Documento oficial No. 328
Original: Inglés

PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012 DE LA OPS MODIFICADO (PROYECTO)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ÍNDICE

Página

Prefacio de la Directora v

Resumen 1

Introducción 2
Un proceso nuevo de planificación 3
Cinco años, tres bienios 4

Análisis de la Situación en la Región 6
Tendencias económicas y sociales 6
Tendencias en los problemas de salud y los factores de riesgo 7
Tendencias en la respuesta de los sistemas de salud 11

Lecciones Aprendidas de Planes Anteriores 14
Integración de la planificación estratégica con la operativa 14
Un plan completo e integrado 14
Alianzas y asociaciones estratégicas 14
Los países clave y los grupos vulnerables 15
Estimación de los recursos 15

Orientación Estratégica 16
Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 16
Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS 18
Objetivos de Desarrollo del Milenio 19
Marco Estratégico para la Cooperación 20
Funciones básicas 22

Objetivos Estratégicos y Resultados Previstos a Nivel Regional 24
OE1 Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles 26
OE2 Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria 34
OE3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos 43
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 51
OE5 Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico 61
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 66

ÍNDICE *(cont.)*

OE7 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 72

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 77

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 83

OE10 Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud 89

OE11 Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud 93

OE12 Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias 98

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 103

OE14 Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible 108

OE15 Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas 112

OE16 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 118

Una Ejecución Eficiente y Eficaz 126

Objetivos de cambio institucional y los equipos de la Hoja de Ruta 126

Estrategias de cooperación en los países 126

Estrategias de Cooperación Subregionales (ECS) 127

Gestión Basada en Resultados (GBR) 127

Prioridades Programáticas de la OPS 130

Financiamiento del Plan Estratégico 132

Seguimiento y Evaluación del Desempeño, y Evaluación Independiente 136

Abreviaturas y Siglas 139

PREFACIO DE LA DIRECTORA

Al cumplir la Organización sus 106 años de existencia, a lo largo de los cuales ha estado al servicio de los pueblos de la Región, reflexionemos sobre los logros realizados y definamos los desafíos pendientes. Con tal fin, tengo el placer de presentar el segundo Plan Estratégico de la OPS del siglo XXI. Este Plan es un instrumento para transformar esos desafíos en oportunidades y construir sobre los logros del pasado, mientras trabajamos como parte del sistema de Naciones Unidas y del sistema Inter-Americano, para ser más útiles a nuestros Estados Miembros.

Por primera vez en muchos años, los países de la Región han preparado una Agenda de Salud para las Américas de largo plazo. Es un llamamiento a la acción y un instrumento para "orientar la acción colectiva de los socios, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región". Este Plan Estratégico es nuestra respuesta a ese llamamiento.

Los retos que debe afrontar la Región en el terreno de la salud pública son muchos: desde las enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes, las amenazas al medio ambiente, los desastres naturales y los provocados por el hombre, entre otros, hasta las amenazas nuevas y emergentes de agentes patógenos conocidos y desconocidos. El continente está experimentando una transición epidemiológica, ya que las enfermedades tradicionales no han desaparecido completamente, sino que coexisten con las enfermedades emergentes y las relacionadas con las condiciones de vida, lo que representa un nuevo reto para la salud pública. Por lo tanto, si bien hemos marcado muchos hitos en el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos de las Américas, logros que son motivos legítimos para enorgullecernos, todavía queda mucho por hacer. Entre otras prioridades, debemos seguir mejorando el liderazgo en salud pública, el acceso equitativo a los servicios de salud y la capacidad de los Estados Miembros de responder en forma rápida y efectiva a los desafíos que se les presentan. También debemos permanecer atentos para proteger y mantener los avances logrados, al tiempo que nos enfrentamos a los retos del futuro.

Este documento es necesariamente complejo, ya que refleja el panorama amplio de nuestro trabajo y expone en detalle cómo nos proponemos responder a cada reto de salud pública que la Oficina pueda abordar. El documento también presenta nuestras iniciativas para que la Organización sea más eficaz y responsable en sus operaciones, al institucionalizar los métodos de gestión basada en resultados de los procesos de planificación, ejecución y evaluación.

Aunque este plan nos guiará durante los próximos años, el diálogo estratégico no debe terminar aquí. Es cada vez más evidente que los temas de la salud pública sólo pueden abordarse eficazmente mediante enfoques multisectoriales y alianzas estratégicas. Por consiguiente, estimulo y recomiendo un diálogo constante con los numerosos socios de la OPS —desde los gobiernos de los Estados Miembros hasta los socios nacionales e internacionales, y la sociedad civil— acerca de cómo podemos servir mejor a los habitantes de las Américas.

