 2011, como resultado directo de la aprobación de la resolución CD49.R22 en el 2009. Esta publicación se ha utilizado y consultado ampliamente en toda la Región y se ha convertido en la referencia principal para crear servicios de salud integrados.

d) Dieciocho países y territorios han emprendido iniciativas para integrar los programas prioritarios en un modelo integral de atención que incluye el fortalecimiento del primer nivel de atención y la mejora del enfoque a la atención de salud centrada en la familia y comunidad.

e) La metodología de gestión productiva de los servicios de salud sigue siendo un programa importante de cooperación técnica para mejorar la eficiencia de la gestión y está aumentando la demanda de este tipo de cooperación por parte de los Estados Miembros. Cinco países (COL, DOR, ELS, GUY, HAI y PAN) empezaron a aplicar nuevos programas de capacitación y herramientas basadas en la metodología de gestión productiva de los servicios de salud, y se han impartido dos cursos virtuales con participantes de diversos Estados Miembros.

f) Ha aumentado sistemáticamente el número de países que adoptaron y aplicaron las políticas y los planes para las redes integradas de servicios de salud sobre la base del documento de posición de la OPS. Estas redes se han convertido en el marco que la mayoría de los Estados Miembros ha elegido para reformar la organización de la prestación de los servicios de salud.

### **Principales retos con respecto al OE10**

a) Un 30% de la población de la Región no logra acceder a la atención por razones financieras y un 21% desiste en la búsqueda de atención debido a barreras geográficas.

b) En esta Región, cuyo perfil epidemiológico presenta tasas cada vez mayores de las enfermedades crónicas no transmisibles y una población que está envejeciendo, los servicios de salud fragmentados no están en condiciones de satisfacer las necesidades actuales de atención de salud de la población. Esta fragmentación, por sí sola o en combinación con otros factores, lleva a que el acceso a los servicios sea

difícil, a que la calidad técnica de los servicios sea deficiente, a que el uso de los recursos disponible sea irracional e ineficiente, a que haya aumentos innecesarios de los costos de producción y a que los usuarios estén poco satisfechos.

c) En la mayor parte de los países de la Región, el modelo predominante de atención tiende a centrarse en el tratamiento episódico y de agudos, la atención se presta principalmente en los hospitales, con un uso excesivo de tecnologías sanitarias y de médicos especialistas. Esta situación crea una inversión desequilibrada en los servicios hospitalarios de las zonas urbanas en detrimento de la atención ambulatoria de primer nivel, con un descuido alarmante de los servicios de salud en las zonas rurales y dirigidos a las poblaciones vulnerables.

d) La distribución de la infraestructura de servicios de salud, en especial los hospitales, se concentra principalmente en los grandes centros urbanos, lo que tiene una repercusión negativa sobre el acceso y exacerba las inequidades. Los establecimientos de salud más alejados de las ciudades tienden a presentar una escasez mayor de insumos y personal competente. La falta de infraestructura adecuada en el primer nivel de atención en cuanto al número de establecimientos, la distribución geográfica y la capacidad de respuesta hace que se recurra excesivamente a los servicios de urgencias, entre otros fenómenos adversos. La fragmentación, la atención centrada en el hospital y la comercialización de los servicios de salud socavan la capacidad de los sistemas de salud de satisfacer las necesidades de las poblaciones en forma equitativa.

#### **Enseñanzas extraídas del OE10**

a) Es necesario reafirmar la visión integrada del desarrollo y la reforma de los sistemas de salud al aclarar los vínculos entre los sistemas de salud basados en la atención primaria, las redes integradas de servicios, la cobertura universal de salud y otras áreas estratégicas del desarrollo de los sistemas de salud (determinantes de la salud, gobernanza, funciones esenciales de la salud pública, etc.). La presentación individual de estos temas hace que parezca que se salta de un tema a otro sin ninguna estrategia coherente y, en última instancia, esto genera gran confusión. Esta visión integrada debe reafirmarse tanto en los Estados Miembros como en la Oficina.

b) La formulación de un método integral, actualizado y estratégico acerca de la calidad de atención que vaya más allá de los esfuerzos actuales verticales e instrumentales es una tarea urgente que debe emprender la Oficina. Este tipo de enfoque estratégico debe incluir políticas generales con respecto a la calidad de atención desde una perspectiva sistémica con el fin de dar coherencia y sustento a los numerosos proyectos y enfoques poco sistemáticos actualmente en marcha (seguridad del paciente, prácticas quirúrgicas seguras, lavado de manos, hospitales seguros, control de infecciones, etc.). Este proceso exigirá una colaboración interprogramática e interdepartamental.

c) Una enseñanza importante que puede extraerse de la experiencia durante el período es la necesidad de definir claramente indicadores que sean cuantificables en todos los niveles del Plan Estratégico. La asignación de indicadores tomados de investigaciones o estudios muy específicos y que no se recopilan sistemáticamente en las estadísticas de salud entrañan el riesgo de no ser repetibles (debido a la complejidad, el costo o la dificultad para obtener los datos) como se observa en los indicadores 1 y 2 de este objetivo estratégico.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE10: Porcentaje de la población rural que vive a más de una hora de distancia de un centro de atención del primer nivel en los seis países de la Región donde se hizo un estudio**

**Línea de base:** 10,6% en el 2004

**Meta:** 7% para el 2013

América Latina y el Caribe es la subregión más urbanizada del mundo: el 77% de los habitantes residen en zonas urbanas y se prevé que este porcentaje siga aumentando en los próximos años, lo que creará retos mayores para la prestación de los servicios de atención de salud en las ciudades. En general, el acceso a los servicios de atención de salud ha mejorado considerablemente tanto en el número como en la proporción de la población que utiliza los servicios de salud y en cuanto a su disponibilidad y eficacia. Este avance en el acceso a la atención ha contribuido a mejores resultados en materia de salud, a tasas elevadas de inmunización y a la erradicación exitosa de enfermedades en el continente americano (*Salud en las Américas 2012*, OPS). Ahora bien, a los fines de esta evaluación no es posible determinar con rigor el cumplimiento de la meta del indicador del impacto debido a que no se dispone de la información necesaria para el análisis y a que no se han actualizado los estudios realizados en el 2004 para determinar la línea de base.

**Indicador 2 del OE10: Porcentaje de la población cubierta por la red de atención de salud, en los seis países de la Región donde se hizo un estudio**

**Línea de base:** 30% en el 2004

**Meta:** 40% para el 2013

Del mismo modo que en el indicador anterior, no se dispone de la información necesaria para este análisis. No obstante, cabe destacar que 13 Estados Miembros han informado acerca de la aplicación de las políticas y los avances en la cobertura de la población mediante el uso de las redes integradas de servicios de salud.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 10.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población</b>	Alcanzado parcialmente
---	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de tres de los indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

112. La mayor parte de los países ha informado avances en torno a las reformas basadas en la política regional de atención primaria de salud, es decir, de la renovación de la atención primaria de salud en la Región. Además, muchos países han logrado avances en la integración de los programas de salud prioritarios (es decir, salud mental y enfermedades no transmisibles) en un modelo de atención más integral. Estas reformas abarcan la formulación y aprobación de planes estratégicos para los sistemas basados en la atención primaria de salud, la ejecución inicial de estos planes y la evaluación de la prestación de servicios de salud basados en la estrategia de atención primaria. La mejora del desempeño de los sistemas nacionales de salud que aplican la estrategia de atención primaria es un proceso en curso. La documentación y divulgación de las experiencias de los países sirve de orientación en materia de políticas de los Estados Miembros a fin de lograr el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad y de manera solidaria.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.1.1	Número de países que documentan el fortalecimiento de sus sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, de acuerdo con la Declaración de Montevideo y el Documento de posición de la OPS/OMS	14	23	Sí
Observaciones: 31 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV,				



SCN, SUR, TRT, TCA, URU y VEN.

Los países han documentado diferentes grados de avance en cuanto a la reforma basada en la política regional de renovación de la atención primaria de salud en la Región. Diez países (BAH, BLZ, ELS, GUY, HAI, HON, MEX, SUR, TCA y TRT) documentaron intervenciones en cuanto a la atención primaria de salud a fin de fortalecer sus sistemas de salud. Además, COL informó haber fortalecido sus servicios de salud con un enfoque de atención primaria de salud en diversos departamentos y municipios. PER está implantando las redes integradas de servicios de salud sobre la base de un enfoque sólido de atención primaria de salud. Otros Estados Miembros informaron acerca de la formulación de planes y políticas basadas en la atención primaria de salud.

La mejora del desempeño de los sistemas nacionales de salud que aplican la estrategia de atención primaria es un proceso en curso; al documentar y divulgar las experiencias de los países se ofrece a los Estados Miembros orientación en materia de políticas para mejorar los resultados de salud teniendo en cuenta la calidad, la equidad y la solidaridad.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.1.2	Número de países que muestran avances en el desempeño de su función rectora medida por medio de la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública	3	14	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>17 países alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BOL, CHI, COR, COL, DOR, ECU, ELS, HON, GUT, MEX, NIC, PAN, PER, PAR y URU.</p> <p>Catorce países realizaron nuevas evaluaciones de las funciones esenciales de salud pública. Además, NIC elaboró un plan de mejoramiento de funciones esenciales de salud pública para el nivel local. En GRA, esta nueva evaluación de las funciones esenciales de salud pública llevó a formular un nuevo plan estratégico del sector de la salud. PAN realizó una evaluación de las políticas de la salud de un decenio, incluidas las funciones esenciales de salud pública, lo cual condujo a métodos nuevos para el fortalecimiento de la salud pública y las funciones de gobernanza del ministerio de salud. TRT realizó una evaluación de las funciones esenciales de salud pública con las autoridades regionales de salud en el país.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.1.3	Número de países que han integrado un enfoque intercultural en la elaboración de políticas y sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	0	8	No
<p>Observaciones:</p> <p>5 países alcanzaron este indicador: BRA, ECU, HON, PAN y VEN.</p> <p>Aunque cinco países informaron acerca de medidas para integrar la diversidad étnica en sus iniciativas de atención primaria de salud, estos esfuerzos a menudo han sido iniciales. A nivel regional se produjeron muchos cambios a fin de reorientar las prioridades en los modelos de atención para incluir a los grupos interculturales étnicoraciales. Estos esfuerzos de los países deben elogiarse y respaldarse en el nuevo Plan Estratégico de la OPS, con énfasis en la cobertura universal de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.1.4	Número de países que usan la estrategia renovada de atención primaria de salud en sus programas de atención basados en la población y en las iniciativas de control de las enfermedades prioritarias	0	12	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>18 países alcanzaron este indicador: BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, PER, SUR, URU y VEN.</p> <p>Los países aplicaron las iniciativas para integrar los programas de salud prioritarios a fin de mejorar los resultados en materia de salud: fortalecer el primer nivel de atención, mejorar el enfoque familiar y comunitario de la atención de salud, e integrar programas como el de salud materno-infantil, de salud mental, el programa ampliado de inmunización y el de las enfermedades no transmisibles en un modelo integral de atención.</p>				

**RPR 10.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

113. Veinte países lograron importantes avances en cuanto a la aplicación de las estrategias para fortalecer la gestión de los servicios de atención de salud, mientras que 18 países están diseñando activamente planes o han empezado la aplicación de proyectos de servicios integrados de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.2.1	Número de países que han ejecutado estrategias para fortalecer la gestión en los servicios de salud	3	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países y territorios alcanzaron este indicador: BAH, BLZ, BRA, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, HON, MEX, NEA, NIC, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Cinco países (COL, DOR, ELS, GUY, HAI y PAN) informaron que han aplicado programas y herramientas de capacitación basadas en la metodología de gestión productiva de los servicios de salud. También mediante esta metodología, ELS logró avances muy importantes en el mejoramiento de la gestión y organización de la atención de salud en cinco redes del Ministerio de Salud y en nueve centros del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. PER también estableció programas a fin de fortalecer la capacidad en la gestión de atención de salud al nivel subnacional.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.2.2	Número de países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar la redes de prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos	3	13	Sí

Observaciones:  
 18 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, JAM, MEX, PAN, PAR, SUR, TCA, TRT y URU.

Ha aumentado en forma sostenida el número de países que adoptaron y aplicaron las políticas y los planes para las redes integradas de servicios de salud basados en el documento de posición de la OPS. Algunos ejemplos sobresalientes incluyen: CHI aplicó el marco técnico y conceptual de las redes integradas de servicios de salud en las distintas zonas de salud del país, COR elaboró una hoja de ruta para fortalecer las redes de servicio de salud basadas en las redes integradas de servicios de salud, PAN incorporó el enfoque de las redes integradas de servicios de salud en la formulación de un nuevo modelo de atención para prestadores públicos y privados, y PAR formuló una propuesta para la ejecución de una red integrada de servicios de salud en la zona del Alto Paraná, como un proyecto conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo.

<b>RPR 10.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para fortalecer los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, incluida la seguridad del paciente</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

114. A nivel de país, el mejoramiento de la calidad de atención y seguridad del paciente siguió siendo una prioridad en la agenda de las autoridades nacionales y locales y de las representaciones. A nivel regional, se llevaron a cabo estudios en cinco países sobre la prevalencia de eventos adversos en hospitales (ARG, COL, COR, MEX y PER) y se terminó en cuatro países la fase inicial de un estudio sobre eventos adversos en entornos de atención primaria (BRA, COL, MEX y PER). Además, mediante el trabajo colaborativo interprogramático en la Oficina, se elaboraron manuales acerca del control de las infecciones en los servicios de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
10.3.1	Número de países que muestran avance en los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, incluida la seguridad del paciente	11	24	Sí
Observaciones: 25 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAR, SAL, SAV, SCN, URU y VEN.  Algunos ejemplos importantes incluyen los adelantos en la formulación y aprobación de las herramientas y los documentos de política (DOR, ELS, MEX, URU y VEN), nuevas estructuras institucionales al nivel del Ministerio de Salud dedicadas a la calidad (COL), y avances en cuanto a la calidad de la atención en los programas nacionales (CHI, GUY, HAI, NIC, PAR, SAV, SCN) y, en particular, en los hospitales (ANI, HON y NIC).				

<b>OE11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud</b>				Alcanzado parcialmente <sup>23</sup> (79% de las metas del indicador alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>24</sup>	11.1	11.2	11.3	11.4	11.5

### Panorama presupuestario del OE11

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
119,2	75,2	33,4	108,7	96%	91%

### Evaluación programática del OE11

115. Todos los países emprendieron actividades para fortalecer sus sistemas de salud a fin de prestar a toda la población servicios de salud integrales centrados en la persona. Las iniciativas se centraron en el fortalecimiento de las estrategias, planes y políticas de salud a nivel nacional, las bases de datos, el análisis y los sistemas de información de la salud, así como en crear o mantener distintas plataformas que permitan acceder a la información de salud e intercambiarla en todos los niveles. Los países de la Región lograron avances al mejorar la cobertura y la calidad de los sistemas de información de salud, y elaboraron planes para fortalecer los puntos débiles. Se observó un mejoramiento notable en las estadísticas vitales. Diecisiete países de 25 alcanzaron la meta de mejorar el registro de nacimientos y 11 alcanzaron la meta de mejorar el registro de defunciones.

### Principales logros con respecto al OE11

- Se observaron mejoras en cuanto al fortalecimiento de las autoridades nacionales de salud. En particular, mediante la ejecución de los planes nacionales y el perfeccionamiento o la promulgación de la legislación relacionada con la salud a fin de promover el cumplimiento del derecho a la salud y la ampliación del acceso a la atención.
- Se logró que mejore la calidad de los datos sobre mortalidad y nacimientos.
- Se consolidó la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACIS), con la incorporación reciente de los países de habla inglesa del Caribe. Se elaboraron planes nacionales para fortalecer los sistemas de información de salud y se estableció el Observatorio Regional de Salud.
- Se ha producido progreso sostenido en cuanto al intercambio de conocimientos a nivel regional y debate en línea de los temas pertinentes para la salud gracias a la creación de plataformas de acceso libre.

### Retos principales con respecto al OE11

- Resulta limitada la capacidad institucional para evaluar y valorar el desempeño del sistema de salud, en particular en cuanto a la aplicación de políticas de salud, y para ejercer la función rectora de las

<sup>23</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>24</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

autoridades nacionales de la salud a fin de lograr la aplicación adecuada de la legislación, y la reglamentación es uno de los retos principales en la Región.

- b) La fiabilidad, la calidad y la producción sistemática de datos siguen siendo retos a nivel nacional y subnacional, y algunos países todavía tienen sistemas de información fragmentados.
- c) La capacidad es limitada en cuanto al análisis y uso de datos probatorios para la toma de decisiones relativas a la gestión y gobernanza del sistema de salud.
- d) La puesta en práctica de políticas sólidas y recursos para la investigación a fin de mejorar la prestación de servicios de salud son aspectos que debe abordarse.

#### **Enseñanzas extraídas del OE11**

- a) Es cada vez mayor el consenso en torno a que los esfuerzos por lograr la meta mundial de la cobertura universal de salud basada en el derecho a la salud, con especial atención al mejoramiento y fortalecimiento de la legislación nacional relacionada con la salud, han contribuido a acelerar la reforma de los sistemas de salud de los países.
- b) Están en curso varias iniciativas de transformación en los sistemas de salud, algunas de ellas con inversiones considerables y expectativas enormes en cuanto al logro de una cobertura más amplia y posibles beneficios para la salud. Las experiencias más exitosas han sido aquellas que han establecido mecanismos para el diálogo nacional con amplia participación social e intervención de todos los interesados directos clave, incluida la sociedad civil.
- c) La función de la OPS como fuente autorizada de información y como intermediaria en materia de conocimientos e información de salud pública basada en la evidencia debe mantenerse y fortalecerse donde sea necesario, dado que es esencial afrontar la sobrecarga de información sobre la salud y la difusión en las redes sociales.
- d) La construcción de alianzas con los países y organismos desempeñó una función clave en el proceso regional de brindar apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de salud. Estos esfuerzos deben redoblar ya que en muchos países, especialmente en los países clave, la calidad deficiente de la información pone en peligro cualquier iniciativa para mejorar los sistemas de información de salud.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

##### **Indicador 1 del OE11: Número de países con legislación encaminada a aumentar el acceso a la salud (servicios no personales y de salud pública) y la atención de salud**

**Línea de base:** 5 países en el 2007

**Meta:** 15 países para el 2013

Se alcanzó este indicador. Durante el período se hizo un esfuerzo importante para actualizar y perfeccionar la legislación relacionada con la salud a fin de dar respuesta al derecho a la salud y lograr la cobertura universal. Los siguientes países informaron acerca de modificaciones en la legislación encaminadas a aumentar el acceso a la salud y la atención de salud: ARG, BLZ, BOL, BRA, FDA, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, HON, PER, TRT y URU.

##### **Indicador 2 del OE11: Número de países que han establecido objetivos de salud nacionales para mejorar los resultados de salud**

**Línea de base:** 3 países en el 2007

**Meta:** 10 países para el 2013

Se superó la meta de este indicador. Los 35 Estados Miembros formularon políticas, estrategias y planes a corto y largo plazo, y definieron objetivos nacionales de salud con metas cuantificables. Estos avances se

describieron claramente en la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas en la que se indicó que, para el año 2011, 30 países habían establecido un plan nacional de salud con estrategias y metas específicas, y que de ellos 20 habían aplicado la agenda y sus diversas áreas de acción.

**Indicador 3 del OE11: Número de países que han ejecutado el seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas de información sanitaria según las normas de la OPS/OMS y la Red de Métricas en Salud**

**Línea de base:** 3 países en el 2007

**Meta:** 15 países para el 2013

Se alcanzó este indicador. Los países previstos en la meta (ARG, BLZ, BOL, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER y URU) establecieron procesos para mejorar la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud aplicando pautas de la OPS/OMS y la Red de Sanimetría. Estas evaluaciones permitieron a los países elaborar planes estratégicos, que muchos de ellos están cumpliendo a fin de abordar los problemas detectados.

**Indicador 4 del OE11: Número de países que incorporan la gestión de los conocimientos y las estrategias de salud basadas en la tecnología para fortalecer sus sistemas de salud**

**Línea de base:** 10 países en el 2007

**Meta:** 20 países para el 2013

Se brindó apoyo a los Estados Miembros a fin de facilitar la generación y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias, incluidas la salud pública y la investigación sobre sistemas de salud. Un número considerable de países ha logrado resultados tangibles; sin embargo, esta labor aun está en curso y faltan varios hitos por cumplirse o mejorarse a fin de alcanzar los objetivos presentados por los Estados Miembros.

**Indicador 5 del OE11: Número de países que cumplen el compromiso contraído en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud de México de dedicar al menos 2% del presupuesto de salud pública a la investigación**

**Línea de base:** 0 países en el 2006

**Meta:** 10 países para el 2013

Los países lograron avances en cuanto a la *Política de investigación para la salud* (documento CD49/10). Además de las conferencias latinoamericanas sobre investigación e innovación para la salud, donde se recopilaron datos básicos, la Health Research Web ([https://www.healthresearchweb.org/common/country\\_details.php?id=206](https://www.healthresearchweb.org/common/country_details.php?id=206)) ha permitido el intercambio de información acerca de los sistemas nacionales de investigación sobre salud y ha dado lugar que se publiquen diversos análisis. Es escasa la información reciente acerca de los flujos financieros. La OPS contribuye a los esfuerzos de la OMS de establecer un observatorio que haga el seguimiento de (<http://www.who.int/phi/cewg/en/>) los recursos de investigación para la salud.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 11.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica con el fin de fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para desempeñar su función rectora; mejorar el análisis y la formulación de políticas, la regulación, la planificación estratégica y la ejecución de los cambios en los sistemas de salud; y aumentar la coordinación intersectorial e interinstitucional en los niveles nacional y local</b></p>	<p>Alcanzado plenamente</p>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

116. Se logró plenamente el resultado previsto a nivel regional. Se alcanzó la meta de los dos indicadores. Todos los países de la Región han formulado políticas, planes u objetivos nacionales de salud, y 13 países y territorios han actualizado su legislación y marcos normativos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.1.1	Número de países que han actualizado la legislación y los marcos regulatorios	5	12	Sí
Observaciones: 13 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, HON, TRT y URU.  Esta evaluación se basa en el análisis regional de la OPS del marco jurídico que apoya la cobertura universal de salud, el derecho a la salud y la equidad.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.1.2	Número de países que han formulado políticas, planes a mediano o largo plazo, o definido objetivos nacionales de salud	9	35	Sí
Observaciones: 35 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA y VEN.				

<b>RPR 11.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar los sistemas de información sanitaria a los niveles regional y nacional</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
---	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de uno de los dos indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

117. Se logró parcialmente el resultado previsto a nivel regional. Varios países establecieron procesos a fin de mejorar la calidad y cobertura de sus sistemas de información de salud, mediante la evaluación del sistema de información, la capacitación del personal de salud, la utilización de herramientas para mejorar los procesos y el fortalecimiento de los diagnósticos o disminución de la subnotificación, entre otros logros. Los países del Caribe de habla inglesa tuvieron algunas dificultades. Como nota positiva, 15 de los 19 países de la línea de base y cuatro países adicionales continuaron con los esfuerzos para mantener y fortalecer las iniciativas nacionales. También publicaron folletos informativos sobre los indicadores y los distribuyeron al público por medio de internet o de bases de datos, y fomentaron el análisis de salud a nivel subnacional, entre otras actividades.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.2.1	Número de países que han ejecutado procesos para fortalecer la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud	3	15	Sí
Observaciones: 15 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON,				

MEX, NIC, PAR, PAN, PER y URU.

Los países establecieron procesos a fin de mejorar la calidad y cobertura de sus sistemas de información de salud mediante la evaluación de los sistemas, la capacitación del personal de salud, la utilización de herramientas para mejorar los procesos, el fortalecimiento de los diagnósticos y la disminución de la subnotificación, entre otros logros.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.2.2	Número de países que ejecutan la Iniciativa regional de datos básicos de salud	9	27	No
<p>Observaciones:</p> <p>19 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, PER, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER y PUR.</p> <p>Está pendiente el logro de este indicador por parte de países del Caribe (ANI, DOM, GRA, GUY, SAL, SAV, SCN y TRT) dado que no han logrado poner en práctica sus iniciativas nacionales. Otros cuatro países y territorios (HAI, JAM, NEA y VEN) pusieron en marcha otras actividades relacionadas con este indicador, pero no elaboraron el folleto de datos básicos.</p>				

<b>RPR 11.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el acceso equitativo, la difusión y la utilización de información, conocimientos y evidencias sobre la salud, destinados a la toma de decisiones</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
--	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

118. Todos los países continuaron actualizando el análisis de la situación de salud al mejorar sus sistemas de información o publicar actualizaciones periódicas de sus indicadores básicos de salud. La generación y uso de datos probatorios procedentes de la Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas (EVIPNet) de la OMS y las directrices de los programas nacionales queda demostrada en la coordinación de redes, la definición de normas, las actividades de capacitación, las sinopsis de política, y la producción y aplicación de directrices en la Región. El acceso al portal regional del Campus Virtual de Salud Pública mejoró considerablemente durante el bienio dada la amplia difusión de la información. Los países siguieron vigilando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio mediante múltiples estrategias. Dado que los países cuentan con dos años hasta el plazo establecido, es muy probable que redoblen sus esfuerzos para lograrlos.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.3.1	Número de países que actualizan el análisis de la situación sanitaria al menos cada dos años	5	10	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>42 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, TCA, USA, URU y VEN.</p> <p>En el último bienio, estos países elaboraron capítulos de país para la <i>Salud en las Américas: edición del</i></p>				



2012. En el transcurso de este proceso, cada país actualizó el análisis de su situación de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.3.2	Número de países que participan en iniciativas tendientes a fortalecer la apropiación, producción y uso de los resultados de investigación para fundamentar las políticas y prácticas	0	8	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, COR, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, PAR y PER.</p> <p>La generación y el uso de datos probatorios por los grupos de EVIPNet y de los programas normativos nacionales se aplican en la coordinación de redes, definición de normas, actividades de capacitación, sinopsis de política y producción y aplicación de directrices en la Región.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.3.3	Número de países que tienen acceso a información y conocimientos científicos esenciales, medido por el acceso a la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) a nivel nacional y regional	10	25	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>36 países alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, BOL, COR, COL, CHI, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PER, PAR, PAN, PUR, SAL, SAV, SCN TRT, URU y VEN.</p> <p>Los 25 países y territorios del Caribe tuvieron acceso al portal regional y a los servicios de búsqueda de la Biblioteca Virtual en Salud y representaron el 92,6% de todas las consultas registradas.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.3.4	Número de países que monitorean los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	23	36	No
<p>Observaciones:</p> <p>Los países continuaron con la vigilancia del cumplimiento de los ODM mediante diferentes estrategias. Dado que cuentan con dos años para cumplir con los objetivos, es muy probable que los países redoblen sus esfuerzos para lograrlos. De 33 países, 12 documentaron la vigilancia de los ODM relacionados con la salud.</p> <p>De 36 países, 13 siguen vigilando el cumplimiento de los ODM mediante la publicación de informes específicos, el respaldo a las mejoras en los sistemas nacionales de información de salud o mediante el despliegue de actividades de coordinación con diferentes entidades políticas a nivel nacional y organismos internacionales (BAH, BLZ, COL, CUB, GUT, GUY, JAM, NEA, PAN, PAR, PER, TRT y VEN). CAN y USA no hacen el seguimiento de los ODM aplicando la metodología de los acuerdos.</p>				

<b>RPR 11.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para facilitar la generación y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias, incluidas la salud pública y la investigación sobre sistemas de salud, y para velar por que los productos satisfagan las normas éticas de la OMS</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

119. Se logró plenamente el resultado previsto a nivel regional. Los Estados Miembros recibieron apoyo para facilitar la generación y transferencia del conocimiento en áreas prioritarias, como salud pública e investigación sobre sistemas de salud, y la información se organizó y se recopiló en bases de datos de libre acceso, lo cual promovió el análisis y facilitó el conocimiento de la estructura, las políticas y los recursos implantados, lo que a su vez originó información útil para orientar las mejoras en los sistemas nacionales de investigación en salud (como se documentó en informes y publicaciones). Aunque un número considerable de países ha alcanzado resultados tangibles, el trabajo aun está en marcha. No se ha logrado aun la apropiación plena de los países del proceso de gobernanza de la investigación y el uso sistemático de las herramientas para la misma a fin de permitirles integrar sistemáticamente los datos probatorios de la investigación científica ética y sólida con participación de la sociedad. El fomento del reconocimiento por parte de los diferentes sectores de gobierno del valor de la investigación ética y reflexiva para la salud, requerirá de apoyo sostenido hasta que los países puedan comprender y beneficiarse plenamente de los frutos de la investigación en cuanto al desarrollo social y económico, dado que la investigación es una herramienta para abordar los determinantes de salud e impulsa el progreso en las comunidades.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.4.1	Número de países que cuentan con un sistema nacional de investigación en materia de salud con las características (indicadores) definidas por la OPS	0	5	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>12 países y territorios alcanzaron este indicador: BRA, COL, CUB, DOR, ECU, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, PAR y PER.</p> <p>Un progreso significativo requiere de la evaluación de aspectos de calidad, como la estructura y el proceso y de resultados uniformes y sostenidos a fin de lograr la salud y el desarrollo.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.4.2	Número de países con comisiones nacionales destinadas a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica	12	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>22 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>El trabajo para lograr este indicador ha sido muy difícil dado que entra en conflicto con el acuerdo entre la OMS y UNESCO en cuanto al apoyo a los comités nacionales de ética. Para velar por el cumplimiento de los principios éticos en la investigación, se deben fortalecer en toda la Región otros elementos de los sistemas de ética de la investigación que no se registran en el indicador.</p>				

<b>RPR 11.5: La OPS será la fuente autorizada y la intermediaria en materia de información de salud pública basada en evidencia y conocimientos, suministrando conocimientos esenciales de salud y material de promoción de la causa a los Estados Miembros, a los socios en la esfera de la salud y a otros interesados directos</b>	Alcanzado parcialmente
---	------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

120. Este resultado previsto a nivel regional se alcanzó parcialmente; no se alcanzó la meta de un indicador. La visibilidad del sitio web de la OPS aumentó más del 150% en los motores de búsqueda durante el bienio 2012-2013 y se otorgó acceso a todos los Estados Miembros a la información de salud basada en datos probatorios y al material de promoción de la causa. Además, se establecieron más de 150 sitios de colaboración. La metodología de la OPS y las nuevas herramientas para las comunidades de prácticas se examinarán durante el bienio 2014-2015. Se instaló la plataforma regional de la OPS y se la ajustará a fin de completar la fase II para la coordinación institucional.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.5.1	Número de visitas a la página Web de la OPS	20 millones	40 millones	Sí
Observaciones: La visibilidad de la página web de la OPS aumentó en Google (192%), Yahoo (191%) y Bing (187%).				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.5.2	Mantener el número de países que tienen acceso a información sanitaria basada en evidencias y a material de promoción para el funcionamiento eficaz de los programas de salud, según se refleja en las Estrategias de Cooperación en los Países	33	33	Sí
Observaciones: 35 países alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA y VEN.  Los 35 países han tenido acceso a información de salud y al material de promoción de la causa producido por la OPS en el bienio 2012-2013. Se alcanzó la meta de llegar a 35 países.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada a sí/no
11.5.3	Creación de la plataforma de información regional de la OPS, que integre todas las bases de datos de la OPS y la información de los asociados pertinentes en materia de salud y desarrollo	Datos básicos y MAPIS	Plataforma creada y plenamente operativa	No
Observaciones: Se instaló la plataforma tecnológica necesaria. Está pendiente revisar y ajustar la organización para la circulación sistemática y articulada de la información para la fase II de la coordinación institucional.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
11.5.4	Número de Comunidades de Práctica establecidas y en uso en las entidades de la OSP	2	20	Sí
Observaciones: Hay 161 sitios de colaboración. Véase: <a href="http://sites.paho.org/Pages/HealthTopics.aspx">http://sites.paho.org/Pages/HealthTopics.aspx</a>				

<b>OE12: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias</b>			Alcanzado parcialmente <sup>25</sup> (89% de las metas del indicador alcanzadas)
Situación del RPR <sup>26</sup>	12.1	12.2	12.3

#### Panorama presupuestario del OE12

	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
59,9	20,2	38,1	58,3	90%	97%

#### Evaluación programática del OE12

121. Los Estados Miembros consideran que el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es un área de trabajo prioritaria en el desarrollo de sistemas de salud, fundamento de los principios del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Los países están priorizando esta área de trabajo mediante mecanismos de cooperación entre países, en particular en cuanto a regulación y uso de las tecnologías sanitarias, así como a través de los mecanismos subregionales de integración. La Región ha mantenido el liderazgo en la formulación de marcos de referencia para la política farmacéutica y de otro tipo de tecnología sanitaria y en la preparación de sistemas reguladores y procesos para evaluación, incorporación y uso de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. No obstante, persisten inequidades importantes en cuanto al acceso y el gasto en tecnologías sanitarias (en particular los desembolsos directos por parte de la persona) está aumentando rápidamente y es motivo de preocupación. Los programas de trabajo futuros en esta área abordarán el tema de la equidad en el acceso y el financiamiento para las tecnologías sanitarias.

#### Principales logros con respecto al OE12

a) El 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la resolución CD50.R9 (2010), *Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos*. Esta decisión se basó en la evaluación de 17 organismos nacionales de regulación, entre los que

<sup>25</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>26</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

se designaron siete como organismos de referencia de la OPS/OMS. Además, se firmaron acuerdos de cooperación con tres organismos nacionales de regulación (la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil [ANVISA], la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica [ANMAT] y la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos [FDA]), así como un acuerdo para brindar apoyo al establecimiento de sistemas reguladores en el Caribe. Bajo el liderazgo de la OPS, la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) adoptó un plan estratégico para el desarrollo de la red después de determinar las áreas de trabajo prioritarias en cuanto a la reglamentación y calidad de los medicamentos y las tecnologías sanitarias y la adopción de un plan estratégico para la convergencia reglamentaria en la Región. Además, cinco laboratorios oficiales de la OMS dedicados al control de la calidad de los medicamentos fueron precalificados durante el período.

b) Un grupo externo evaluó la iniciativa regional y plan de acción para la seguridad transfusional del 2006-2010. En la evaluación se destacó que los países han avanzado en cuanto a la donación voluntaria de sangre, que se ha promovido la capacidad para garantizar la calidad y que los servicios de sangre han sido racionalizados en redes de servicio dentro de los países. Los resultados se sometieron a la consideración del 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud como base para la formulación del futuro plan regional que se presentará al 53.º Consejo Directivo en el 2014.

c) La plataforma regional sobre acceso e innovación para tecnologías sanitarias se puso en marcha en mayo del 2012 como un instrumento regional para brindar apoyo a la aplicación de la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Hay más de 25 comunidades de práctica activas con 1.000 participantes que colaboran en áreas de política e innovación, reglamentación y uso de las tecnologías sanitarias.

d) En el 2012, se puso en marcha la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas, con la firma de acuerdos de cooperación con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil, el Organismo Canadiense para Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (CADTH) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). La red se estableció de conformidad con la resolución CSP28.R9 aprobada por la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2012) sobre la evaluación e incorporación de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud, un documento innovador de política en el que se propone vincular la toma de decisiones basadas en evidencia para la evaluación de tecnologías sanitarias con el proceso de toma de decisiones en los sistemas de salud a fin de administrar y usar las tecnologías sanitarias.

e) El número de países que participan en el Fondo Estratégico de la OPS aumentó a 24, y se ha prestado apoyo a mayor número de países participantes en cuanto al fortalecimiento de las compras y los sistemas de distribución. El volumen de compras siguió aumentando, con interés renovado de los Estados Miembros de acceder a los medicamentos para las enfermedades no transmisibles.

f) Los Estados Miembros aprobaron la resolución CSP28.R15, *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad*, en la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2012) y los países han priorizado la organización de los servicios de radiología para garantizar el acceso, la calidad y la seguridad.

### **Principales retos con respecto al OE12**

a) A medida que se definen nuevas prioridades en el ámbito de la salud pública, cada vez es más necesario prestar apoyo en cuanto a los temas relacionados con la política y reglamentación, y el uso de medicamentos y tecnologías sanitarias. Las áreas que se ocupan de las enfermedades y otras prioridades de salud pública (por ejemplo, reducción de la mortalidad materna) requerirán importante apoyo adicional en las esferas de trabajo ya mencionadas, mediante un enfoque basado en los sistemas de salud.

b) La necesidad de integrar los temas relativos a los medicamentos y las tecnologías sanitarias en todas las áreas técnicas de la OPS es de máxima importancia. Esta necesidad también se extiende a los

ministerios de salud que deben vincular su labor en torno al manejo de las tecnologías sanitarias con las áreas programáticas dedicadas a las enfermedades y los servicios de salud, y con los organismos nacionales de regulación.

c) Es necesario renovar los esfuerzos para promover el acceso a los medicamentos, la cobertura universal de salud y el uso racional y apropiado de los medicamentos en la comunidad, al mismo tiempo que se abordan los desembolsos directos, en particular con respecto a los medicamentos de venta libre. Estos temas se abordarán en la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en particular en la puesta en práctica del programa de trabajo en la categoría 4.

#### **Enseñanzas extraídas del OE12**

a) El aumento progresivo del acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es fundamental para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Las políticas eficaces en cuanto a las tecnologías sanitarias, en convergencia con la salud, la investigación e innovación y la política industrial, facilitan la ampliación progresiva del acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias dentro de los sistemas y servicios de salud.

b) Los medicamentos y las tecnologías sanitarias están consumiendo una proporción cada vez mayor de los presupuestos nacionales destinados a la salud. Sin embargo, el abastecimiento de medicamentos eficaces y de buena calidad puede garantizarse dentro de los sistemas de salud mediante el establecimiento de procesos que evalúen la eficacia, la costoeficacia y las repercusiones económicas de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. No obstante, los Estados Miembros deben considerar otros criterios más en cuanto a la incorporación de las tecnologías sanitarias.

c) Las alianzas estratégicas han sido muy eficaces al fortalecer la capacidad de reglamentación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias a nivel regional. Los acuerdos de colaboración entre las autoridades reguladoras y los países, así como la cooperación entre países, han dado lugar a mejoras considerables en la capacidad de reglamentación en toda la Región.

d) Las iniciativas regionales como el Fondo Rotatorio Regional de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública y la plataforma regional sobre acceso e innovación para tecnologías sanitarias han sido plataformas eficaces para que los Estados Miembros colaboren en los asuntos relacionados con la tecnología sanitaria e innovación y el acceso y la compra de suministros esenciales de salud pública. Otras regiones de la OMS están examinando estas iniciativas con miras a utilizar enfoques similares para mejorar el acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE12: Número de países de América Latina y el Caribe (ALC) donde el acceso a los productos médicos y las tecnologías esenciales se reconoce en la Constitución o en las leyes nacionales**

**Línea de base:** 6 países en el 2006

**Meta:** 14 países para el 2013

Diecinueve países de la Región han incorporado en su constitución o en la legislación relacionada con la salud el principio del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Además, más de 30 países han firmado tratados internacionales que adoptan estos mismos principios. Un componente central de la expresión de este derecho es el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Después del trabajo extenso realizado en el transcurso de cuatro años, la OPS completó una consulta sobre políticas farmacéuticas que incluyeron el principio del derecho a salud como un medio para garantizar el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces sin que esto cause dificultades financieras para las personas. El documento de referencia sobre la política recibió una crítica favorable por parte de los Estados Miembros en una reunión sobre las políticas farmacéuticas celebrada en Quito en abril del 2013 y actualmente se está divulgando. Los países están adoptando políticas farmacéuticas usando la orientación formulada en este marco.

**Indicador 2 del OE12: Número de países de ALC donde la calidad de los productos médicos y las tecnologías es vigilada por el organismo nacional de regulación**

**Línea de base:** 5 países en el 2006

**Meta:** 10 países para el 2013

Durante el periodo, 13 países han fortalecido los mecanismos nacionales que velan por la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias. En el 2010, los Estados Miembros aprobaron la resolución CD50.R9 del 50.º Consejo Directivo, *Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos*, y en el 2012, la resolución CSP28.R15 de la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad*. Dieciséis países han iniciado procesos a fin de evaluar las funciones de reglamentación básicas para los medicamentos y otras tecnologías sanitarias con la cooperación y el liderazgo de la OPS y, en consecuencia, están en marcha los planes de desarrollo institucional. Las autoridades reguladoras nacionales están colaborando para fortalecer los procesos reglamentarios y para encaminarse a sistemas reguladores más convergentes.

**Indicador 3 del OE12: Número de países de ALC donde los sistemas de adquisiciones del sector público comprenden la planificación, adquisición y distribución de productos médicos y tecnologías de calidad**

**Línea de base:** 6 países en el 2006

**Meta:** 16 países para el 2013

Veinticuatro países de la Región fortalecieron sus procesos nacionales para administrar la compra y el suministro de tecnologías sanitarias. El acceso a estas tecnologías sanitarias constituye un área de trabajo crítica para los países a medida que avanzan hacia la cobertura universal de salud. Para el proceso es esencial contar con planificación, programación, compra y distribución de productos médicos y tecnologías sanitarias de buena calidad.

**Indicador 4 del OE12: Número de países en ALC donde los organismos nacionales de regulación tienen la capacidad de desempeñar las siguientes funciones básicas, medidas de acuerdo con las normas internacionales: a) concesión de licencias; b) farmacovigilancia; c) sistema de liberación de lotes; d) acceso a un laboratorio de control de calidad; e) inspección de los fabricantes; y f) evaluación de los resultados clínicos**

**Línea de base:** 14 países con funciones de regulación de nivel básico, 6 con funciones de regulación de nivel intermedio, 2 con funciones de regulación de alto nivel implantadas en el 2016

**Meta:** 10 países con funciones de regulación de nivel básico, 7 con funciones de regulación de nivel intermedio y 7 con funciones de regulación de alto nivel implantadas para el 2013

Según la resolución CD50.R9 aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en el 2010, se consideraron siete autoridades reguladoras nacionales para ser designadas como autoridades nacionales de referencia de la OPS/OMS con un alto nivel de funcionalidad. Además, se consideró que nueve países presentaban funcionalidad intermedia, mientras que el resto presentaban funcionalidad de nivel básico, pero estaban trabajando para establecer vínculos con otros organismos de regulación de mayor trayectoria en los procesos nacionales de toma de decisiones o para llegar a acuerdos de colaboración.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 12.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el acceso equitativo a los productos médicos y las tecnologías sanitarias y la innovación tecnológica correspondiente</b></p>	<p>Alcanzado parcialmente</p>
---	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de cuatro de los cinco indicadores del RPR, no se alcanzó la meta de un indicador)

122. Los Estados Miembros han logrado adelantos importantes al mejorar el acceso a productos médicos y tecnologías sanitarias, como lo muestra la medición de estos indicadores, en particular en las áreas de formulación y ejecución de políticas farmacéuticas, fortalecimiento de las compras nacionales y los sistemas de distribución para tecnologías sanitarias y en los procesos relacionados con la asignación de prioridades e incorporación de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. A pesar de que no se alcanzó la meta del indicador, los países lograron avances importantes en la donación voluntaria de sangre como medio para garantizar el acceso a sangre segura y de buena calidad.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.1.1	Número de países que han ejecutado políticas que promueven el acceso o la innovación tecnológica de los productos médicos	17/36	27/36	Sí
<p>Observaciones: 27 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Además, el documento <i>Concept, Strategies and Instruments for Pharmaceutical Policies in the Americas</i> se difundió y fue validado por los países de América Latina y el Caribe en el 2013, con lo cual se ha convertido en una herramienta para el mejoramiento o la formulación de políticas integrales sobre la tecnología sanitaria.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.1.2	Número de países que han establecido o fortalecido sus sistemas nacionales de compra, producción o distribución de productos médicos	15/36	24/36	Sí
<p>Observaciones: 24 países alcanzaron este indicador: BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOR, ELS, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, PAN, PAR, PER, NIC, SAL, SUR y TRT.</p> <p>Los países han fortalecido algunas funciones clave en sus sistemas de compra y distribución de productos médicos. También se ha puesto en marcha un sistema de seguimiento y evaluación a fin de asegurar la disponibilidad de medicamentos antimaláricos y antirretrovíricos para velar por la continuidad del tratamiento en los países.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.1.3	Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	8	17	No
<p>Observaciones: 10 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, BLZ, CAN, CUB, FDA, NEA, NCA, NIC, SUR y USA.</p> <p>Los países han logrado una mejora considerable en este indicador con respecto al 2008. Aunque este indicador constituyó una meta excesivamente ambiciosa para el período de seis años, la donación</p>				



voluntaria de sangre no remunerada constituirá un pilar importante de la nueva estrategia quinquenal para la sangre segura que será estudiada para su adopción por el Consejo Directivo de la OPS en el 2014.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.1.4	Número de países que cuentan con instrumentos para evaluar el acceso a las tecnologías sanitarias	5	20	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HAI, MEX, NIC, PAN, PER, TRT, URU y VEN.</p> <p>Los países están dando prioridad al tema del acceso a las tecnologías sanitarias dentro de la agenda de cobertura universal de salud. GUT creó una herramienta para evaluar el acceso a las tecnologías sanitarias que se envió a unas pocas instituciones para validación. ECU logró un importante avance en la reglamentación de los dispositivos médicos y participa en forma activa en el grupo de trabajo sobre dispositivos médicos y en la red de evaluación de tecnologías sanitarias de las Américas (RedETSA). DOR fue incluido en el grupo de trabajo sobre dispositivos médicos y creó una herramienta importante para el manejo de las tecnologías sanitarias. ELS aprobó una lista única de medicamentos y fue incluido en la red de evaluación de tecnologías sanitarias de la Región de las Américas. PAN es un miembro activo del grupo de trabajo sobre dispositivos médicos y participó en el ejercicio de mapeo para adquirir conocimientos acerca de la situación de la reglamentación, evaluación y el manejo de dispositivos médicos en la Región. Los 15 países restantes habían logrado la meta a fines del 2011.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.1.5	Número de países usando el Fondo Estratégico de Suministros Esenciales de Salud Pública de la OPS	10	18	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>23 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HAI, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, TCA, URU y VEN.</p> <p>Los países mencionados participan en el Fondo Estratégico de la OPS mediante la firma de acuerdos de participación, el empleo de la cooperación técnica en cuanto a las compras y manejo de suministros o mediante el uso del mecanismo del fondo para obtener medicamentos y suministros esenciales. En el 2013, los países usaron el fondo para comprar suministros por un valor de US\$ 43,6 millones.</p>				

<b>RPR 12.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos y las tecnologías sanitarias</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

123. Los Estados Miembros lograron importantes avances en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de regulación, y en la adopción y ejecución de las normas internacionales para velar por la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias. De conformidad con las resoluciones de la OPS, los Estados Miembros llevaron a cabo la evaluación de las funciones de regulación y definieron las vías nacionales para fortalecer la capacidad reguladora, lo que incluyó la elaboración y ejecución de convenios de colaboración internacional entre los Estados Miembros. Además, los Estados Miembros participaron

activamente en la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) y adoptaron las normas de OPS/OMS en campos temáticos reglamentarios esenciales. Los Estados Miembros también participaron en los talleres regionales de la OPS y el Organismo Internacional de Energía Atómica acerca de la adopción de las normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.2.1	Número de países evaluados en sus funciones reguladoras de los productos médicos	0	13	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>14 países alcanzaron este indicador: BOL, BRA, CHI, COL, CUB, DOR, ECU, ELS, HAI, HON, MEX, PAN, PER y SUR.</p> <p>Además, DOR, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, PER y SUR han estado trabajando en el fortalecimiento de sus capacidades locales. Hasta la fecha, hay cinco autoridades regulatorias nacionales reconocidas como organismos regionales de referencia (ARG, BRA, COL, CUB y MEX). Las autoridades regulatorias nacionales de CAN y USA iniciaron el proceso de evaluación a fin de ser reconocidas como organismos regionales de referencia. Muchos otros países de la Región están comprometidos a fortalecer su capacidad nacional de regulación. Además, los siguientes países (no incluidos en los países que alcanzaron el indicador) han evaluado las funciones reguladoras en cuanto a dispositivos médicos: ARG, CAN, COR, PAR y URU. Y los siguientes países han recibido apoyo para crear organismos nacionales de regulación para la seguridad radiológica: BAH, BAR, DOM, GUY, HAI, JAM, SCN, SAL, SAV y TRT.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.2.2	Número de países que han ejecutado normas, pautas o lineamientos internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias	4	14	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>19 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, GUT, GUY, MEX, PAN, PER, SUR, TCA, TRT y URU.</p> <p>Además, se pusieron en marcha iniciativas subregionales para dar cumplimiento a los principios acordados a nivel internacional para el mejoramiento de las reglamentaciones nacionales en la zona andina, Centroamericana, el Caribe y el Cono Sur.</p> <p>Se han logrado avances considerables en esta área: se han elaborado, y en algunos se han aprobado y han entrado en vigor, reglamentaciones nacionales sobre productos biológicos, productos farmacéuticos y otras tecnologías sanitarias, incluso sobre la radiación ionizante. Además, por intermedio de Salud Canadá y otras autoridades regulatorias nacionales, varios acuerdos colaborativos han fomentado la aplicación de las recomendaciones internacionales sobre medicamentos y tecnologías sanitarias en los Estados Miembros. Todos los países de la Región participaron en la VII Conferencia de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Ottawa, del 5 al 7 de septiembre del 2013) y los países también participaron en dos talleres y reuniones regionales que trataron el tema de la seguridad radiológica (en Costa Rica en el 2012 y en Uruguay en el 2013) a fin de presentar las normas internacionales de seguridad radiológica e iniciar el proceso de elaboración, revisión y actualización de las reglamentaciones nacionales.</p>				

<b>RPR 12.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el uso racional y eficaz de los productos médicos y las tecnologías sanitarias que sean costo-efectivos y estén basados en las mejores evidencias disponibles</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzaron 2 de las 2 metas de los indicadores de RPR)

124. Los Estados Miembros priorizaron los procesos para evaluar los medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias, y se comprometieron a actualizar, diseminar, ejecutar y publicar regularmente las listas nacionales de medicamentos esenciales. Además, los Estados Miembros fortalecieron en forma activa los procesos nacionales para la evaluación y la incorporación de las tecnologías sanitarias en los planes de prestaciones y servicios de salud, de conformidad con las resoluciones de la OPS. Los Estados Miembros mejoraron el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, elaboraron estrategias nacionales para promover su aprovechamiento y lo evaluaron, y capacitaron a los recursos humanos con la cooperación técnica de la OPS. Al mismo tiempo, los Estados Miembros participaron en la red de evaluación de tecnologías sanitarias de la Región de las Américas, mediante el intercambio de información y experiencias dentro de la red en cuanto a la evaluación de las tecnologías sanitarias y los mecanismos nacionales para la toma de decisiones respecto al uso en los sistemas de salud. Los países en otras regiones de la OMS están examinando este programa de trabajo como modelo para desarrollar el tema en el futuro.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.3.1	Número de países que cuentan con pautas para definir e incorporar tecnologías sanitarias	11/36	20/36	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>20 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BOL, BRA, COL, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SUR, TRT y URU.</p> <p>En el 2013, ELS fue incluido en la red de evaluación de tecnologías sanitarias de la Región de las Américas (RedETSA) demostrando su compromiso por avanzar hacia el establecimiento de los procesos de toma de decisiones basados en la evaluación de las tecnologías sanitarias; PER es un miembro activo de la RedETSA y realizó un informe nacional acerca de la capacidad de evaluación de tecnologías sanitarias, que se presentó en la reunión de la RedETSA en septiembre del 2013; DOM participó en su primera actividad en cuanto al enfoque integrado de evaluación de las tecnologías sanitarias mediante un taller sobre la aplicación de herramientas esenciales en el proceso de toma de decisiones para promover la cobertura universal de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
12.3.2	Número de países que realizan sus compras públicas sobre la base de una lista de medicamentos esenciales actualizada en los últimos 5 años	19	28	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>28 países alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SUR, TRT y URU.</p> <p>Muchos países han logrado avances en cuanto a la actualización, difusión, aplicación y publicación regular de las listas de medicamentos esenciales.</p>				

<b>OE13: 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</b>					Alcanzado parcialmente <sup>27</sup> (92% de las metas del indicador alcanzadas)
Situación del RPR <sup>28</sup>	13.1	13.2	13.3	13.4	13.5

### Panorama presupuestario del OE13

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
63,4	26,0	14,4	40,4	92%	64%

### Resumen de la evaluación programática del OE13

125. Los Estados Miembros lograron y mantuvieron importantes avances durante el período en cuanto a la formulación de los planes de recursos humanos para la salud, las políticas y estrategias encaminadas a aumentar el acceso a personal de salud capacitado, de acuerdo con los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. A fines del 2013, 29 países y territorios tenían políticas para fortalecer los recursos humanos para la salud. En el análisis y seguimiento de las 20 metas regionales en cuanto a los recursos humanos para la salud a nivel de país se mostró progreso con respecto a cinco retos fundamentales: 1) políticas y planes de largo plazo sobre los recursos humanos para la salud, 2) acceso equitativo al personal de salud, 3) control de la migración del personal de salud, 4) mejoramiento de las condiciones de trabajo y 5) coordinación entre los sectores de la salud y la educación. Los avances ha sido desiguales entre los países. La distribución y retención del personal de salud frente a la demanda y la coordinación entre las instituciones dedicadas a la salud y a la educación son los dos retos más persistentes.

126. Las autoridades nacionales de salud promovieron en muchos países de la Región la capacidad de gestión estratégica del personal de salud, adoptaron políticas de apoyo a los cambios en el sistema de salud y el modelo de atención, interactuaron con otros sectores pertinentes del gobierno e involucraron a los actores sociales e interesados directos cruciales. Diversas iniciativas (un curso internacional de especialización sobre el manejo de las políticas de recursos humanos para la salud, ofrecido por el centro para la investigación internacional en humanidades y ciencias sociales de la Universidad de Nueva York, un curso virtual de la OPS sobre el liderazgo en las políticas de recursos humanos para la salud, entre otros) han contribuido a la profesionalización de la gestión de este tipo de recursos humanos en la Región. La migración internacional del personal de salud, una inquietud que anteriormente se limitaba a los países del Caribe, ahora está plenamente reconocida y documentada en toda la Región y es el tema de políticas específicas en los niveles nacionales y subregionales. En el 2010, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la

<sup>27</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>28</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente), amarillo (alcanzado parcialmente)

resolución CD50.R7, *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*, y en el 2013 el 52.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD52.R13, *Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. Dos redes regionales, asociadas con el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud y el Campus Virtual de Salud Pública, han desempeñado un papel importante al proporcionar plataformas dinámicas para el debate de políticas y la cooperación técnica entre los países.

### **Logros principales con respecto al OE13**

- a) Veintinueve países y territorios de la Región han elaborado un plan nacional de recursos humanos para la salud.
- b) Veinticuatro países produjeron una evaluación de línea de base de las 20 metas regionales de los recursos humanos para la salud y 16 supervisaron los avances mediante una segunda evaluación; algunos países están realizando la evaluación al nivel subnacional.
- c) En 17 países se llevaron a cabo evaluaciones de los programas prioritarios de recursos humanos para la salud mediante una metodología de investigación en ejecución participativa.
- d) Se elaboró una hoja de ruta de recursos humanos para la salud para el Caribe, 2012-2017.
- e) Se señalaron los principales asuntos y retos que enfrenta la promoción de recursos humanos para la salud para los pueblos indígenas del continente americano.
- f) La aptitud profesional e institucional para la gestión estratégica de recursos humanos para la salud se mejoró en la mayoría de los países de la Región. Más de 200 líderes y gerentes de alto nivel en el tema de recursos humanos para la salud participaron en un curso virtual sobre el liderazgo de este tipo de recursos humanos y en el programa ofrecido por el centro de la Universidad de Nueva York.
- g) Los compromisos y programas de recursos humanos para la salud para lograr la cobertura universal de salud fueron adoptados por 16 países durante el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Recife, del 10 al 13 de noviembre del 2013).
- h) Nueve países de la Región modernizaron su legislación sobre las carreras de los profesionales del sector de la salud pública.
- i) Las cinco asociaciones principales de escuelas y facultades de ciencias de la salud de la Región (medicina, enfermería, farmacia, odontología y salud pública) acordaron fortalecer su misión social y transformar la formación de los profesionales de la salud y enfocarla al apoyo de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.
- j) El Campus Virtual de Salud Pública fue incluido como una estrategia de cooperación técnica entre los países a fin de promover aún más las competencias de salud pública del personal de la salud en servicio y también para crear un consultorio de capacitación virtual para fomentar las competencias clínicas de los equipos de atención primaria de salud. A fines del 2013, 16 nodos de país y más de 150 instituciones de salud pública formaban parte de la red descentralizada del campus virtual.
- k) Algunos estudiantes de ciencias de la salud de 511 centros académicos de América Latina se beneficiaron de los materiales de instrucción y del equipo médico básico y accesible mediante el programa PALTEX.

### Principales retos con respecto al OE13

- a) La distribución equitativa del personal de salud en relación con la demanda y la reforma del sector de la educación a fin de brindar apoyo a la implantación de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud continúan siendo los principales retos, tal como se documentó en la segunda evaluación de las 20 metas regionales en cuanto a los recursos humanos para la salud.
- b) En la Región, es poco lo que se ha avanzado en cuanto a la capacidad institucional de proyección y planificación de recursos humanos para la salud a fin de abordar las brechas actuales y futuras.
- c) Los marcos normativos que rigen la práctica profesional a menudo son arcaicos y limitan la utilización óptima de los perfiles profesionales existentes y nuevos para responder a las expectativas de las comunidades y mejorar el acceso, la calidad y la aceptabilidad de la atención.
- d) Persisten algunas disparidades importantes en cuanto a la composición del personal en el área de la salud dada la carencia de médicos de familia y de atención primaria de salud, enfermeras de atención primaria, farmacéuticos de la comunidad, nutricionistas y otras categorías de personal de salud.
- e) Los sistemas de apoyo a los equipos de atención primaria de salud, como el acceso a la educación continua y las redes de telemedicina, especialmente en las zonas remotas o rurales y en las comunidades indígenas, son limitados.
- f) En la mayor parte de los países sigue habiendo limitaciones en cuanto a la promoción y regulación de los mercados laborales en el ámbito de la salud, especialmente en el primer nivel de atención, a fin de garantizar el acceso eficaz a servicios de calidad, incluida la prestación de condiciones de trabajo competitivas y de sistemas de incentivos.

### Enseñanzas extraídas del OE13

- a) Las 20 metas regionales establecidas para el período 2007-2015 en cuanto a los recursos humanos para la salud marcaron un cambio desde un enfoque centrado en el proceso hacia uno centrado en lograr cambios. La metodología concebida para la evaluación contribuyó a una fomenta una cultura de seguimiento y evaluación. Su naturaleza participativa movilizó a diversos interesados directos bajo el liderazgo de las autoridades nacionales de salud para promover la aplicación de una visión común del cambio deseado y de los medios para lograrlo.
- b) La combinación de estrategias de cooperación encaminadas a la formulación de políticas, puesta en práctica de programas y formación de capacidad es una medida eficaz que mejora la gobernanza y permite avanzar hacia los resultados deseados.
- c) El uso de redes descentralizadas articuladas en un modelo y estructura regional común, apoyado por plataformas web 2.0 dinámicas como el observatorio de recursos humanos y el Campus Virtual de Salud Pública, desempeña una función crucial para facilitar la cooperación entre países y el intercambio de conocimientos y herramientas como recursos de acceso abierto.

### Avance hacia los resultados a nivel del impacto

**Indicador 1 del OE13: Número de países donde la densidad de la fuerza laboral de salud (desglosada por rural, urbana, sexo y categoría ocupacional, cuando sea posible) llega a 25 trabajadores de salud por cada 100.000 habitantes**

**Línea de base:** 12 países en el 2006

**Meta:** 35 países (100%) para el 2013

La meta de 35 países con densidad del personal de salud igual o mayor a 25 por cada 10.000 personas fue excesivamente ambiciosa y no se logró al final del período. El incremento de la densidad del personal de salud requiere aumentar el flujo o el número de personas formadas, reducir la deserción, o ambas cosas, de manera que supere el crecimiento de la población. Las inversiones financieras conexas y la capacidad de planificación quizá sean prohibitivas, en particular para los países de ingresos bajos y aquellos afectados en forma negativa por la crisis económica del 2008. Dada la complejidad de ampliar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud, el progreso logrado a fines del período es notable en cuanto a que el número de países con una densidad igual o mayor a 25 por cada 10.000 personas aumentó más del doble durante este período, de 12 a 25 en el 2013.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 13.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar planes y políticas en materia de recursos humanos a fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio</b>	Alcanzado plenamente
--	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

127. Los Estados Miembros estuvieron comprometidos firmemente con la formulación de políticas, estrategias y planes de recursos humanos para la salud, encaminados a mejorar el acceso eficaz al personal de salud capacitado en el contexto de sistemas basados en la atención primaria de salud. Veinte metas regionales relativas a los recursos humanos para la salud fueron adoptadas por la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007. Se realizó una evaluación de línea de base en los países en el periodo 2009-2010 y se realizó una segunda evaluación en el 2013. Los países han constituido unidades estratégicas con capacidad de planificación en recursos humanos para la salud, las han articulado con unidades dentro de los servicios de salud y también han interactuado con otros sectores (educación) y con los interesados directos pertinentes de la comunidad. La capacidad de diseño y ejecución del programa de recursos humanos para la salud se evaluó a nivel de país. Algunas entidades subregionales —Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSA), Organismo Andino de Salud (ORAS) y Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA)— han planteado agendas subregionales y han constituido grupos técnicos especializados en recursos humanos para la salud. A fines del período, se analizaron los cuellos de botella y se aprobó una nueva resolución por parte del 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo del 2013. Numerosos países participaron activamente y presentaron compromisos formales en cuanto a los recursos humanos para la salud y la cobertura universal de salud en el Tercer Foro Mundial sobre los recursos humanos para la salud, celebrado en Recife. Varias cohortes de líderes de recursos humanos para la salud se capacitaron en políticas y planificación para este tipo de recursos humanos en el Campus Virtual de Salud Pública.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.1.1	Número de países con políticas nacionales para el fortalecimiento de la fuerza laboral de salud con la activa participación de los actores interesados y gobiernos	12	28	Sí
<p>Observaciones:                      29 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NEA, NIC, PAR, PER, PUR, SAL, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Se ha mantenido el progreso en toda la Región, con políticas dirigidas al personal de la salud en general,</p>				

a grupos específicos de profesionales (por ejemplo, enfermería) o a programas específicos (por ejemplo, salud familiar). Se elaboró con los países del Caribe una hoja de ruta de los recursos humanos para la salud. Nuevos retos surgirán en el contexto de las enfermedades no transmisibles y la cobertura universal de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.1.2	Número de países con procesos de cooperación horizontal para el cumplimiento de las metas regionales relativas a los recursos humanos para la salud	2	6	Sí
<p>Observaciones: 10 países alcanzaron este indicador: ARG, BRA, CAN, CUB, ECU, GUT, MEX, NIC, PER y USA.</p> <p>Los países han adoptado estrategias de cooperación técnica y financiera, acuerdos bilaterales y multilaterales, e iniciativas para mantener los avances en cuanto al logro de las metas y los objetivos relacionados con los recursos humanos para la salud.</p>				

<b>RPR 13.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para establecer un conjunto de indicadores básicos y sistemas de información en materia de recursos humanos para la salud</b>	<b>Alcanzado parcialmente</b>
---	-------------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de uno de los dos indicadores del RPR)

128. En paralelo con la formulación de políticas, estrategias y planes de recursos humanos para la salud en los países de la Región, se ha mantenido el progreso en cuanto a la creación de sistemas de información de recursos humanos para la salud y de datos básicos. La evaluación de las 20 metas regionales establecidas con respecto a los recursos humanos para la salud impulsó la recopilación y organización de la información de este tipo de recursos. La red regional de observatorios nacionales y subregionales de recursos humanos para la salud ha contribuido a la promoción de la política de recursos humanos para la salud basada en información con participación de los interesados directos. El modelo estratégico del observatorio se examinó y se renovó con una estructura del sitio web que facilita el intercambio de información, datos probatorios y experiencias entre los nodos nacionales, subregionales y regionales. La meta no se logró con respecto al número de observatorios nacionales debido a las dificultades encontradas durante la preparación de una red de observatorios en el Caribe.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.2.1	Número de países que disponen de una base de datos para vigilar la situación y las tendencias de la fuerza laboral de salud, actualizada cada dos años como mínimo	10	29	Sí
<p>Observaciones: 29 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAR, PER, SAL, TRT, URU y USA.</p> <p>Ha habido progreso considerable en la Región, según lo indica el aumento del número de países que supervisan la situación y las tendencias en cuanto al personal de salud. Durante el periodo, USA creó un centro de personal en el área de salud en la administración federal de recursos y servicios de salud, el cual recopiló y analizó la información sobre los recursos humanos para la salud en el contexto de la ley</p>				



sobre atención asequible de salud de ese país. Chile tiene un sistema de información de recursos humanos para la salud bien desarrollado.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.2.2	Número de países que participan en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud para la producción de información y pruebas científicas para la adopción de decisiones	18	36	No
<p>Observaciones:</p> <p>29 países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, DOR, COR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, NCA, PAR, PER, PUR, SAL, TRT, URU, USA y VEN.</p> <p>Esta meta no podía lograrse sin participación de la mayoría de los países y territorios del Caribe, lo que a su vez dependía de la creación en esta subregión de un observatorio de los recursos humanos para la salud. No se cumplieron los requisitos institucionales y financieros para la operación de un observatorio en el Caribe, en parte debido al impacto de la crisis económica en la subregión.</p>				

<b>RPR 13.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para formular y aplicar estrategias e incentivos destinados a contratar y retener al personal de salud en función de las necesidades de sistemas de salud basados en la atención primaria</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

129. El trabajo “precario”, referido al personal de salud sin un arreglo contractual formal y, por consiguiente, sin ningún tipo de protección social, ha disminuido considerablemente en los países de la Región, no solo porque se trata de un imperativo moral sino también a fin de mejorar la motivación y el desempeño del personal de salud. Se prestó mayor atención a asegurar condiciones saludables y seguras en el trabajo para el personal de salud. Se diseñaron iniciativas regionales y subregionales para intercambiar las experiencias de los países y modernizar las carreras profesionales, se llevaron a cabo estudios acerca de los aspectos de salud y seguridad de las condiciones de trabajo en los hospitales, y en el Campus Virtual de Salud Pública se capacitaron líderes en la formulación de políticas de trabajo decentes.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.3.1	Número de países que han establecido una política de carrera del personal de salud	4	14	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>14 países alcanzaron este indicador: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, NIC, PAR, PER y USA.</p> <p>Los países han dedicado recursos considerables a la evaluación y modernización del desarrollo profesional de los recursos humanos para la salud de acuerdo con los cambios en la organización de los servicios de salud, las expectativas de la población y la necesidad de mejorar la motivación y retención de la fuerza laboral. En algunos países, hubo negociaciones intensas con las asociaciones del personal de salud y las comisiones parlamentarias que preparaban nuevos marcos jurídicos.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.3.2	Número de países que han puesto en práctica políticas y sistemas de gestión de recursos humanos de salud, orientados a mejorar la calidad del empleo en el sector de la salud	4	17	Sí
Observaciones: 18 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUY, NIC, PAN, PAR, PER, URU y USA.  Nueve países alcanzaron la meta regional de reducir a la mitad la proporción de personal de salud sin contratos formales ni protección social, mientras otros están avanzando considerablemente en esta dirección. Siete países están aplicando políticas de salud y seguridad para el personal de salud.				

**RPR 13.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas y las estrategias de educación a nivel nacional, con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de la salud centradas en la atención primaria de salud**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)

130. Es cada vez mayor el interés por parte de los Estados Miembros en mejorar la convergencia entre la creación de una fuerza laboral para la salud, las políticas del sistema de salud y el mayor reconocimiento de la necesidad de contar con asociaciones estratégicas con las instituciones de capacitación en la formulación de los planes y las estrategias de los recursos humanos para la salud. En algunos países, este interés adoptó la forma de un diálogo entre las instituciones dedicadas a la salud y a la educación, otros han creado mecanismos de coordinación formales y algunos más han reubicado o descentralizado la educación médica hacia las zonas rurales y remotas o dentro de las comunidades vulnerables, y están reformando la educación médica de posgrado para asegurar la disponibilidad de la atención primaria de salud y especialidades amplias. Cada vez más, se han revisado los programas de estudios para orientarlos más hacia la atención primaria y los determinantes sociales de la salud. La enseñanza superior sigue siendo elitista en varios países y se necesita un cambio mayor. Las redes de ciberaprendizaje se están expandiendo rápidamente en la Región, como lo demuestra el crecimiento del Campus Virtual de Salud Pública y el diseño de un consultorio de capacitación virtual. La resolución CD50.R7 del 50.º Consejo Directivo, *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*, fue aprobada por los Estados Miembros en el 2010. Se elaboró un marco regional para las competencias esenciales de salud pública con la participación amplia de profesionales e instituciones de América Latina y el Caribe. El programa de líderes en salud internacional contribuyó a promover las capacidades de los países para la diplomacia y cooperación mundial entre los países. El programa PALTEX, que sirve a una red de más de 500 instituciones de enseñanza de 19 países de América Latina, fue transferido a la OPS en el 2012.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.4.1	Número de países con mecanismos conjuntos de planificación entre las instituciones de formación y los servicios de salud	4	23	Sí
Observaciones: 23 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU,				

FEP, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PER, PAN, SUR y URU.

Los países han aplicado una variedad de mecanismos para la coordinación entre las esferas de la salud y la educación. Algunos ejemplos incluyen memorandos de entendimiento, acuerdos de trabajo, mesas redondas interministeriales, foros conjuntos, entre otros. Estas prácticas son más prevalentes en la educación médica de posgrado (o residencias médicas).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.4.2	Número de países con políticas para reorientar la educación en ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud	4	13	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>21 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HAI, MEX, NIC, PAR, PER, SUR, URU, USA y VEN.</p> <p>Las facultades de ciencias de la salud en estos países, instituciones principalmente públicas, se han ocupado activamente de la transformación de sus programas de estudios para promover la atención primaria de salud mediante la exposición temprana y el aumento en las prácticas dentro de los hogares y las comunidades, el mayor reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y el mayor énfasis en la salud rural.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.4.3	Número de países que han establecido redes de aprendizaje para mejorar las competencias en materia de salud pública del personal de salud	5	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>16 países y territorios han establecido una red de ciberaprendizaje en salud pública: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, CAN, COR, CUB, ECU, ELS, MEX, PAR, PAN, PER, PUR y URU.</p> <p>El Campus Virtual de Salud Pública creció de manera sostenida durante el período como plataforma colaborativa regional de acceso abierto para el desarrollo de competencias de salud pública en el personal del área de la salud. Ha alcanzado 16 nodos de país y participan más de 150 instituciones de salud pública. A nivel regional ha preparado y presentado 83 cursos con instructor en los temas de políticas considerados prioritarios por la OPS. Los nodos de país han preparado unos 160 cursos con instructor y ahora se puede acceder en línea a 36 cursos autoadministrados. La biblioteca virtual de recursos educativos de acceso abierto del Campus, localizada en BIREME, tiene más de 7.000 recursos. Aproximadamente 3.500 profesionales de la Región han terminado al menos uno de estos cursos. Se han diseñado aplicaciones especiales para tabletas y teléfonos móviles. Cuatro países están participando en el diseño de un consultorio de capacitación virtual, encaminado a desarrollar competencias clínicas en profesionales que forman parte de equipos de atención primaria de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.4.4	Número de países que participan en el programa de líderes de salud internacional de la OPS	0	25	Sí

Observaciones:  
 35 países y territorios alcanzaron este indicador: ANI, ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA y VEN.

El programa de líderes en salud internacional es el programa de capacitación más ambicioso y el único plenamente bilingüe ofrecido por la OPS a través del Campus Virtual de Salud Pública. El interés en el programa se ha mantenido y han participado profesionales de alto nivel del sector de la salud pública, oficinas de relaciones internacionales, institutos de seguridad social, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y los coordinadores de las Brigadas Cubanas en países prioritarios. Este programa apoya las capacidades de los países en cuanto a la diplomacia mundial y promueve la cooperación entre los países en los temas de interés común. El desafío por delante es establecer un nódulo institucional del Campus Virtual en Salud Pública en el Caribe de habla inglesa.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.4.5	Número de países con sistemas de acreditación de los programas de formación de las ciencias de la salud	13	20	Sí

Observaciones:  
 24 países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, ECU, FEP, GRA, JAM, MEX, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT y USA.

Estos países establecieron programas de acreditación para la educación médica y de enfermería, casi siempre administrados por un organismo independiente especializado en acreditación.

<b>RPR 13.5: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la gestión de la migración internacional de los trabajadores de la salud</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

131. Este RPR representa un logro notable en la Región, ya que el tema de la migración del personal de la salud inicialmente se limitó a la profesión de enfermería en los países del Caribe. La OPS tomó la iniciativa en el 2007 con la adopción de tres metas regionales de los recursos humanos para la salud en cuanto al control de la migración de este personal. Los países de América Latina se interesaron no solo en documentar los flujos del personal de salud a través de las fronteras sino también en buscar nuevas estrategias para retener o incluso volver a traer al personal de salud que había migrado a otros países. Se hizo un seguimiento intenso a la adopción del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, la promoción de políticas de “autosuficiencia” para los países receptores y la formulación de sistemas para la evaluación del personal de salud formado en el extranjero. La Cooperación Cubana ha establecido arreglos específicos con muchos países de la Región. El personal del área de la salud es muy móvil entre los países y es probable que se intensifique la competencia por profesionales de atención primaria de salud en el futuro en el contexto de la cobertura universal de salud.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.5.1	Número de países que analizan y vigilan la dinámica de la migración de los trabajadores de la salud	5	20	Sí

Observaciones:  
 20 países alcanzaron este indicador: BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, JAM, NIC, PAR, PER, TRT, URU, USA y VEN.

Al comienzo del período, la migración del personal de salud era una preocupación para un número limitado de países, tanto los países receptores (CAN y USA) como los países de origen (del Caribe). Se logró un gran avance en la Región al posicionarse mejor el tema y documentar la migración mediante estudios llevados a cabo a nivel nacional, específicamente acerca del personal de enfermería o con inclusión de otras profesiones de salud, con el apoyo y la participación de entidades subregionales.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
13.5.2	Número de países que participan en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud	4	16	Sí

Observaciones:  
 17 países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, BRA, BOL, CAN, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, JAM, PAR, PER, TRT, URU, USA y VEN.

Se ha logrado un gran avance en cuanto a este indicador en la Región. El Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2010; se estableció la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud, y un número cada vez mayor de países tiene acuerdos bilaterales o multilaterales (con la Cooperación Cubana, *Mais Médicos*, etc.) para afrontar la migración del personal de salud.

<b>OE 14: Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible</b>					Alcanzado plenamente <sup>29</sup> (100% de las metas del indicador alcanzadas)
Situación del RPR <sup>30</sup>	14.1	14.2	14.3	14.4	14.5

**Panorama presupuestario del objetivo estratégico**

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
35,1	12,9	6,0	18,9	95%	54%

<sup>29</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>30</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

### **Evaluación programática del OE14**

132. Los Estados Miembros han realizado grandes avances en la extensión de la protección social por medio de financiamiento justo, adecuado y sostenible. Algunos programas de protección social, como el Seguro Popular de México y el Sistema Único de Salud de Brasil, han ayudado a incorporar a cientos de millones de personas. En toda la Región, los programas de transferencias condicionadas de efectivo han facilitado el acceso a los servicios de salud, extendiendo la protección social a poblaciones que de lo contrario estarían excluidas. A pesar de este progreso y de la reducción de la proporción del financiamiento de la salud correspondiente a gastos en efectivo de 60% a menos de 40%, mucho queda por hacer con respecto a la justicia y la equidad. En efecto, la gran mayoría de los países siguen presentando cifras superiores a 30%, que se consideran demasiado altas, ya que exponen a las personas y a sus familias a gastos catastróficos y dificultades financieras. Con respecto al financiamiento adecuado sostenible, cabe señalar que los gastos de salud pública han aumentado desde la línea de base del 2006, beneficiándose de un ciclo económico en expansión en la mayoría de los países (salvo en 2008-2009). Sin embargo, a pesar del aumento del gasto de salud pública en términos reales, como porcentaje del PIB bajó de 4,1% en el 2010 a un promedio de 3,8% en el 2011, lo cual refleja una disminución de la prioridad social asignada a la salud. Por otro lado, no se está llevando la cuenta de los gastos en atención primaria de salud, de manera que no se puede decir si el financiamiento público para la salud ha estado promoviendo modelos de atención centrados en las personas, en el marco de redes integradas de prestación de servicios de salud, que son el medio principal para lograr que los sistemas de salud sean sostenibles con el transcurso del tiempo y respondan mejor a las necesidades de la población.

### **Principales logros con respecto al OE14**

- a) Dieciséis países previstos en la meta tienen planes para mejorar sus mecanismos financieros.
- b) Ocho países hicieron estudios sistemáticos del impacto de los gastos catastróficos en la salud, la pobreza y las desigualdades.
- c) Ocho países tienen políticas explícitas o mecanismos financieros para reducir o eliminar el riesgo financiero asociado con las enfermedades y los accidentes.
- d) El MERCOSUR y los países andinos hicieron análisis minuciosos de la protección financiera en la salud y los gastos catastróficos.
- e) Todos los países de la Región están proporcionando información financiera a la base de datos de indicadores básicos de la OPS o a la base de datos de las cuentas nacionales de salud de la OMS.
- f) Diecisiete países han institucionalizado procesos para producir información sobre los gastos sanitarios.
- g) Doce países han implementado planes de seguro y planes nacionales de salud que abordan la cobertura universal por medio de garantías explícitas de atención de salud.
- h) Dieciséis países han mejorado el nivel y la calidad de la información relacionada con la exclusión y la cobertura de salud.

### **Principales retos con respecto al OE14**

- a) A pesar de los planes para mejorar los mecanismos financieros, queda mucho por hacer: por un lado, para ejecutar estos planes, y por el otro, para elaborar planes similares en los demás países.
- b) Se necesita más información sistemática en todos los países para comprender mejor la relación entre la salud, la pobreza y las desigualdades. Los países más afectados en ese sentido no participan en los análisis de la equidad en la salud en América Latina y el Caribe (EquiLAC) porque no tienen datos.

- c) No se recogen datos sistemáticamente para los indicadores de la protección financiera de la salud. Otro reto importante estriba en la necesidad de usar una metodología común para determinar el impacto de los gastos en efectivo en la pobreza y de los gastos catastróficos en la salud.
- d) La producción de información sobre la protección financiera de una manera sistemática y con una metodología estándar sigue siendo un reto para los países de la Región.
- e) La adopción de metodologías comunes para crear cuentas de salud, ahora que la mayoría de los países están adoptando el sistema de cuentas de salud del 2011, es un reto importante.
- f) Casi la mitad de los países de la Región todavía no han adoptado sistemas para abordar la cobertura universal de salud con garantías explícitas de atención.
- g) Los países que reciben una parte importante de sus recursos para la salud de fuentes de ayuda internacional no están en condiciones de alinear adecuadamente estas contribuciones con sus prioridades en materia de salud.

#### **Enseñanzas extraídas del OE14**

- a) Las mejoras en los mecanismos financieros no son suficientes para resolver los problemas relacionados con el gasto público en salud, la eficiencia y la protección financiera. Se necesita también voluntad política para cambiar el modelo de atención.
- b) Las reformas centradas en aspectos financieros no bastan para asegurar el progreso hacia el acceso a los servicios de salud cuando se los necesite. Se requiere una transformación fundamental del sistema de salud.
- c) Se necesitan metodologías comunes para medir el progreso en la protección financiera y producir información sobre financiamiento basada en las cuentas de salud a fin de fundamentar las decisiones, dar seguimiento a las intervenciones y evaluarlas.
- d) La información producida por los estudios de EquiLAC sobre el efecto de los gastos catastróficos en la salud, la pobreza y las desigualdades ha ayudado a consolidar una red de ocho países.
- e) Algunos indicadores del impacto fueron difíciles de medir (por ejemplo, el indicador 1). En iteraciones futuras, habrá que definirlos más cuidadosamente para que se puedan medir de manera apropiada.

#### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

##### **Indicador 1 del OE14: Aumento del porcentaje de la población cubierta por algún tipo de plan de protección social en la Región**

**Línea de base:** 46% en el 2003

**Meta:** 60% para el 2013

El indicador se alcanzó plenamente como promedio de la Región. Sin embargo, es importante observar que 1) la evaluación se basa principalmente en estimaciones de la cobertura del Sistema Único de Salud de Brasil, el Seguro Popular de México y una variedad de programas de transferencias condicionadas de efectivo que se han vuelto comunes en toda la Región, que incluyen alguna forma de cobertura de servicios de salud; y 2) estas cifras ocultan grandes diferencias entre países y dentro de ellos en cuanto a la cobertura y la calidad de la atención.

##### **Indicador 2 del OE14: Aumento del porcentaje del gasto público asignado a la salud, incluido el gasto en atención primaria de salud para los países que cuentan con esta información**

**Línea de base:** 3,1% en el 2006

**Meta:** 5% para el 2013

- No se alcanzó el indicador.
- El gasto del sector público en la salud expresado como porcentaje del PIB pasó de 3,1% en el 2006 a 4,1% en el 2010, pero bajó levemente, a 3,8%, en el 2011.
- Estos resultados todavía están lejos de la meta de 5%. Solo Canadá, Cuba, las Antillas Neerlandesas (Aruba y Curaçao), Nicaragua, Uruguay y Estados Unidos presentaron cifras superiores a 5% del PIB.
- La información sobre el gasto en atención primaria de salud es casi inexistente en los países de la Región. El Salvador es una excepción: los gastos en atención primaria de salud aumentaron de 21,5% a 27,3% del gasto de salud pública del 2010 al 2012.

**Indicador 3 del OE14: Disminución de los gastos de bolsillo en salud, expresada como porcentaje del gasto sanitario total para los países que cuentan con esta información**

**Línea de base:** 52% del gasto nacional en salud en el 2006

**Meta:** 40% para el 2013

El indicador se alcanzó en los ocho países donde se midió. Sin embargo, la meta de 40% todavía es muy alta para otros países y todavía no se están haciendo mediciones en la mayoría de los países. En consecuencia, no se pudo evaluar el indicador a nivel de impacto para la Región.

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 14.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para crear la capacidad institucional necesaria para mejorar el financiamiento del sistema de salud.</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

133. El RPR se alcanzó plenamente: los países previstos en la meta tienen planes para mejorar los mecanismos financieros. Sin embargo, a medida que la situación va evolucionando según las nuevas posibilidades y limitaciones del entorno económico de cada país, habrá que rever y evaluar los planes constantemente a fin de extenderlos a más personas, incluir más servicios de mejor calidad o hacer ambas cosas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.1.1	Número de países con planes de desarrollo institucional para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento	7	15	Sí
Observaciones: Dieciséis países y territorios alcanzaron este indicador: BAR, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, CUR, DOR, ECU, ELS, JAM, MEX, NEA, PAR y PER.				

<b>RPR 14.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para evaluar la relación entre los gastos catastróficos en materia de salud y la pobreza, y en el diseño de políticas públicas o planes de financiamiento en materia de salud a fin de reducir los riesgos financieros asociados con las enfermedades y los accidentes</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

134. Este RPR es particularmente importante porque suministra información directa sobre el contexto en el cual habrá que desarrollar la cobertura universal de salud en los países. El trabajo realizado en



relación con el indicador 14.2.2 con respecto al efecto de los gastos catastróficos en la salud, la pobreza y las desigualdades coloca a la OPS en una posición de liderazgo con otros asociados en esta área. Se debe proporcionar apoyo continuo para mantener los avances correspondientes a los indicadores 14.2.1 y 14.2.3.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.2.1	Número de estudios terminados sobre los países que aplican el marco de evaluación de la OPS para determinar la capacidad familiar para costear los gastos de salud	0	7	Sí
<p>Observaciones: Siete países alcanzaron este indicador: ARG, BRA, CHI, COL, MEX, ELS y PER.</p> <p>Estos países produjeron información sobre la capacidad de las familias para sufragar los gastos sanitarios.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.2.2	Número de países que cuentan con estudios sobre gastos catastróficos en materia de salud, la pobreza y las desigualdades	1	6	Sí
<p>Observaciones: Siete países alcanzaron este indicador: BRA, CAN, CHI, COL, JAM, MEX y PER.</p> <p>Estos países, con la participación de 32 profesionales, hicieron ocho estudios, cuyos resultados se publicaron en un número especial de la <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.2.3	Número de países con políticas públicas o planes de financiamiento para la reducción o eliminación del riesgo financiero asociado con las enfermedades y los accidentes	2	8	Sí
<p>Observaciones: Ocho países alcanzaron este indicador: BOL, CHI, DOR, JAM, ELS, MEX, PER y URU.</p> <p>Estos países tienen políticas explícitas o mecanismos financieros para reducir o eliminar el riesgo financiero asociado con las enfermedades y los accidentes.</p>				

**RPR 14.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la generación y el uso de información sobre el gasto nacional en materia de salud y el financiamiento del sistema de salud**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

135. No fue fácil alcanzar este RPR y todavía queda mucho que hacer para afianzar el progreso realizado, especialmente en cuanto a la capacidad para suministrar información sobre el financiamiento y el gasto sanitario a la Iniciativa Regional de Datos Básicos de la OPS y el anexo estadístico del *Informe sobre la salud en el mundo* de la OMS (14.3.1).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.3.1	Número de países que presentan información actualizada sobre financiamiento y gasto en salud a la Iniciativa Regional de Datos Básicos de la OPS y al anexo estadístico del <i>Informe sobre la salud en el mundo</i> de la OMS	24/35	35/35	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y cinco países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, GUT, GUY, ELS, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, NCA, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SAV, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Es importante señalar que no todos los países producen la información anualmente debido a sus propios ciclos y procesos.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.3.2	Número de países que han institucionalizado la producción periódica de cuentas de salud o cuentas nacionales de salud armonizadas con el sistema estadístico de las Naciones Unidas	3	24	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Veinticuatro países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, DOM, ELS, ECU, GRA, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, SAL, SAV, SCN, TRT y EUA.</p> <p>En estos países se había institucionalizado la producción de cuentas de salud en el 2011. Barbados, Colombia, El Salvador, Haití y Honduras están alineándose ahora con el sistema de cuentas de salud del 2011, que forma parte del sistema de cuentas de salud reconocido por las Naciones Unidas (y apoyado por la OCDE).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.3.3	Número de países que cuentan con estudios sobre el gasto y el financiamiento de los sistemas públicos de salud o de seguridad social en relación con la salud	0	15	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Quince países alcanzaron este indicador: ARG, BLZ, CAN, CHI, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, HON, PAR, SAL, SAV, SCN y VEN.</p>				

<b>RPR 14.4: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para reducir la exclusión social y ampliar la protección social en materia de salud, fortaleciendo los seguros públicos y sociales, y los programas y estrategias de ampliación de la cobertura</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR)

136. Todos los países a los cuales estaba dirigido el indicador 14.4.1 lo alcanzaron y tienen planes de seguro encaminados a mejorar la cobertura sanitaria, la calidad del servicio o la protección financiera. Los países a los cuales estaba dirigido el indicador 14.4.2 han mejorado el nivel y la calidad de la información sobre la exclusión y la cobertura de salud y están usándola para formular políticas sanitarias.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.4.1	Número de países con planes de seguro y otros mecanismos para ampliar la protección social en materia de salud	8	12	Sí
<p>Observaciones: Doce países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BAR, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ECU, HAI, MEX, NEA y PER.</p> <p>Los países han implementado planes de seguro y planes nacionales de salud que abordan la cobertura universal por medio de garantías explícitas de servicios de atención de salud.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.4.2	Número de países que cuentan con información actualizada para formular políticas de ampliación de la protección social en materia de salud	11	16	Sí
<p>Observaciones: Dieciséis países alcanzaron este indicador: BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAR, PER y VEN.</p> <p>Los países han mejorado el nivel y la calidad de la información relacionada con la exclusión en materia de salud y la cobertura sanitaria.</p>				

<b>RPR 14.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para alinear y armonizar la cooperación internacional en salud</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta del indicador del RPR)

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
14.5.1	Número de países que muestran mejoras en los niveles de armonización y alineación de la cooperación internacional en la esfera de la salud, medidos según normas e instrumentos acordados internacionalmente	3	8	Sí

## Observaciones:

Ocho países alcanzaron este indicador: HON, NIC, BLZ, BOL, GUT, PAN, GUY y VEN.

En Guyana se terminó de preparar el programa Visión de Salud 2020. En Venezuela se crearon instrumentos de cooperación técnica de conformidad con los acuerdos internacionales y el contexto nacional.

<b>OE 15: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y otros interesados directos 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</b>			Alcanzado plenamente <sup>31</sup> (100% de las metas del indicador alcanzadas)
Situación del RPR <sup>32</sup>	15.1	15.2	15.3

## Panorama presupuestario del OE15

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
209	180,6	37,2	217,8	96%	104%

## Evaluación programática del OE15

**Esta meta se alcanzó plenamente. Los tres RPR se alcanzaron plenamente y se excedieron tres de sus 15 indicadores. También se alcanzaron los tres indicadores del impacto.**

137. La OPS tiene una larga trayectoria de liderazgo en la salud pública en la Región de las Américas, fomentando alianzas y relaciones sólidas con los Estados Miembros y los interesados directos. La Organización ha fortalecido la gobernanza y ha forjado alianzas con asociados a nivel regional, subregional y de país, posicionando y promoviendo el progreso del programa de acción sanitaria mundial según lo dispuesto en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y las prioridades regionales aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS.

138. Los Estados Miembros han implementado o están implementando las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos y están participando en medida creciente en el proceso de gobernanza de la OPS, incluso en la elaboración de documentos y resoluciones. Treinta y seis representaciones encabezaron la elaboración de las estrategias de cooperación en los países en estrecha colaboración con contrapartes del gobierno, otros niveles de la Organización y asociados. Las estrategias de cooperación en los países, que integran los marcos nacionales para la salud con los acuerdos internacionales y los mandatos de la OPS, constituyen la base para la definición del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS y su presencia

<sup>31</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>32</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

en el país. Se llevaron a cabo iniciativas de cooperación técnica entre países y de cooperación Sur-Sur y triangular, en las cuales se integraron las prioridades transversales. La OPS ha estado participando activamente en el Equipo de Directores Regionales de las Naciones Unidas. A nivel de país, la Organización participó en los equipos de país de las Naciones Unidas, manteniendo una presencia y un liderazgo activo en grupos de trabajo interinstitucionales.

139. Se firmaron numerosos acuerdos con organizaciones bilaterales y multilaterales y otros asociados, entre ellos organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, para promover la Agenda de Salud para las Américas. La Oficina también abogó por la inclusión de la salud en las declaraciones de cumbres, como la Declaración de Cartagena emanada de la Sexta Cumbre de las Américas en el 2012. En el 2013, la Oficina fue aceptada como Miembro Asociado del Proceso Iberoamericano, que dará más visibilidad a la salud en los más altos niveles.

140. En el 2012, los Estados Miembros, con el apoyo técnico de la Oficina, realizaron una evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. En la evaluación se documentó el progreso realizado en los países en las ocho áreas de acción de la Agenda y los asuntos a los cuales había que prestar más atención en el período restante. El proceso de consulta y los resultados de esta evaluación aportaron información decisiva para la formulación del nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El informe de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas se encuentra en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=20125](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20125).

#### **Principales logros con respecto al OE15**

- a) Un grupo de trabajo integrado por diez Estados Miembros, con la Oficina Sanitaria Panamericana actuando como secretaría técnica, hizo una evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas. Todos los Estados Miembros participaron en la evaluación y refrendaron el informe final, que se presentó en la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012 y al 7.<sup>o</sup> Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2013.
- b) El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015 se elaboraron con plena participación de los Estados Miembros, de acuerdo con lo dispuesto y aprobado por los Cuerpos Directivos.
- c) En el 2012 se formuló una nueva Política del Presupuesto de la OPS, aprovechando las enseñanzas extraídas de la política anterior para definir mejor la presencia básica de la OPS en los países y guiar la asignación de recursos del presupuesto ordinario en los tres niveles de la Organización (de país, subregional y regional), poniendo más énfasis en los países.
- d) El liderazgo de la Organización en el Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas y su contribución para abordar las emergencias se fortalecieron con la participación en las respuestas en otras regiones de la OMS, como en las emergencias y los desastres que se produjeron en las Filipinas y Siria. La movilización rápida de recursos para la salud y las asociaciones fueron esenciales para dar una respuesta inmediata y eficaz a países de la Región afectados por fenómenos naturales, epidemias y la pandemia de gripe por H1N1 del 2009.
- e) La gobernanza de la OPS, su transparencia y su posicionamiento se fortalecieron con la mayor participación de los Estados Miembros en el proceso de elaboración de documentos clave de los Cuerpos Directivos y en las decisiones al respecto.
- f) Se mantuvieron la naturaleza internacional de la cooperación técnica de la OPS y la presencia eficaz en los países, sobre la base de las estrategias de cooperación en los países, con el uso de una combinación de personal nacional e internacional y el apoyo de oficinas subregionales, regionales y mundiales en los casos en que fue necesario. Las representaciones de la OPS/OMS buscaron maneras innovadoras de ejecutar los programas de cooperación técnica, entre ellas la movilización de recursos de

donantes no tradicionales, como Corea del Sur (Bolivia y Perú) y la Unión Europea (Belice), la cooperación Sur-Sur (Jamaica-Brasil y Brasil-Cuba), mayores contribuciones voluntarias nacionales (Argentina, Brasil y Colombia) y la colaboración con organizaciones confesionales (Guatemala).

g) Se movilizaron alrededor de US\$70 millones en concepto de recursos técnicos y financieros en un período de tres años (2011–2013) de asociados tradicionales y no tradicionales, incluidos tres colaboradores estratégicos bilaterales clave (AECID, ACIDI y USAID). Además, hubo una tendencia creciente a la movilización de contribuciones voluntarias nacionales en países como Argentina, Brasil y Colombia.

h) Se elaboró una política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas, que fue presentada y adoptada en la 52.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2013 (resolución CD52.R15).

i) América Latina y el Caribe participaron plenamente en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Enfermedades no Transmisibles, lo cual refleja la prioridad que se da a las ENT en los programas de desarrollo sanitario a los niveles de país, subregional y regional. El establecimiento del Foro Panamericano de acción sobre las enfermedades no transmisibles refleja los enfoques de todo el gobierno y de toda la sociedad que se necesitan para abordar estas prioridades.

j) Hubo una integración importante y más sostenible de las prioridades transversales en la Oficina y los Estados Miembros a fin de cumplir los mandatos mundiales, regionales y de país relacionados con la salud para todos y contribuir a la reducción de las desigualdades en materia de salud.

#### **Principales retos con respecto al OE15**

a) Convergencia de la OPS con el resto del sistema de las Naciones Unidas en el contexto de las reformas y el enfoque “Unidos en la acción”, así como con la reforma de la OMS, en vista de la estructura de gobernanza diferente de la Organización y sus sistemas, a pesar del compromiso de la Organización con las alianzas eficaces.

b) Definición de la interacción con asociados no tradicionales, como el sector privado, especialmente en el caso de las empresas cuyos productos podrían considerarse nocivos para la salud pública.

c) Fortalecimiento de la posición de la OPS como principal organismo especializado en salud en las Américas y amplio reconocimiento del valor que agrega al desarrollo sanitario.

d) Seguimiento de la implementación de las resoluciones de los Cuerpos Directivos y determinación de la continuidad de su pertinencia.

e) Financiamiento adecuado para asegurar una presencia básica en los países, con recursos humanos apropiados para emprender programas de cooperación técnica en el marco de las estrategias de cooperación en los países a pesar de las disposiciones de la Política del Presupuesto Regional de 2012.

f) Finalización de la estrategia institucional de movilización de recursos aplicable tanto a la comunidad internacional como a los recursos nacionales.

g) Suministro de orientación uniforme a los países por todas las entidades institucionales sobre importantes asuntos administrativos y gerenciales; por ejemplo, atribución de costos directos e indirectos a proyectos financiados con contribuciones voluntarias, acompañada de herramientas apropiadas.

h) Examen y posible actualización de la política sobre gastos de apoyo a programas a fin de determinar cuál es la mejor manera de utilizar los recursos de contribuciones voluntarias para sufragar gastos administrativos y gerenciales de las representaciones.

i) Integración uniforme de las prioridades transversales en todas las entidades de la Oficina y en los Estados Miembros, con capacidad adecuada dentro y fuera de la Organización para abordar los problemas.

### **Enseñanzas extraídas del OE15**

- a) El fortalecimiento del ciclo y el proceso de las estrategias de cooperación en los países conducirá a una mejor agenda estratégica para su ejecución por todas las entidades institucionales, una contribución más estratégica al MANUD, un marco para la movilización de recursos para los países y una mejor planificación de abajo arriba de los programas y presupuestos, así como de los planes estratégicos.
- b) A fin de mantener alianzas y asociaciones estratégicas, tanto internas como externas, hay que establecer intereses comunes, prioridades basadas en datos probatorios y acuerdos sobre los resultados y el impacto, especialmente a nivel de país.
- c) El enfoque de los procesos de examen previo y evaluación posterior, como los vinculados con la estrategia de cooperación en los países y el plan de trabajo bienal, con la participación de las contrapartes y otros socios en el desarrollo, se beneficiará de la normalización, usando un proceso semiestructurado con criterios básicos para las evaluaciones.
- d) La política institucional propicia, la cultura y el apoyo gerencial, así como el seguimiento y la evaluación, son factores cruciales para la integración de las prioridades transversales en la Oficina y en los Estados Miembros.

### **Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

Los conocimientos técnicos especializados de la OPS/OMS y su posibilidad de obtener pericia adicional cuando la necesite por medio de su red de oficinas de país, regionales y mundiales, así como sus centros especializados y colaboradores, han llevado al reconocimiento y la valoración continuos de su función de liderazgo en la salud pública. La promoción de la cooperación técnica entre países facilitó los intercambios de conocimientos técnicos especializados entre los Estados Miembros, y con asociaciones nuevas y mejores se movilizaron recursos financieros, todo para apoyar metas de salud nacionales, subregionales, regionales y mundiales. Esta acción se reforzó con la integración de las prioridades transversales (derechos humanos, género, etnicidad, atención primaria de salud, protección social en salud y promoción de la salud) en los planes, las políticas y los programas.

El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 estaba en consonancia con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y las resoluciones, los planes y las estrategias aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS. Los planes de trabajo bienales de las entidades de la Oficina, elaborados en el marco del Plan Estratégico, las prioridades de salud de los principales procesos de integración subregional, las estrategias de cooperación en los países y las estrategias de cooperación subregional de la OPS/OMS, pusieron de relieve la planificación y la gestión orientadas a la consecución de resultados. Abordaron las políticas, las estrategias y los planes nacionales en materia de salud, así como los convenios colectivos de los Estados Miembros expresados en sus procesos de integración.

Los Estados Miembros participaron activamente en la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas y el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013, así como en la formulación de la Política del Presupuesto del 2012, el Plan Estratégico 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015. Una muestra representativa mayor de Estados Miembros contribuyó a las deliberaciones y decisiones en las reuniones de los Cuerpos Directivos, en tanto que los Estados Miembros promovieron el programa de acción sanitaria mundial al apoyar la Declaración Política de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no Transmisibles en el 2011 y la inclusión de la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 de las Naciones Unidas.

**Indicador 1 del OE15: Número de países que llevan a la práctica al menos 30% de las resoluciones relacionadas con políticas de salud aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo de la OPS en el período 2007-2011**

**Línea de base:** 0 países en el 2007

**Meta:** 19 países para el 2013

Se superó la meta. Todos los países de la Región pusieron en práctica las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS, 60% de las cuales estaban relacionadas con la política sanitaria.

**Indicador 2 del OE15: Número de países que tienen una estrategia de cooperación en los países (ECP) acordada con el gobierno, con una evaluación cualitativa de la medida en que los recursos de la OPS/OMS se armonizan con los de los socios y se alinean con las estrategias nacionales de salud y desarrollo**

**Línea de base:** 0 países en el 2007

**Meta:** 30 países para el 2013

Se excedió la meta. Treinta y seis países y territorios elaboraron una ECP. Las ECP resultaron ser marcos excelentes para la formulación de planes de trabajo bienales, las conversaciones con el gobierno y otros asociados, y los aportes al Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD). Sin embargo, hay que promoverlas y difundirlas más, y todas las entidades de la Organización tienen que usarlas, incluso para la movilización de recursos. La ECP siguió siendo un punto de partida sólido para fortalecer la cooperación centrada en los países y llevar a cabo la reforma de la OMS a nivel de país.

**Indicador 3 del OE15: Número de países en América Latina y el Caribe que cumplen las metas de la asistencia oficial para el desarrollo de la salud estipuladas en la Declaración de París sobre la armonización y la convergencia, según la adaptación hecha por la OMS y sus socios**

**Línea de base:** 0 países

**Meta:** 5 países para el 2013

Dieciocho países de América Latina y el Caribe respaldaron la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda del 2005. Ese año, la OMS respaldó la Declaración y fue el primer organismo de las Naciones Unidas en adoptar una resolución basada en esta declaración, que enunció un enfoque claro de la armonización y la alineación a nivel de país. La estrategia de cooperación en el país es una herramienta fundamental para poner en práctica este enfoque, ya que está alineada con las políticas, las estrategias o los planes nacionales en materia de salud y armoniza con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En América Latina y el Caribe, 36 países tienen una estrategia de cooperación en el país. También hay otros mecanismos en los países que contribuyen a la armonización y la alineación, como la Alianza Sanitaria Internacional (Haití y El Salvador) y los mecanismos coordinadores multisectoriales de país para proyectos del Fondo Mundial (21 Estados Miembros).

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<p><b>RPR 15.1: El liderazgo y la dirección eficaces de la Organización se habrán ejercido mediante el mejoramiento de la gobernanza, la coherencia, la rendición de cuentas y la sinergia de la labor de la OPS/OMS para cumplir su mandato de impulsar las agendas de salud a nivel mundial, regional y subregional</b></p>	<p>Alcanzado plenamente</p>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)**

141. El desempeño de la Organización en la consecución de este RPR fue muy bueno, alcanzándose todas las metas de los indicadores. El trabajo con los Cuerpos Directivos mejoró mucho en cuanto a la calidad de los documentos y la participación de los Estados Miembros, que profundizaron su participación en los procesos y el contenido del material técnico, incluida la selección de temas para tratar y la elaboración de documentos. Se hizo más hincapié en la detección y el control de riesgos asociados con las



funciones de la Organización. Se aprobó la Política de Gestión de Riesgos Institucionales de la OPS, que se incorporó en el manual electrónico de la OPS en mayo del 2013, y todas las entidades recibieron capacitación apropiada para la elaboración de planes de gestión de riesgos.

142. La OPS siguió fortaleciendo su papel de liderazgo, al negociar eficazmente iniciativas de cooperación técnica y ejecutar los planes de trabajo bienales. Estos planes estaban alineados con el Plan Estratégico 2008-2013, que respondía a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, las estrategias de cooperación en los países y las estrategias de cooperación subregional, así como las agendas de salud nacionales y subregionales correspondientes. Con los planes de trabajo bienales se logró que todas las iniciativas incluyeran las prioridades transversales de género, etnicidad, derechos humanos, promoción de la salud, atención primaria de salud y protección social en la salud, según correspondiera. El Plan Estratégico también estaba estrechamente alineado con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2006-2015 y el Plan Estratégico de Mitad de Período 2008-2013 de la OMS.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.1.1	Porcentaje de las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS que se centran en políticas y estrategias de salud	40%	55%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>De las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos durante el período en evaluación, 55% en promedio se centraron en políticas y estrategias de salud pública. La Organización mejoró la calidad de los documentos y las resoluciones, ofreciendo capacitación a los autores de documentos y haciendo una revisión cuidadosa de los documentos y las resoluciones.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.1.2	Porcentaje de los proyectos de supervisión terminados que evalúan y mejoran los procesos para la gestión de riesgos, el control y la gobernanza	0%	90%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se llevaron a cabo 96% de los proyectos de supervisión cuya finalidad era evaluar y mejorar los procesos para la gestión de riesgos, el control y la gobernanza.</p> <p>Durante el período 2008-2013 se programaron y se realizaron 59 auditorías internas, y a fines del 2013 quedaban pendientes solo dos informes finales. Los informes de estas tareas contienen recomendaciones específicas sobre la mejora de los controles internos. La tasa de cumplimiento acumulativo de las recomendaciones por la Administración era de 89% a fines del 2013, que se compara favorablemente con la gama de 75% a 90% para la mayoría de las organizaciones internacionales que publican análisis de este tipo. Se implantaron mecanismos para cumplir las recomendaciones con más celeridad en el bienio 2012-2013. La elevada tasa de cumplimiento demostró el compromiso continuo de la Administración con la mejora de los controles internos.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.1.3	Número de entidades de la Oficina que ejecutan iniciativas de liderazgo y de gestión (incluida la coordinación y negociación de cooperación técnica con	43/69	69/69	Sí

	los socios, cooperación técnica entre países, promoción de la causa para la misión de la OPS/OMS y planes de trabajo bienales, e informes) a tiempo y dentro del presupuesto			
<p>Observaciones:</p> <p>Las entidades de la Oficina siguieron fortaleciendo sus aptitudes de gestión y liderazgo, al negociar iniciativas, proyectos, actividades de cooperación técnica entre países y otros mecanismos de cooperación técnica de acuerdo con sus planes de trabajo bienales. Estos planes estaban alineados con el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013, que respondía a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, a las estrategias de cooperación en los países y a las estrategias de cooperación subregionales, que a su vez respondían, respectivamente, a las agendas de salud nacionales y subregionales. Con los planes de trabajo bienales se logró que todas las iniciativas incluyeran las prioridades transversales de género, etnicidad, derechos humanos, promoción de la salud, atención primaria de salud y protección social en la salud, según correspondiera.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.1.4	Porcentaje de consultas legales solicitadas por los Cuerpos Directivos y los Estados Miembros, examinadas en un plazo de 10 días hábiles	70%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>La Oficina respondió a todas las consultas legales de los Cuerpos Directivos y los Estados Miembros en el plazo establecido. Además, se reforzó el apoyo a las reuniones de los Cuerpos Directivos, utilizando personal con una formación jurídica para la revisión de todas las resoluciones y el apoyo al Comité de Credenciales. La Oficina contribuyó al proceso electoral de la nueva Directora de la OPS y a la incorporación de tres Estados Miembros Asociados nuevos en 2012-2013.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.1.5	Número de entidades de la OSP en las cuales cada prioridad transversal de la OPS ha sido vinculada a por lo menos el 30% de sus productos o servicios en sus planes de trabajo bienales	N/C	54/54	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se avanzó mucho en la integración de las prioridades transversales (género, etnicidad, derechos humanos, promoción de la salud, atención primaria de salud y protección social en salud) en el proceso de planificación operativa. Se exigió a todas las entidades pertinentes (técnicas, subregionales y de países) que integraran las prioridades transversales en sus planes de trabajo, y se proporcionaron directrices y capacitación en los diferentes niveles de la Organización. Las prioridades transversales también se incorporaron en el examen institucional de los planes de trabajo bienales y los procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. Se elaboró un informe de seguimiento de la integración de los aspectos de género en la Oficina, que se presentó al Consejo Directivo como parte de la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género.</p>				

<b>RPR 15.2: Se habrá establecido la presencia efectiva de la OPS/OMS en el país para ejecutar la Estrategia de Cooperación en los Países que esté 1) en concordancia con los programas nacionales de salud y desarrollo de los Estados Miembros, y 2) coordinada con el equipo de país de las Naciones Unidas y otros socios en el desarrollo</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de cinco de los seis indicadores del RPR; no se alcanzó la meta de un indicador)

143. En términos generales, se fortaleció considerablemente la presencia de la Organización en los países en lo que se refiere tanto a su trabajo técnico como a su estructura administrativa. En particular, la Política del Presupuesto Regional por Programas del 2004 siguió garantizando la asignación de 40% del presupuesto ordinario como mínimo a los países y mantuvo el nivel subregional del presupuesto para dar cabida a la cooperación técnica con los procesos de integración subregional a fin de abordar sus respectivas agendas de salud. La Oficina de los Países del Caribe Oriental amplió el número y la función de los especialistas en programas de países y territorios bajo su jurisdicción. Las estrategias de cooperación en los países resultaron marcos excelentes para afianzar la presencia de la OPS/OMS en los países, lograr sinergias y agregar valor a las agendas de desarrollo de los Estados Miembros y a sus políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud. Además, hubo una mayor alineación entre las estrategias de cooperación en los países y el contexto de desarrollo nacional. El ciclo de las estrategias de cooperación en los países fue una herramienta magnífica para fomentar la participación y armonizar el trabajo realizado por la OPS/OMS con las agendas más amplias de desarrollo nacional e internacional y específicamente con los equipos de país de las Naciones Unidas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.1	Número de países que aplican la estrategia de cooperación en los países como base para la definición de la presencia de la Organización en el país, y su plan de trabajo bienal respectivo	26	35	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y seis países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Dos Estados Miembros Asociados elaboraron una estrategia de cooperación en el país por primera vez: Antillas Neerlandesas (Aruba) y Puerto Rico. Además, nueve países actualizaron su estrategia de cooperación en el país. Canadá no tiene una estrategia de cooperación en el país, sino un acuerdo marco de cooperación con la OPS que guio la cooperación técnica de la OPS con ese país. Los territorios de ultramar del Reino Unido y Haití terminarán de preparar su primera estrategia de cooperación en el país en el próximo bienio.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.2	Número de países donde la estrategia de cooperación en los países se utiliza como referencia para la armonización de la cooperación en materia de salud con los equipos de coordinación de las Naciones Unidas y otros asociados en pro del desarrollo	26	35	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y cinco países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>Hubo una alineación creciente entre las estrategias de cooperación en los países y los MANUD, ya que las estrategias se usaron para elaborar los aspectos de los MANUD relacionados con la salud. Canadá no</p>				

tiene un equipo de país de las Naciones Unidas ni un MANUD, pero Estados Unidos y Canadá cooperaron en el ámbito de la salud de los indígenas de conformidad con el acuerdo marco sobre la cooperación entre Canadá y la OPS. Aruba tampoco tiene un equipo de país de las Naciones Unidas ni un MANUD, pero hay una comisión nacional que sirve de enlace con la UNESCO, y con la preparación de la estrategia de cooperación en el país para Aruba se inició la cooperación con este socio en el desarrollo.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.3	Número de países donde se evalúa conjuntamente con el gobierno y los asociados pertinentes el plan de trabajo bienal	17	35	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Treinta y siete países y territorios alcanzaron este indicador: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TCA, TRT, URU y VEN.</p> <p>Se consultó a las autoridades políticas y técnicas nacionales para la elaboración del plan de trabajo bienal, para lo cual se hizo un examen del ciclo anterior. También se hizo una evaluación de los planes de trabajo bienales como parte del proceso de la estrategia de cooperación en el país. Se necesita una mayor participación de otros asociados pertinentes.</p> <p>Además, se evaluaron cuatro planes de trabajo bienales subregionales junto con los asociados subregionales pertinentes: Subregión Andina (AND), Centroamérica (CAM), Caribe (CRB) y América del Sur (SAM).</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.4	Número de subregiones de la Oficina que tienen una estrategia de cooperación subregional	0/5	4/5	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Cuatro subregiones alcanzaron este indicador: AND, CAM, CRB y SAM.</p> <p>A pesar de las diferencias entre subregiones en lo que se refiere a la índole de las estrategias de cooperación subregional, todas estas estrategias responden a las prioridades y agendas de salud subregionales. El Caribe elaboró una estrategia formal de cooperación subregional para 2010-2015 en el marco de la fase III de la Cooperación para la Salud en el Caribe, la agenda de salud de la Comunidad del Caribe (CARICOM), en tanto que las subregiones centroamericana, andina y del Cono Sur definieron estrategias más informales basadas en las agendas de salud de los respectivos procesos de integración subregional.</p> <p>En adelante habrá cuatro subregiones: CAM (Centroamérica), CRB (Caribe), NAM (América del Norte) y SAM (América del Sur). SAM abarcará la Subregión Andina y el Cono Sur. La elaboración de una estrategia de cooperación subregional para SAM y de una estrategia formal para CAM será una tarea prioritaria.</p>				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.5	Número de entidades subregionales y de país de la OSP que han mejorado su apoyo administrativo, infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus planes de trabajo bienales	20/29	29/29	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Veintinueve entidades alcanzaron esta meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 representaciones (ARG, BAH, BAR/ECC, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN)</li> <li>• 2 oficinas subregionales: la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (OCPC) y la oficina de campo en El Paso (FEP)</li> </ul> <p>El próximo bienio se evaluará el estado de los edificios.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.2.6	Número de entidades subregionales y de país de la OSP que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS)	20/29	29/29	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Veintinueve entidades alcanzaron la meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 representaciones (ARG, BAH, BAR/ECC, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN)</li> <li>• 2 oficinas subregionales: la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (OCPC) y la oficina de campo en El Paso (FEP).</li> </ul> <p>La meta se alcanzó plenamente, y las clasificaciones de los establecimientos de las entidades de la Oficina asignadas por el Departamento de Seguridad y Vigilancia de las Naciones Unidas (UNDSS) mostraron un cumplimiento adecuado de las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS).</p>				

<b>RPR 15.3: Se habrán establecido mecanismos regionales en materia de salud y desarrollo, entre ellos alianzas en el ámbito de la salud internacional y la labor de promoción, con el fin de proporcionar recursos técnicos y financieros más sostenidos y predecibles para la salud, en apoyo de la Agenda de Salud para las Américas</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR)

144. La cooperación con los asociados del organismo de las Naciones Unidas por medio del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo - América Latina y el Caribe y los equipos de país de las Naciones Unidas fue eficaz. La OPS desempeñó un papel importante en estos mecanismos y logró que se incluyeran prioridades sanitarias en las diversas líneas de trabajo, como la preparación de Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Se trabajó en colaboración con otras organizaciones bilaterales e internacionales, incluidos asociados no tradicionales, por medio de mecanismos tales como el Foro

Panamericano de acción sobre las enfermedades no transmisibles (PAFNCD), y se firmaron numerosos acuerdos de cooperación técnica con asociados tradicionales y no tradicionales en apoyo del Plan Estratégico de la OPS y la Agenda de Salud para las Américas. En consecuencia, la salud ocupó un lugar prominente en las diferentes cumbres, como la Cumbre de las Américas y la Cumbre Iberoamericana. Una evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas realizada en el 2012 mostró que la mayoría de los Estados Miembros, pero solo unas pocas organizaciones internacionales que trabajaban en el ámbito de la salud en la Región, estaban usando este marco como punto de referencia al elaborar sus planes y estrategias de salud. Sin embargo, tal como se observó también en la evaluación, hay margen para una mayor promoción y utilización de la Agenda de Salud para las Américas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.3.1	Número de países donde la OPS/OMS mantiene su liderazgo o participación activa en alianzas para la salud y el desarrollo (formal e informal), incluyendo aquellas en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas	27/27	27/27	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Veintisiete países con representaciones alcanzaron este indicador: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU y VEN.</p> <p>La OPS siguió siendo un miembro activo del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo - América Latina y el Caribe, y las representaciones siguieron participando en sus respectivos equipos de país de las Naciones Unidas. La OPS también participó en varios grupos de trabajo interinstitucionales, entre ellos grupos sobre derechos humanos, los pueblos indígenas, los jóvenes, la infección por el VIH/sida, preparativos y respuesta para situaciones de emergencia, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la reducción de la mortalidad materna y la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. La OPS también participó en los procesos del MANUD, logrando que la salud se reflejara adecuadamente. Además, la OPS trabajó en colaboración con donantes bilaterales, fondos multilaterales como la Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y organizaciones de la sociedad civil, incluido el sector privado, a nivel nacional y regional. En los países donde no había una representación pero donde un representante de la OPS/OMS se encargaba de la cooperación técnica de la Organización se llevó a cabo una importante labor de liderazgo y colaboración. Estos países incluyen los territorios de ultramar del Reino Unido, los departamentos franceses en las Américas y los territorios de ultramar de los Países Bajos.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.3.2	Número de convenios con organizaciones bilaterales y multilaterales y otros socios, entre ellos organismos de las Naciones Unidas, que apoyan la Agenda de Salud para las Américas	0	25	Sí

<p>Observaciones:</p> <p>La meta de 25 acuerdos se sobrepasó con creces, con más de 200 acuerdos firmados a nivel regional y de país en el bienio 2012-2013. Esta cifra incluye acuerdos nuevos, renovaciones y enmiendas.</p> <p>El Plan Estratégico de la OPS fue formulado para brindar apoyo a la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas, y todos los acuerdos firmados con asociados, incluidos los ministerios de salud, concuerdan con el Plan Estratégico de la OPS.</p> <p>En el 2012 se hizo una evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, que mostró que 20 Estados Miembros y tres organizaciones internacionales la usaban como marco de referencia. Todos los interesados directos se comprometieron a usarla más como marco para la acción en el ámbito de la salud y se solicitó a la OPS que la promoviera activamente.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.3.3	Porcentaje de las declaraciones de cumbres que reflejan el compromiso de impulsar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	N/C	75%	Sí

<p>Observaciones:</p> <p>En las declaraciones emanadas de la Cumbre de Cartagena, la Cumbre Iberoamericana y las Cumbres de las Naciones Unidas, entre otras conferencias de alto nivel, se incluyeron en medida creciente compromisos firmes en el área de la salud que apoyan la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. En el 2013, la OPS fue aceptada como Miembro Asociado del Proceso de Cumbres Iberoamericanas. Con este logro se dará más visibilidad a la salud en los niveles más altos y se logrará que la salud ocupe un lugar más destacado en las deliberaciones y los compromisos, incluida la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.</p>
---

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
15.3.4	Porcentaje de las solicitudes de apoyo efectuadas por los países para la movilización de recursos técnicos y financieros de socios externos que la OPS ha cumplido	75%	95%	Sí

<p>Observaciones:</p> <p>Se difundieron ampliamente las directrices para la administración de las contribuciones voluntarias y todas las representaciones que solicitaron asistencia para movilizar recursos técnicos y financieros recibieron apoyo. Se examinaron numerosas propuestas de contribuciones voluntarias e iniciativas.</p>
---

<b>OE 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</b>					Alcanzado plenamente <sup>33</sup> (100% de las metas del indicador alcanzadas)	
Situación del RPR <sup>34</sup>	16.1	16.2	16.3	16.4	16.5	16.6

**Panorama presupuestario del OE16**

Presupuesto aprobado (Programas y Presupuestos 2008-2013)	Fondos disponibles (en millones de dólares de los EE.UU.)			Gastos	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
265,2	201,2	93,3	294,4	97%	111%

**Evaluación programática del OE16**

145. En general, la Oficina logró mejorar su eficiencia y eficacia en el cumplimiento de su mandato como organización flexible y discente durante el período, tal como se refleja en todo este informe. El éxito y el progreso de proyectos muy importantes a nivel de toda la Organización, entre ellos el Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS), el proceso colaborativo y consultivo con los Estados Miembros para la preparación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, la gestión basada en resultados, las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) y la Política de Gestión de Riesgos Institucionales, han contribuido al aumento de la eficacia y la eficiencia de toda la Organización y seguirán haciéndolo.

**Principales logros con respecto al OE16**

- a) El análisis de la viabilidad del sistema de planificación de recursos empresariales de la OPS (ERP), conocido como Sistema de Información Gerencial de la OPS, concluyó en el 2012. En este estudio se señalaron y se confirmaron posibles ahorros en la implementación del PMIS. En el 2013 terminó la fase previa a la implementación del PMIS con la firma de los contratos para el nuevo software de ERP y un contrato básico de integración de sistemas, gestión de cambios, capacitación y un director externo del proyecto.
- b) El marco para la gerencia basada en resultados de la OPS fue aprobado por los Estados Miembros en el 2010, y en toda la Oficina se ofrecieron cursos de capacitación sobre gestión basada en resultados.
- c) En un entorno de recursos financieros limitados, los Estados Miembros aprobaron el Programa y Presupuesto de la OPS para 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013, con un aumento de las contribuciones señaladas.
- d) Se introdujeron en toda la Oficina la planificación operativa integrada y el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño de acuerdo con el marco para la gerencia basada en resultados de la OPS.
- e) En el 2012, los Estados Miembros aprobaron una política presupuestaria nueva para la OPS, elaborada en estrecha colaboración con un grupo de trabajo de países.

<sup>33</sup> Situación del OE: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)

<sup>34</sup> Situación del RPR: verde (alcanzado plenamente); amarillo (alcanzado parcialmente)



- f) En el 2013, los Estados Miembros aprobaron el nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015. El nuevo Plan, así como el Programa y Presupuesto, se elaboraron con un grado sin precedentes de participación y consulta con los Estados Miembros y el personal de todos los niveles de la Oficina.
- g) La transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) a las IPSAS concluyó en el 2010. Los estados financieros anuales, a partir de 2011-2013, se prepararon de conformidad con las IPSAS. Este cambio ha mejorado 1) la alineación de la OPS con las mejores prácticas contables mediante la aplicación de normas de contabilidad creíbles, independientes y reconocidas a nivel internacional, y 2) los controles internos, ya que ahora se comprenden mejor los activos y pasivos y los recursos que están al alcance de la Organización. Al contar con información financiera más completa y con más transparencia se pudo hacer una evaluación más exacta de la estabilidad financiera de la Organización, que permitió la adopción de decisiones mejor fundamentadas y la gestión de los activos que apoyan el marco para la gerencia basada en resultados.
- h) Se recibió un dictamen de auditoría sin reservas sobre los estados financieros del bienio 2008-2009, así como sobre los estados financieros anuales compatibles con las IPSAS del 2010, el 2011, el 2012 y el 2013.
- i) A fin de aumentar la eficiencia en la planificación operativa, la Oficina amplió su proceso de elaboración de planes de trabajo bienales con la inclusión de la planificación de recursos humanos y la integración de temas intersectoriales en el plan de trabajo bienal de todas las entidades.
- j) Negociación de las condiciones para el programa *Mais Médicos* a fin de velar por el cumplimiento de las normas y los procedimientos de la OPS.
- k) Se adoptó la Política de Gobernanza de la Tecnología de la Información, que está aplicándose en toda la Organización.
- l) Se ofreció extensa capacitación sobre adquisiciones en los países y en la Sede.
- m) Se actualizó el Manual del Profesional de Adquisiciones.
- n) Al final del período de planificación estratégica, todas las representaciones y los centros estaban aplicando las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS), que se ciñen a las normas del Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas.
- o) Se aprobó la Política de Gestión de Riesgos Institucionales, que está poniéndose en práctica.

#### **Principales retos con respecto al OE16**

- a) Subsisten algunas brechas importantes en la implementación de la gestión basada en resultados, especialmente en los componentes de evaluación y aprendizaje. La Oficina está trabajando para mejorar estos componentes de la gestión basada en resultados.
- b) Hay que abordar la necesidad de contar con más información gerencial casi en tiempo real en las representaciones y los centros. Esta situación mejorará mucho con la implementación del PMIS.
- c) El requisito de mantener los sistemas antiguos mientras se implementa el nuevo PMIS (ERP) ha sido y seguirá siendo una gran carga para la Organización.
- d) Es necesario terminar de preparar el plan de continuidad de las operaciones para la Sede y cerciorarse de que todos los planes de continuidad de las operaciones de la Sede y los países se mantengan actualizados de conformidad con las buenas prácticas de gestión.
- e) Es necesario incorporar las contribuciones voluntarias nacionales en el Programa y Presupuesto de la OPS para reflejar adecuadamente su contribución a las prioridades programáticas regionales, tal como se establece en el Plan Estratégico.

f) El control de calidad de los documentos traducidos sigue siendo un reto debido a que la escasez de personal hace que se externalice una gran cantidad de traducciones.

**Enseñanzas extraídas del OE16**

- a) El firme liderazgo y el compromiso de la Gerencia Ejecutiva de la OPS han sido cruciales para la implementación del marco para la gerencia basada en resultados de la OPS y seguirán siendo útiles para afianzarlo plenamente.
- b) La estrecha colaboración entre los Estados Miembros y la Oficina, apoyada por una amplia gama de técnicos, facilitó la formulación conjunta del nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, y será igualmente crucial para su seguimiento y evaluación.
- c) La nueva Política del Presupuesto Regional por Programas aprovecha las enseñanzas extraídas de la política anterior.
- d) Las enseñanzas extraídas de la creación y el uso del Fondo Maestro de Inversiones de Capital durante el período 2008-2013 han mejorado mucho los procedimientos y procesos para su uso en el futuro.
- e) La incorporación de los procedimientos de urgencia en el manual electrónico de la OPS/OMS ayudó mucho a los países a comprender sus responsabilidades y facultades en situaciones de emergencia.

**Avance hacia los resultados a nivel del impacto**

**Indicador 1 del OE16: Porcentaje de los resultados previstos a nivel regional (RPR) alcanzado en los objetivos estratégicos 1 a 15, medido sobre la base de los indicadores de los RPR**

**Línea de base:** N/C

**Meta:** 80% de RPR alcanzados para el 2013

Para fines del 2013 se habían alcanzado 81% de los resultados previstos a nivel regional (RPR) de los objetivos estratégicos 1 a 15.

**Indicador 2 del OE16: Costo-efectividad de las funciones que hacen posible el quehacer de la Organización, expresada en forma del porcentaje del presupuesto de la OPS correspondiente a este objetivo estratégico**

**Línea de base:** 17% en el bienio 2006-2007

**Meta:** 15% para el 2013

A partir del bienio 2008-2009, durante la ejecución del Plan Estratégico se fue reduciendo gradualmente el porcentaje del presupuesto total de la OPS correspondiente al OE 16, llegando casi a la meta para el 2013.

2008-2009: 20,2%

2010-2011: 17,5%

2012-2013: 15,6%

**Evaluación de los resultados previstos a nivel regional (RPR)**

<b>RPR 16.1: La OSP es una institución orientada a la consecución de resultados cuyo trabajo se rige por planes estratégicos y operativos fundamentados en las lecciones aprendidas, que reflejan las necesidades de los países y las subregiones, se formulan conjuntamente en toda la Organización y se utilizan eficazmente para dar seguimiento al desempeño y evaluar los resultados</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)

146. Tal como se señala a continuación en la evaluación de los indicadores del RPR, la Organización avanzó mucho en la implementación de la gestión basada en resultados y usó la experiencia y las

enseñanzas extraídas para mejorar sus procesos de planificación, presupuestación, y seguimiento y evaluación del desempeño. Lo que posibilitó estos avances fue la colaboración con los Estados Miembros, el compromiso de la Gerencia Ejecutiva y la participación del personal de todos los niveles de la Oficina. Las enseñanzas y las buenas prácticas del período 2008-2013 se aplicaron a la elaboración de la nueva Política del Presupuesto de la OPS 2014-2019, el nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, además del proceso de planificación operativa para el bienio 2014-2015, con miras a aumentar la eficiencia y la eficacia de la cooperación técnica de la OPS.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.1.1	Se ha implementado el marco para la gestión basada en resultados de la OPS.	En curso	Marco para la gestión basada en resultados implementado	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 fue el primer plan de su tipo en ejecutarse después de la aprobación del marco para la gestión basada en resultados de la Organización aprobado por los Estados Miembros. Desde el 2008, la Organización ha avanzado mucho en la implementación de la gestión basada en resultados, en particular en las áreas de planificación, seguimiento y evaluación del desempeño, y rendición de cuentas. El progreso realizado en la implementación de la gestión basada en resultados en la OPS es el resultado de las exigencias de los Estados Miembros, el liderazgo de la Gerencia Ejecutiva, la participación de gerentes y personal de todos los niveles de la Oficina y el desarrollo de procesos e instrumentos para facilitar su implementación. Tal como se documenta en diversos informes al respecto (es decir, el informe de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, el informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y una evaluación realizada por un consultor externo), subsisten brechas importantes en los componentes de evaluación independiente y aprendizaje. Habrá que dedicar más atención a estos componentes en los próximos bienios para que la Organización pueda afianzar la aplicación de la gestión basada en resultados.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.1.2	El Plan Estratégico de la OPS y los documentos de Programa y Presupuesto (elaborados en el contexto de la gestión basada en resultados, considerando la política de cooperación centrada en los países y las enseñanzas extraídas, y con la participación de todos los niveles de la OPS) son aprobados por los Cuerpos Directivos.	En curso	Plan Estratégico 2014-2019 aprobado por los Cuerpos Directivos	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>El Consejo Directivo aprobó el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y los Programas y Presupuestos para todos los bienios del período evaluado. El Plan y el Programa y Presupuesto nuevos se elaboraron con una participación sin precedentes de los Estados Miembros y personal de todos los niveles de la Oficina. El proceso estuvo encabezado por los países, con el aporte estratégico y técnico de un Grupo Consultivo de los Países integrado por 10 Estados Miembros que fue establecido por el Comité Ejecutivo de la OPS. Todos los Estados Miembros participaron en las extensas consultas realizadas durante la formulación del Plan y el Programa y Presupuesto. Se aprovecharon las enseñanzas y experiencias de los planes y presupuestos anteriores para mejorar la implementación de la gestión basada en resultados por medio de estos documentos a fin de mostrar mejor el trabajo estratégico, técnico y propiciador de la Organización. También se aprovechó la oportunidad para mejorar aspectos clave, como una cadena de resultados revisada, con más claridad en cuanto a las responsabilidades y la rendición de cuentas de los Estados Miembros y la Oficina; la elaboración y aplicación de un nuevo marco para la asignación de</p>				

prioridades programáticas usando una metodología robusta y un método científico; una definición más clara del compromiso de la Organización con los países clave; la incorporación de enfoques estratégicos (cobertura universal de salud, determinantes de la salud y promoción de la salud); y temas intersectoriales (género, equidad, derechos humanos y etnicidad). Durante el proceso de consulta, los Estados Miembros establecieron metas específicas pertinentes para sus respectivos países y territorios y se comprometieron a alcanzarlas.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.1.3	Porcentaje de progreso hacia las metas de reasignación de recursos entre los tres niveles de la OSP de acuerdo con la Política Regional de Presupuestos por Programas de la OPS	33%	100%	Sí

Observaciones:  
Se aplicó plenamente la política regional de presupuestos por programas para el presupuesto ordinario. Aunque la política se aplicó solo al presupuesto ordinario, también se usó para guiar la asignación de fondos de contribuciones voluntarias en la mayor medida de lo posible. En el 2012 se formuló una nueva Política del Presupuesto de la OPS, que fue aprobada por los Estados Miembros. La nueva política se elaboró en colaboración con un Grupo Consultivo de los Países y aprovecha las enseñanzas y las experiencias de la ejecución de la política anterior.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.1.4	Porcentaje de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que logran más del 75% de los resultados previstos específicos de cada oficina	N/C	90%	Sí

Observaciones:  
A pesar de las dificultades del último bienio con la dotación de fondos, 91% de las entidades (63 de 69) alcanzaron más de 75% de sus resultados. Este logro se pone de relieve en los diversos informes de seguimiento y evaluación del desempeño de la Oficina.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.1.5	Porcentaje de informes de seguimiento y evaluación del desempeño sobre los resultados previstos en el Plan Estratégico y los documentos de Programa y Presupuesto presentados de manera oportuna a la Gerencia Ejecutiva de la OSP, luego de ser sometidos a revisión por pares	50%	100%	Sí

Observaciones:  
Todos los informes de seguimiento y evaluación del desempeño fueron presentados oportunamente a la Gerencia Ejecutiva de la Oficina Sanitaria Panamericana.  
  
La Oficina ha realizado las tareas de seguimiento y evaluación del desempeño y ha presentado los informes correspondientes a la Gerencia Ejecutiva y a los Cuerpos Directivos de la OPS de conformidad con el marco de seguimiento y presentación de informes aprobado por los Estados Miembros en el Plan Estratégico 2008-2013. Los informes presentados a los Cuerpos Directivos han mejorado sistemáticamente sobre la base de las experiencias anteriores, el aporte de equipos de toda la Oficina, la

orientación de la Gerencia Ejecutiva y las recomendaciones de los Estados Miembros.

**RPR 16.2: Se habrán fortalecido la vigilancia y la movilización de recursos financieros para velar por la ejecución del Programas y Presupuesto, incluyendo la mejora de las prácticas financieras solventes y la gestión eficiente de los recursos financieros**

Alcanzado plenamente

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los seis indicadores del RPR)

147. Con la adopción de nuevos mecanismos y procesos, entre ellos los procesos de seguimiento y evaluación como parte del plan de trabajo bienal, la formulación de la política relativa a las IPSAS y su ejecución, y los mecanismos para coordinar la movilización de recursos, se realizaron grandes avances en el período 2008-2013 que llevaron a la consecución del RPR 16.2. Durante ese período, la OPS mantuvo convenios de contribuciones voluntarias con tres asociados bilaterales clave (AECID, ACDI y USAID) utilizando un enfoque programático: alrededor de 40% de los fondos eran flexibles, al menos a nivel de objetivo estratégico. Además, la OPS devolvió a los asociados menos de 0,5% de los fondos de contribuciones voluntarias disponibles en ese período. La OPS efectuó la transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) a las IPSAS a partir del 1 de enero del 2010. La OPS recibió un dictamen de auditoría sin reservas sobre los estados financieros del bienio 2008-2009, así como sobre los estados financieros anuales, preparados de acuerdo con las IPSAS, de los ejercicios financieros 2010, 2011 y 2012. El dictamen de auditoría sobre los estados financieros del 2013 se expedirá a más tardar el 15 de abril del 2014. Por último, las entidades de la Oficina habían ejecutado sistemáticamente más de 90% del presupuesto al final de cada bienio.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.1	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) aplicadas en la OPS/OMS	Todavía no se aplican las IPSAS	IPSAS aplicadas	Sí
Observaciones: La OPS efectuó la transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) a las IPSAS el 1 de enero del 2010. Los estados financieros para los ejercicios financieros 2010, 2011, 2012 y 2013 se prepararon de conformidad con las IPSAS.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.2	Porcentaje de objetivos estratégicos que cubren por lo menos el 75% de su brecha no financiada al final del bienio	N/C	70%	Sí
Observaciones: De los 16 objetivos estratégicos, 13 (81%) contaban con financiamiento para el 75% como mínimo de su presupuesto aprobado.  Los objetivos estratégicos con financiamiento inferior a 75% fueron el OE 2 (49%, infección por el VIH/sida, malaria y tuberculosis), OE 13 (64%, recursos humanos para la salud) y OE 14 (54%, financiamiento para la salud y protección social).				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.3	Porcentaje de contribuciones voluntarias no específicas (fondos flexibles cuyas restricciones llegan solo hasta el nivel de OE)	5%	15%	Sí
Observaciones: La OPS mantuvo convenios de contribuciones voluntarias con tres asociados bilaterales clave (AECID, ACIDI y USAID) utilizando un enfoque programático: alrededor de 40% de los fondos eran flexibles, al menos a nivel de objetivo estratégico.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.4	Porcentaje de los fondos provenientes de contribuciones voluntarias a la OPS/OMS (específicas y no específicas) que son devueltos a los socios	1%	0,50%	Sí
Observaciones: Los fondos de contribuciones voluntarias devueltos a asociados se redujeron a menos de 0,5% de los fondos de contribuciones voluntarias durante el período.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.5	Prácticas financieras solventes, certificadas por una opinión de auditoría “sin reservas”	Dictamen de auditoría sin reservas	Dictamen de auditoría de sin reservas	Sí
Observaciones: La OPS recibió un dictamen de auditoría sin reservas sobre los estados financieros de 2008-2009, así como sobre los estados financieros anuales, preparados de conformidad con las IPSAS, de los ejercicios financieros 2010, 2011, 2012 y 2013.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.2.6	Porcentaje de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que han ejecutado por lo menos 90% de los fondos programados en sus planes de trabajo bienales	70%	90%	Sí
Observaciones: Las entidades de la Oficina habían ejecutado sistemáticamente más de 90% del presupuesto al final de cada bienio. (Sujeto a validación sobre la base de los datos de cierre de fin del bienio 2012-2013 proporcionados por PBU y FRM.)				

<b>RPR 16.3: Las políticas y prácticas de recursos humanos promueven a) la contratación y retención de personas idóneas con las competencias requeridas por la Organización, b) el desempeño y la gestión eficaces y equitativos de los recursos humanos, c) el fomento del desarrollo del personal, y d) el comportamiento ético</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
---	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)

148. Se avanzó mucho hacia los resultados previstos a nivel regional relacionados con personal de mejor calidad, una gestión más eficaz de los recursos humanos, el desarrollo profesional del personal y el comportamiento ético. El Departamento de Gestión de Recursos Humanos (HRM) logró posicionarse durante el período en el papel de asociado estratégico para los gerentes de entidad, como se observa con los siguientes logros: la Gerencia Ejecutiva aprobó el 100% de los planes de recursos humanos para todas las entidades y se revisaron y actualizaron las descripciones de puestos en todos los casos en que hubo cambios de personal, siguiendo el marco de competencias establecido en la Organización. Además, los procesos de selección se llevaron a cabo en su totalidad en el marco aprobado por la Gerencia Ejecutiva.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.3.1	Porcentaje de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana con planes de recursos humanos aprobados por la Gerencia Ejecutiva	15%	100%	Sí
Observaciones: La Gerencia Ejecutiva aprobó el 100% de los planes de recursos humanos de las entidades.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.3.2	Porcentaje del personal que ha asumido un nuevo cargo (con una descripción del puesto basada en competencias) o se ha trasladado a otro lugar en un bienio, de acuerdo con la estrategia de recursos humanos	15%	75%	Sí
Observaciones: En todos los casos de traslado de empleados a otro puesto o a otro lugar durante el bienio, se actualizó la descripción del puesto sobre la base del marco de competencias de la OPS.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.3.3	Porcentaje de comités de selección que trabajan con el nuevo marco de referencia aprobado por la Gerencia Ejecutiva, el cual incluye una evaluación psicométrica para los puestos clave	N/C	100%	Sí
Observaciones: Durante el bienio, todos los comités de selección trabajaron con el nuevo marco aprobado por la Gerencia Ejecutiva, que incluye una evaluación psicométrica para puestos clave.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.3.4	Porcentaje de la fuerza laboral que ha presentado una queja formal o ha sido objeto de una acción disciplinaria formal	<1%	<1%	Sí
Observaciones: Durante el bienio 2012-2013, la Organización recibió solo cuatro quejas formales nuevas y se consideró necesario imponer medidas disciplinarias formales solo en dos casos. El porcentaje de quejas y medidas disciplinarias fue inferior al 1% de la fuerza laboral de la Oficina ( $833 \times 1\% = 8,33$ ) durante el período.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.3.5	Número de consultas recibidas por año que plantean temas éticos y reflejan un nivel de concientización más alto con respecto al comportamiento ético	40	150	Sí
<p>Observaciones: Se recibieron 170 consultas durante el bienio 2012-2013.</p> <p>El número de consultas recibidas del 2008 al 2010 fue de alrededor de 65 al año, en promedio. En el 2011, ese número aumentó alrededor de 50%, a 95. Tanto en el 2012 como en el 2013, la Oficina de Ética recibió 85 consultas. En consecuencia, se alcanzó la meta para el bienio.</p>				

<b>RPR 16.4: Se habrán adoptado estrategias, normas y métodos de gestión para los sistemas de información que permitan lograr soluciones fiables, seguras y costo-efectivas, a la vez que satisfacen las necesidades en constante cambio de la OSP</b>	Alcanzado plenamente
--	----------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR)

149. Durante los últimos seis años, la Oficina mejoró sus estrategias, políticas y prácticas en relación con los sistemas de gestión de la información. Algunos ejemplos son la política de seguridad de la información, que condujo a una disminución de los incidentes de seguridad en la Oficina, la actualización de la estrategia de tecnología de la información, la introducción de un proceso de gobernanza de la tecnología de la información e importantes mejoras de la infraestructura tanto en las representaciones como en la Sede.

150. La Organización encabezó la tarea de selección de los contratistas para el PMIS (Workday y Tidemark), terminó de formular el alcance de los trabajos para los integradores de sistemas y seleccionó la compañía de gestión de cambios y el director externo del proyecto, siguiendo el proceso establecido para las compras de la Oficina.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.4.1	Porcentaje de propuestas, proyectos y aplicaciones importantes relacionados con tecnología de la información administrados en forma sistemática mediante procesos de gestión de la cartera	0%	80%	Sí
<p>Observaciones: Esta meta se alcanzó con el proceso de gobernanza de la tecnología de la información que se siguió en todo el 2013.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.4.2	Grado de cumplimiento de las metas de servicio establecidas para los servicios de tecnología de la información	0%	75%	Sí
<p>Observaciones: Esta meta se alcanzó con mejoras de la infraestructura tanto en la Sede como en las representaciones y</p>				



<p>los centros, así como con la notificación por medio de servicios de información monitoreados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 94% de todas las solicitudes de servicio recibidas fueron clasificadas y asignadas dentro de las cuatro horas siguientes a la creación de la solicitud y 71% dentro de una hora;</li> <li>• todas las solicitudes de servicios de gran prioridad se resolvieron o se elevaron a un nivel superior dentro de las seis horas laborables siguientes; y</li> <li>• 93% de las demás solicitudes de servicios recibidas se resolvieron o se elevaron a un nivel superior dentro de las 16 horas laborables siguientes.</li> </ul>
--

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.4.3	Número de entidades subregionales y de país, y centros panamericanos que utilizan información sistemática y actualizada (casi en tiempo real)	35/35	35/35	Sí
Observaciones: Todas las representaciones siguen contando con información gerencial uniforme casi en tiempo real.				

<b>RPR 16.5: Se habrán fortalecido los servicios de apoyo gerencial y administrativo, incluidas las adquisiciones, para permitir el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores)

151. Con las mejoras introducidas en varios procesos y servicios se logró y se reforzó el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización. Se establecieron procedimientos para situaciones de emergencia regionales, que se incorporaron en el manual electrónico de la OPS/OMS en el 2009, y se elaboró el Manual Operativo para representaciones y centros, que se introdujo a título piloto en ocho países. Se implementaron plenamente los sistemas de gestión de compras, se ofreció capacitación en la Sede y en las representaciones, se examinaron políticas y se las incluyó en el manual electrónico de la OPS/OMS. Se hicieron encuestas para determinar el grado de satisfacción de los usuarios de algunos servicios, como el comedor, la limpieza, los servicios de viajes y el correo. La Oficina Legal también mejoró los instrumentos para responder a los clientes. Los servicios de traducción excedieron los puntos de referencia internos con el uso generalizado de herramientas de traducción internas y de uso comercial.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.5.1	Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y gerenciales (entre ellos servicios de seguridad, viajes, transporte, correo, limpieza y alimentación) medido por medio de encuestas bienales	Bajo (satisfacción inferior a 50%)	Alto (satisfacción de más de 75%)	Sí
Observaciones: Se alcanzó un grado de satisfacción de 75% según las encuestas. El número de encuestados que responden sigue siendo un reto. Las encuestas específicas que reflejan la satisfacción con estos servicios en la Sede se refirieron a los viajes, la limpieza, el correo y el comedor.				

CE154/10 – ANEXO A

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.5.2	Porcentaje de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana durante emergencias regionales	0%	100%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>El personal de la Oficina está utilizando todos los procedimientos de trabajo normalizados durante las emergencias regionales de conformidad con el manual electrónico de la OPS/OMS.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.5.3	Porcentaje de los parámetros internos alcanzados o superados por los servicios de traducción	60%	80%	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se cumplieron todos los puntos de referencia internos para el servicio de traducciones (1.216 solicitudes de traducciones y 4,6 millones de palabras).</p> <p>Este progreso se realizó con el uso generalizado de herramientas de traducción asistida por computadora, tanto de desarrollo interno como de uso comercial. Sin embargo, debido a la falta de personal y de revisores internos, no se cumplieron los puntos de referencia internos para el control de calidad; se externalizaron demasiadas traducciones, que no fueron revisadas internamente en la Organización.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.5.4	Un nuevo sistema de gestión de compras en funcionamiento, para medir y vigilar el cumplimiento de las prácticas óptimas de compras, incluida la capacitación personalizada, los informes estadísticos mejorados, listas de licitadores ampliadas, acuerdos sobre niveles de servicio y mejora de los procedimientos, ejecutado	N/C	Sistema de gestión de compras en funcionamiento	Sí
<p>Observaciones:</p> <p>Se implementó plenamente el sistema de gestión de compras: se ofreció capacitación en la Sede y en los países y se elaboraron indicadores clave del desempeño para evaluar el desempeño. Se adoptaron paneles para mejorar la notificación estadística y se introdujo a título piloto una solución para licitaciones electrónicas en algunas representaciones. Se revisaron todas las políticas de adquisiciones, que se incluyeron en el manual electrónico de la OPS/OMS, y se terminó de preparar el Manual para Profesionales.</p>				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.5.5	Porcentaje de solicitudes internas de asesoramiento y servicios legales presentadas en la Oficina Sanitaria Panamericana y tramitadas en un plazo de 10 días hábiles después de recibidas	70%	100%	Sí

Observaciones:  
 La Oficina de Asuntos Jurídicos recibe y responde por lo menos 4.000 averiguaciones legales formales por año. A pesar del volumen del trabajo, la Oficina de Asuntos Jurídicos se ha esforzado sistemáticamente para responder con mayor prontitud. Durante el período inicial en evaluación, la Oficina de Asuntos Jurídicos se enfrentó con una situación difícil en lo que se refiere a la dotación de personal. Sin embargo, hacia el final del período la situación se había resuelto en parte, lo cual facilitó el cumplimiento de este indicador. Además, durante el período 2007-2013, la Oficina de Asuntos Jurídicos concluyó proyectos importantes relacionados con la actualización del software y herramientas para responder a los clientes, que ayudaron a mejorar sus servicios.

<b>RPR 16.6: Se habrá fortalecido la OSP mediante reformas de desarrollo institucional y se habrá logrado un ambiente físico de trabajo propicio para el bienestar y la seguridad del personal</b>	<b>Alcanzado plenamente</b>
--	-----------------------------

**Resumen de la evaluación de este RPR** (se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR)

152. Con recursos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y fondos locales se mejoró el entorno físico para asegurar el bienestar y la seguridad del personal en la Sede y en las representaciones. En informes periódicos del Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas se confirmó que se estaban cumpliendo las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS) en todas las representaciones de la OPS. Las representaciones en Bolivia y Colombia se mudaron a un local nuevo en el 2013, y se prevé que el proyecto de reconstrucción en Haití después del terremoto, que obligó al personal a mudarse a instalaciones de PROMESS durante un extenso período, concluirá en el segundo trimestre del 2014. Los proyectos de infraestructura más importantes de los últimos seis años fueron las mejoras de las representaciones de Nicaragua y Costa Rica en el 2008, la renovación de la representación en Guyana y la instalación de cercas y de televisión en circuito cerrado en la representación en la República Dominicana en el 2009, la compra de un terreno por la representación en Haití para un estacionamiento, la renovación de la representación en Suriname en el 2010, las mejoras del sistema de aire acondicionado en la representación en Panamá y las reparaciones de las instalaciones para la representación en Venezuela en el 2011, el traslado de la representación en Jamaica, la reconstrucción de la representación en Haití en el 2012 y la terminación de las nuevas instalaciones para las representaciones en Bolivia y Colombia en el 2013. En la Sede, los logros más pertinentes durante el período fueron la instalación del nuevo Centro de Operaciones de Emergencia y del Centro de Conocimientos y la remodelación del auditorio principal (sala A).

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.1	Sistema de rendimiento corporativo ejecutado	N/C	Hoja de puntuación en uso	Sí
Observaciones: La hoja de puntuación del desempeño institucional se usa desde el 2010. Se crearon paneles para facilitar el seguimiento y la evaluación de la ejecución de programas a nivel institucional y de entidad.				

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.2	Porcentaje de obras aprobadas, de acuerdo con el plan de capital para la infraestructura de la Oficina Sanitaria Panamericana, que concluyen a tiempo	100%	100%	Sí
Observaciones: Todos los proyectos de infraestructura aprobados concluyeron a tiempo, considerando que se modificaron los contratos cuando surgieron imprevistos durante la fase de ejecución. Los proyectos de				

infraestructura más visibles de los últimos seis años fueron las mejoras en las representaciones en Nicaragua y Costa Rica en el 2008, la renovación de la representación en Guyana, la instalación de cercas y televisión en circuito cerrado en la representación en la República Dominicana en el 2009, la compra de un terreno por la representación en Haití para un estacionamiento, la renovación de la representación en Suriname en el 2010, las mejoras del sistema de aire acondicionado en la representación en Panamá y las reparaciones de las instalaciones para la representación en Venezuela en el 2011, el traslado de la representación en Jamaica, la reconstrucción de la representación en Haití en el 2012 y la terminación de las nuevas instalaciones para las representaciones en Bolivia y Colombia en el 2013.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.3	Porcentaje de instalaciones físicas de la Sede y de los Centros Panamericanos que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS)	65%	100%	Sí

Observaciones:  
Se actualizaron las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS) y los planes de seguridad de todos los planes de mejoras de instalaciones físicas aprobados para la Sede y los centros panamericanos. Los informes del Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas mostraron un cumplimiento adecuado en todos los lugares de destino de la OPS.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.4	Porcentaje de entidades regionales de la OSP y Centros Panamericanos de la OPS que mejoran y mantienen su infraestructura física, equipo de oficina, mobiliario, equipo de informática y transporte según lo programado en sus planes de trabajo bienales	75%	100%	Sí

Observaciones:  
Usando el presupuesto propio complementado con recursos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital (fondos subsidiarios para infraestructura y para el reemplazo de vehículos), todas las entidades pudieron mejorar su ambiente de trabajo.

Además de los países mencionados en el indicador 16.6.2 en relación con proyectos de infraestructura, Chile, Ecuador, Honduras y Perú fueron ejemplos de países que financiaron parcialmente la compra de vehículos de reemplazo con el nuevo fondo subsidiario del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.5	Número de políticas y prácticas de recursos humanos que abordan el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, la salud y la seguridad de la fuerza de trabajo de la Organización desarrolladas y ejecutadas	2	14	Sí

Observaciones:  
El Departamento de Gestión de Recursos Humanos y las entidades locales informaron sobre talleres, charlas y eventos para proporcionar asesoramiento e información sobre la promoción del equilibrio entre

la vida personal y la vida profesional y la mejora de la salud, la seguridad y el bienestar.

Ind.	Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada sí/no
16.6.6	Nuevo sistema de planificación y evaluación de los recursos humanos que permite el desempeño eficaz de la gestión integrado con la implementación del Plan Estratégico de la OPS	N/C	Evaluaciones de 360 grados realizadas	N/C

Observaciones:  
 La meta del indicador de las evaluaciones de 360 grados se suprimió porque no podía alcanzarse en vista de las prioridades institucionales y el ambiente de trabajo actuales. Esta decisión ya fue presentada a los Estados Miembros y aprobada como parte de la evaluación de fin del bienio 2010-2011.

**Anexo B. Indicadores de los RPR que no se alcanzaron**

<b>Texto del indicador del RPR</b>	<b>Línea de base 2007</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Alcanzada para fines del 2013</b>	<b>Observaciones (progreso realizado hasta la fecha y motivos por los cuales no se alcanzó)</b>
1.1.2 Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DPT3 como marcador con línea de base de 15.076 municipios en el 2005)	38%	32%	No	Quedan focos pequeños de personas sin vacunar con poco acceso a servicios de vacunación, lo cual reduce el porcentaje de municipios con cobertura de vacunación a menos de 95%. Entre los problemas persistentes para medir y cumplir el indicador se encuentran 1) problemas con el denominador, entre ellos la decisión de los países de aumentar el número de niños menores de 1 año de edad en el 2012; 2) los desplazamientos de poblaciones entre países y dentro de ellos; 3) problemas con la calidad de los datos; y 4) la puntualidad de la notificación de los datos.
1.3.1 Número de países que han eliminado la lepra a nivel nacional y subnacional como problema de salud pública	16/24	24/24	18	De 24 países, 18 alcanzaron el indicador, habiendo eliminado la lepra como problema de salud pública a nivel nacional y subnacional. Se deben proporcionar recursos financieros y humanos adecuados para las actividades necesarias a fin de mantener los avances realizados hasta la fecha y continuar avanzando para alcanzar la meta de la eliminación de la lepra.
1.3.2 Número de países que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros	11	18	17	De 18 países, 17 han eliminado los casos humanos de rabia transmitida por los perros, como queda demostrado por la ausencia de casos notificados en la base de datos regional (SIRVERA). Dos países no pudieron alcanzar el indicador debido a una interrupción de la vacunación de los perros y la falta de conciencia de los funcionarios de salud sobre la necesidad de profilaxis postexposición después de la mordedura de un perro. Se necesita una labor de promoción de la causa en altos niveles políticos a fin de mantener los programas de eliminación de la rabia humana transmitida por los perros.
1.3.3 Número de países que mantienen la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes	11	23	11	De 17 países, 11 mantuvieron o mejoraron la vigilancia y los preparativos para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes, principalmente en las áreas de diagnóstico de laboratorio y capacidad de respuesta en el terreno. Subsiste la necesidad de aumentar la capacidad de los países para la vigilancia, la detección temprana y la respuesta rápida a los eventos de importancia para la salud pública asociados con las zoonosis.
1.3.4 Número de países con un índice de infestación domiciliar de sus vectores triatominos principales inferior a 1%	3/21	18/21	17	De 21 países, 17 alcanzaron el indicador, lo cual pone de manifiesto los considerables adelantos realizados en la lucha contra la enfermedad de Chagas. Los países siguen trabajando para interrumpir la transmisión por vectores,

CE154/10 – ANEXO B

Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada para fines del 2013	Observaciones (progreso realizado hasta la fecha y motivos por los cuales no se alcanzó)
				reduciendo la infestación doméstica en la zona, en todo el país o en las subunidades territoriales endémicas. Persisten retos tales como la necesidad de un mayor compromiso político, limitaciones de los presupuestos nacionales y cambios institucionales en el sector de la salud.
1.6.1 Número de países que han adquirido las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	0	25	6	Seis países alcanzaron el indicador, lo cual confirma que contaban con las capacidades básicas y podían mantenerlas, mientras que 29 de los 35 Estados Partes presentaron solicitudes complementadas con un plan de acción. Los puntos débiles más cruciales que se observaron fueron la capacidad para manejar sucesos que impliquen peligros químicos y relacionados con la radiación. De los 35 Estados Partes, 31 (89%) indicaron sus puertos designados (64), 34 (97%) indicaron sus aeropuertos designados (77) y nueve proporcionaron una lista de cruces fronterizos terrestres designados (22).
2.1.1 Número de países que proveen tratamiento profiláctico con antirretrovíricos por lo menos a 80% de las mujeres embarazadas que se estima que son VIH positivas	9	17	15	De 17 países, 15 alcanzaron este indicador. Debido a la falta de datos fue imposible determinar si otros países también lo habían alcanzado. Una de las dificultades principales para determinar el progreso en esta área es que los datos dependían de información exacta o estimaciones a nivel de país. Además, el ONUSIDA no da a conocer los cálculos para las epidemias concentradas debido al amplio margen de incertidumbre.
2.1.2 Número de países que proveen tratamiento antirretrovírico por lo menos a 80% de la población que se estima que lo necesita, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	6	15	8	De 15 países, ocho alcanzaron este indicador. Otros siete, con una cobertura superior a 70%, estaban cerca de alcanzar la meta, que no se pudo alcanzar debido a las dificultades persistentes para ampliar la escala de los programas de tratamiento y eliminar las barreras a la prestación de servicios para poblaciones clave.
2.1.5 Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	6/27	23/27	15/27	De 17 países, 15 alcanzaron este indicador. Entre las dificultades que obstaculizaron el progreso en esta área cabe señalar la calidad de los programas de DOTS, problemas con las actividades de control de la tuberculosis, retrasos en la introducción de nuevos medios para facilitar el tratamiento y la participación insuficiente de otros interesados directos y sectores a nivel de país.
2.1.6 Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	2	26	13	De 26 países y territorios, 13 alcanzaron el indicador. También se realizaron avances en otros tres países y territorios que están cerca de alcanzar la meta de la eliminación. Los países todavía tienen que mejorar sus planes, directrices y

CE154/10 – ANEXO B

Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada para fines del 2013	Observaciones (progreso realizado hasta la fecha y motivos por los cuales no se alcanzó)
				protocolos nacionales para incluir la iniciativa de eliminación, fortalecer la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, ampliar la cobertura de pruebas conjuntas para el VIH y la sífilis, mejorar la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis, y aumentar la capacidad del personal de salud.
3.4.2 Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la violencia	8	15	14	De 15 países, 14 alcanzaron el indicador. A pesar de los adelantos, los proyectos de los países seguían siendo heterogéneos y la capacidad de la Organización para apoyar a los países tropezó con grandes retos. Subsiste la necesidad de establecer sólidas relaciones de trabajo con instituciones de excelencia en el área del análisis de costos, entre ellas el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.
6.2.2 Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia basado en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes	11	30	27	Además de los 27 países y territorios que alcanzaron este indicador (ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NCA, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU y VEN), otros cinco (BRA, CUB, DOR, PAN y PAR) se encontraban en distintas etapas de la realización de la Encuesta Mundial de Salud Escolar. El trabajo está en marcha y se ha obtenido financiamiento para realizar esta encuesta en Haití a principios del 2014.
6.3.3 Número de países con reglamentos para el envasado y la rotulación de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	8	23	19	De 23 países, 19 alcanzaron el indicador y están cumpliendo los requisitos reglamentarios mínimos. El reto para avanzar con este indicador será si los países pueden tomar las medidas reglamentarias necesarias en el plazo aprobado (tres años entre la ratificación y el cumplimiento del mandato del Convenio Marco para el Control del Tabaco).
6.3.4 Numero de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco	9	35	30	De 35 Estados Miembros, 30 alcanzaron este indicador, habiendo realizado la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (28 países), la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en los Adultos (5 países) y la Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesionales de la Salud (18 países). Cabe destacar que 23 de los 30 países que han cumplido el indicador han realizado por lo menos dos de los tres componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en los Adultos y Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesionales de la Salud). Los cinco países restantes no alcanzaron el indicador porque no pudieron actualizar ninguna de las encuestas del Sistema Mundial de Vigilancia del



CE154/10 – ANEXO B

Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada para fines del 2013	Observaciones (progreso realizado hasta la fecha y motivos por los cuales no se alcanzó)
				Tabaco. Sin embargo, estos países han recibido capacitación y se prevé que harán la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes en el 2014. Otros retos para el cumplimiento del indicador fueron las demoras en el examen del protocolo para la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes por la OMS y los CDC, las dificultades internas con la coordinación entre interesados directos a nivel de país y la disponibilidad de fondos para hacer la encuesta.
6.5.1 Número de países que han ejecutado políticas nacionales para promover un régimen alimenticio saludable y actividad física de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	8	20	No	De 20 países, nueve alcanzaron el indicador. Las políticas públicas que promueven los alimentos saludables no se limitan al sector de la salud. Los intereses multisectoriales, junto con la falta de voluntad política y la influencia de la industria, son los principales obstáculos para un cumplimiento más acelerado de este indicador.
9.4.4 Número de países que han incorporado intervenciones nutricionales en sus programas integrales de respuesta a la infección por el VIH/sida y otras epidemias	11	25	No	De 25 países, 21 alcanzaron este indicador, tras incorporar intervenciones nutricionales en los protocolos para el manejo de pacientes con infección por el VIH/sida. Sin embargo, es necesario replantear la importancia de la nutrición en el tratamiento de los pacientes con infección por el VIH.
10.1.3 Número de países que han integrado un enfoque intercultural en la elaboración de políticas y sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	0	8	No	De ocho países, cinco alcanzaron este indicador. Se produjeron muchos cambios a nivel regional que llevaron a una reorientación de las prioridades en los modelos de atención para grupos étnicos y raciales interculturales, y estos cambios obstaculizaron el cumplimiento del indicador.
11.2.2 Número de países que ejecutan la Iniciativa regional de datos básicos de salud	9	27	No	De 27 países, 19 alcanzaron el indicador. Hay retos para avanzar en esta área en el Caribe de habla inglesa, donde la ejecución a nivel nacional de la Iniciativa de datos básicos de salud sigue siendo difícil.
11.3.4 Número de países que monitorean los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	23	36	33	Los países continuaron dando seguimiento a la consecución de los ODM usando una variedad de estrategias. De 33 países, 12 documentaron su seguimiento de los ODM relacionados con la salud y 13 de 36 países continuaron dando seguimiento a la consecución de los ODM mediante la publicación de informes específicos, el apoyo a mejoras en sus sistemas nacionales de información sanitaria y actividades de coordinación con diferentes entidades políticas nacionales y organismos internacionales. Un reto importante es que este indicador está dirigido a todos los Estados Miembros (36), pero dos países (Canadá y Estados Unidos) no dan seguimiento a los

CE154/10 – ANEXO B

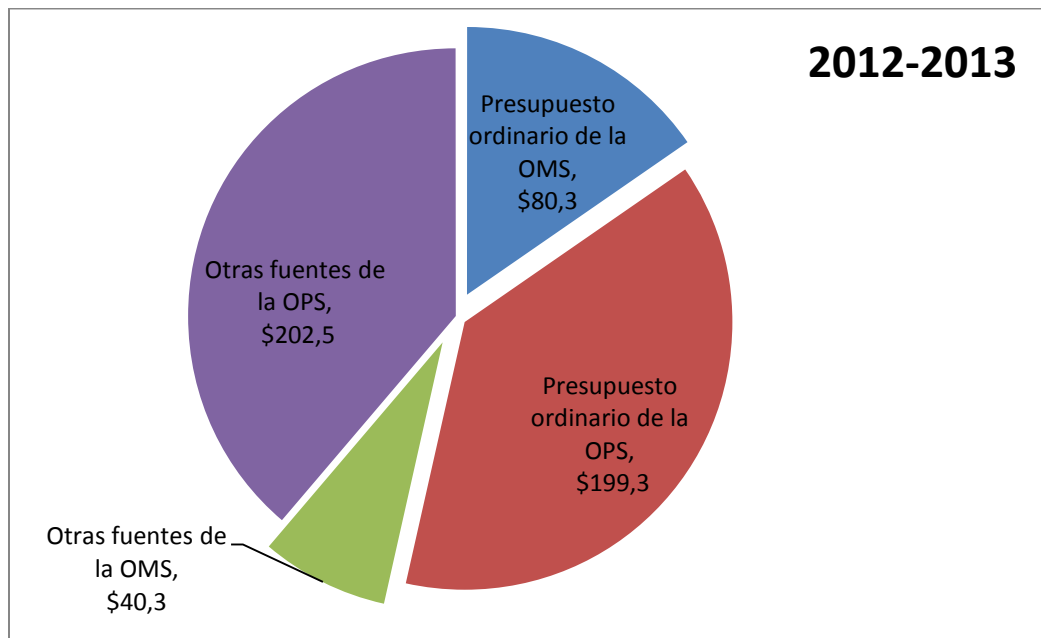
Texto del indicador del RPR	Línea de base 2007	Meta 2013	Alcanzada para fines del 2013	Observaciones (progreso realizado hasta la fecha y motivos por los cuales no se alcanzó)
				ODM según se estipula en los acuerdos.
11.5.3 Creación de la plataforma de información regional de la OPS, que integre todas las bases de datos de la OSP y la información de los asociados pertinentes en materia de salud y desarrollo	Datos básicos y MAPIS	Plataforma creada y plenamente operatoria	No	Se instaló la plataforma de tecnología necesaria. Sin embargo, el examen y los ajustes para la fase II estaban pendientes. La finalización de estos pasos permitirá la coordinación institucional y el lanzamiento.
12.1.3 Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	8	17	No	Diez países alcanzaron el indicador. Este indicador tenía una meta de gran alcance, pero la donación de sangre voluntaria y no remunerada constituirá un pilar importante de la nueva estrategia quinquenal de seguridad de la sangre que el Consejo Directivo de la OPS considerará y adoptará en el 2014.
13.2.2 Número de países que participan en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud para la producción de información y pruebas científicas para la adopción de decisiones	18	36	No	Veintinueve países y territorios alcanzaron el indicador. Esta meta seguía siendo inalcanzable sin la participación de los países y territorios del Caribe, lo cual, a su vez, dependía de la creación de un Observatorio de Recursos Humanos para la Salud en el Caribe. No se cumplieron los requisitos institucionales y financieros para el funcionamiento de un observatorio en el Caribe, en parte debido al impacto de la crisis económica en la subregión.

### Anexo C. Resumen del Programa y Presupuesto 2012-2013

1. El presupuesto aprobado para el bienio 2012-2013 fue de \$613 millones, de los cuales \$285,1 millones (47%) correspondían al presupuesto ordinario y \$328 millones provenían de otras fuentes. Se disponía de \$522,4 millones para el bienio, o sea, 85% del total aprobado, que consistían en \$279,6 millones del presupuesto ordinario y \$242,6 millones de otras fuentes. Tal como se muestra en la figura 3, la porción correspondiente al presupuesto ordinario se financió con \$199,3 millones de la OPS y \$80,3 millones de la OMS. En lo que se refiere a otras fuentes, la OPS movilizó \$202,5 millones, en tanto que \$40,3 millones provinieron de la OMS.

2. El déficit de financiamiento para 2012-2013 fue de \$90 millones (\$7 millones del presupuesto ordinario y \$83 millones de otras fuentes). El déficit del presupuesto ordinario se debió principalmente a la persistencia de tasas de interés bajas, que ocasionaron una disminución de los ingresos varios. La OPS movilizó \$204,6 millones de otras fuentes (83%), en comparación con la meta de \$247 millones, para el bienio, en tanto que se recibieron \$40,2 millones (49%) de otras fuentes de la OMS, frente a los \$80,7 millones presupuestados.

**Figura 1. Programa y Presupuesto 2012-2013, con el financiamiento por fuente**



3. Durante 2012-2013, los fondos del presupuesto ordinario se asignaron por nivel funcional de conformidad con la Política del Presupuesto Regional por Programas (PPRP), tal como se muestra en el cuadro 1 a continuación. Aunque el criterio para la asignación establecido en la PPRP no se aplica a los fondos de otras fuentes, cabe señalar que la asignación general de fondos excedió el mínimo estipulado para el nivel de país.

**Cuadro 1. Desglose del presupuesto por nivel funcional**

Nivel funcional	Fondos disponibles para el bienio (en millones de dólares)			Distribución de los fondos disponibles (como porcentaje del total de fondos disponibles)		
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total	Presupuesto ordinario <sup>1</sup>	Otras fuentes	Total
País	106,5	96,6	203,1	38%	40%	57%
Subregional	17,3	3,0	20,3	6%	1%	4%
Regional	155,8	143,2	299,0	56%	59%	39%
Total	279,6	242,8	522,4	100%	100%	100%

4. Al final del bienio se habían gastado 95% de los fondos disponibles (\$498,1 millones de \$522,4 millones).

5. Con respecto a los programas no básicos, se había financiado el 48% (\$10,6 millones) del presupuesto de US\$22 millones aprobado para la respuesta a brotes y crisis, mientras que las contribuciones voluntarias nacionales excedieron la cantidad prevista (\$300 millones) en un 88%, con un total de \$565 millones. El nivel de financiamiento de la respuesta a brotes y crisis refleja el menor número y escala de las situaciones de emergencia que se produjeron en la Región en 2012-2013 en comparación con los bienios anteriores. El aumento de las contribuciones voluntarias nacionales refleja la continuación de la tendencia ascendente del volumen de los fondos y del número de Estados Miembros que usan esta modalidad para apoyar las prioridades sanitarias nacionales por medio de la OPS.

6. Al final del bienio, la tasa de ejecución del presupuesto para la respuesta a brotes y crisis fue de 85% (\$9,1 millones de \$10,6 millones) y fue de 68% (\$387,8 millones de \$565 millones) para las contribuciones voluntarias nacionales.

#### *Segmento de respuesta a brotes y crisis*

7. Durante el bienio había \$10,6 millones para este segmento, en comparación con \$22 millones, aproximadamente, presentados en el Programa y Presupuesto para 2012-2013. Eso se debe a la naturaleza imprevisible de estos fondos, que están disponibles en caso de que se produzca un desastre, una situación de emergencia, una epidemia o una pandemia.

8. Tal como se preveía, se ejecutaron casi todos los fondos para la respuesta a brotes y crisis (85%). Estos fondos se usaron principalmente para apoyar a los países afectados por desastres y emergencias, como las inundaciones en Perú, Paraguay, México y el Caribe, los brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, el terremoto de Costa Rica, el huracán Sandy en Jamaica, Cuba, las Bahamas, la República Dominicana y Haití, las infecciones respiratorias agudas en Perú y la epidemia de cólera en Haití.

<sup>1</sup> En la Política del Presupuesto Regional por Programas se estipulaba la siguiente distribución de fondos del presupuesto ordinario para el bienio 2012-2013: a nivel de país, 40%; a nivel subregional, 7%; y a nivel regional, 53%.

**Anexo D: Lista de subregiones, países y territorios**

<b>Código</b>	<b>Nombre del país, subregión o territorio</b>
ABM	Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat (Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe)
AND	Zona andina
ANI	Antigua y Barbuda
ARG	Argentina
BAH	Bahamas
BAR	Barbados
BLZ	Belice
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de)
BRA	Brasil
CAM	Centroamérica
CAN	Canadá
CRB	Caribe
CHI	Chile
COL	Colombia
COR	Costa Rica
CUB	Cuba
DOM	Dominica
DOR	República Dominicana
ECU	Ecuador
ELS	El Salvador
FDA	Departamentos franceses en las Américas (Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, San Martín)
FEP	Oficina de Campo de la OPS en la Frontera entre México y los Estados Unidos en El Paso (Texas)
GRA	Granada
GUT	Guatemala
GUY	Guyana
HAI	Haití
HON	Honduras
JAM	Jamaica
MEX	México
NCA	Caribe septentrional (Bermudas y las Islas Caimán)
NEA	Antillas Neerlandesas (Aruba, Bonaire, Curaçao, Saba, San Eustaquio y San Martín)
NIC	Nicaragua

<b>Código</b>	<b>Nombre del país, subregión o territorio</b>
PAN	Panamá
PAR	Paraguay
PER	Perú
PUR	Puerto Rico
SAL	Santa Lucía
SAM	América del Sur
SAV	San Vicente y las Granadinas
SCN	Saint Kitts y Nevis
SUR	Suriname
TCA	Islas Turcas y Caicos
TRT	Trinidad y Tabago
URU	Uruguay
USA	Estados Unidos de América
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)

**Anexo E: Siglas y abreviaturas**

<b>Sigla o abreviatura</b>	<b>Descripción</b>
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMRO	Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
APS	atención primaria de salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles; red CARMEN
CCLAC	Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (por su sigla en inglés)
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNE	centro nacional de enlace (RSI)
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CPC	Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe
CTP	cooperación técnica entre países
DOTS	tratamiento breve bajo observación directa (tuberculosis)
ECC	Países del Caribe oriental
ECP	Estrategia de cooperación en los países
ECS	Estrategias de Cooperación Subregional
EID	enfermedades infecciosas desatendidas
ENT	enfermedades no transmisibles
ETD	enfermedades tropicales desatendidas
EVIPNet	Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas (OMS)
EXM	Gerencia Ejecutiva de la Oficina Sanitaria Panamericana
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FDA	Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (por su sigla en inglés)
FESP	funciones esenciales de salud pública
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GBO	Oficina de Cuerpos Directivos (OSP)
GFN	Red mundial sobre infecciones de transmisión alimentaria (por su sigla en inglés)
GITI	Grupo Interagencial sobre Trabajo Infantil

CE154/10 – ANEXO E

<b>Sigla o abreviatura</b>	<b>Descripción</b>
GLAAS	Evaluación anual mundial sobre saneamiento y agua potable (por su sigla en inglés)
GSHS	Encuesta Mundial de Salud a Escolares (por su sigla en inglés)
GTSS	Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (por su sigla en inglés)
IESM-OMS:	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
INFOSAN	Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos
IPSAS	Normas Contables Internacionales para el Sector Público
ISH	Índice de Seguridad Hospitalaria
ITS	infecciones de transmisión sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MOSS	Normas mínimas de seguridad operacional (por su sigla en inglés)
NORAD	Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Estratégico
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
OSP, la Oficina	Oficina Sanitaria Panamericana
PAFNCD	Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP (por su sigla en inglés)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PNV	programas nacionales de vacunación
PPRP	Política del Presupuesto Regional por Programas
Red PARF	Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
RELACISIS	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud
REMSA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RILAA	Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RPR	resultados previstos a nivel regional
RSI	Reglamento Sanitario Internacional



<b>Sigla o abreviatura</b>	<b>Descripción</b>
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SRC	síndrome de rubéola congénita
TAR	tratamiento antirretrovírico
TB	tuberculosis
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNCT	equipo de las Naciones Unidas en el país
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

---