El Plan Estratégico 2008-2012 expresa nuestro compromiso de rendir cuentas de nuestra labor a los Cuerpos Directivos y socios, y de continuar trabajando para el mejoramiento de la salud de los pueblos de las Américas.

Mirta Roses Periago
Directora

RESUMEN

1. El Plan Estratégico 2008-2012 (PE 2008-2012, o "el plan", para abreviar), es el instrumento de planificación de más alto nivel de la Organización, aprobado cada cinco años por la Conferencia Sanitaria Panamericana. En él se estipulan los Objetivos Estratégicos de la OPS y los Resultados Previstos de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP u Oficina) para el período mencionado. Es el resultado del trabajo de las oficinas de país y los centros panamericanos, así como de las áreas técnicas y administrativas de toda la Oficina. El personal de todos los niveles ha tenido la oportunidad de participar en la elaboración del plan y de formular observaciones sobre su contenido.

2. El plan pretende ser un instrumento transparente que permita a los Estados Miembros comprender qué resultados programáticos se alcanzarán utilizando los recursos —tanto ordinarios como de aquellos provenientes de las contribuciones voluntarias— que ellos y otras entidades puedan proporcionar a la Oficina para el período de planificación. También sirve de base para toda la planificación y programación subsiguiente en la Organización en el periodo 2008-2012. El documento no sólo guiará el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino que es la suma integral del trabajo que ésta llevará a cabo durante dicho período.

3. Este ciclo de planificación se ha rediseñado incorporando el marco de gestión basada en resultados que permitirá la agregación de los resultados alcanzados en toda la Organización, con una integración vertical sin precedentes entre todos los niveles. Los resultados e indicadores comunes establecidos a nivel mundial, regional, subregional y de país, permitirán que la planificación, el seguimiento y la presentación de informes relacionados con el trabajo de la Oficina se hagan de manera más simple y transparente. Éste es un elemento clave en la aplicación cabal de la gestión basada en resultados.

4. Se establece en el plan la dirección estratégica de la Oficina, basada en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y en el Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS. La Oficina procura mantener un equilibrio entre el alineamiento programático con la OMS y la especificidad regional exigida por los Estados Miembros de la OPS, en particular en la Agenda de Salud. La Oficina ha adoptado las seis funciones básicas de la OMS, lo que permitirá el análisis de los gastos desde una perspectiva nueva y útil para la gestión.

5. Los 16 Objetivos Estratégicos, basados en los de la OMS, constituyen el núcleo programático de este Plan y son objetivos comunes para los Estados Miembros de la OPS y para la Oficina. Cada Objetivo Estratégico incorpora varios Resultados Previstos a nivel Regional (RPR) cuyo logro es responsabilidad de la Oficina. Los Objetivos Estratégicos y los RPR son una respuesta a las prioridades de salud pública conocidas de la Región —según se estudian en el análisis de la situación— pero son lo suficientemente flexibles para que la Oficina pueda responder ante los problemas y las amenazas emergentes a medida que surgen.

6. La última sección del plan expone la estrategia de ejecución de la Oficina, las prioridades programáticas, el financiamiento, y los medios para el seguimiento y la evaluación del desempeño, y la evaluación independiente; y la presentación de informes sobre los logros a los Estados Miembros.

INTRODUCCIÓN

7. Entre 1986 y 2002, la Organización adoptó documentos marco de cuatro años que contenían orientaciones de política para guiar la cooperación técnica con los Estados Miembros. En 2002, el nombre de ese instrumento se cambió por el de Plan Estratégico y el período abarcado se amplió a cinco años: 2003-2007. El plan 2008-2012 tiene como base esta experiencia y en él se ponen en práctica varias innovaciones claves que tienen por finalidad:

a) Aumentar la rendición de cuentas de la Oficina a sus Estados Miembros, así como la transparencia de sus operaciones;

b) Impulsar en la Oficina la aplicación de la gestión basada en resultados mediante la planificación orientada al mismo fin, de una manera completa e integrada;

c) Aumentar al máximo la participación de los Estados Miembros, las organizaciones asociadas y el personal de la Oficina en la elaboración de los instrumentos de planificación;

d) Continuar armonizando el funcionamiento de la Oficina con el de la OMS;

e) Enfatizar la política de atención centrada en los países de la Organización; e

f) Integrar y simplificar el proceso de planificación para reducir la sobrecarga de trabajo en las entidades de la Oficina, en relación a la planificación, el seguimiento y la preparación de informes.

8. Si bien es cierto que la innovación es esencial, ella se basa en nuestra visión, misión y valores. Estos se incluyen aquí como un recordatorio de la naturaleza fundamental de la OSP.

Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Valores

Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.

Excelencia: Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.

Solidaridad: Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.

Respeto: Aceptación de la dignidad y diversidad de los individuos, grupos y países.

Integridad: Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

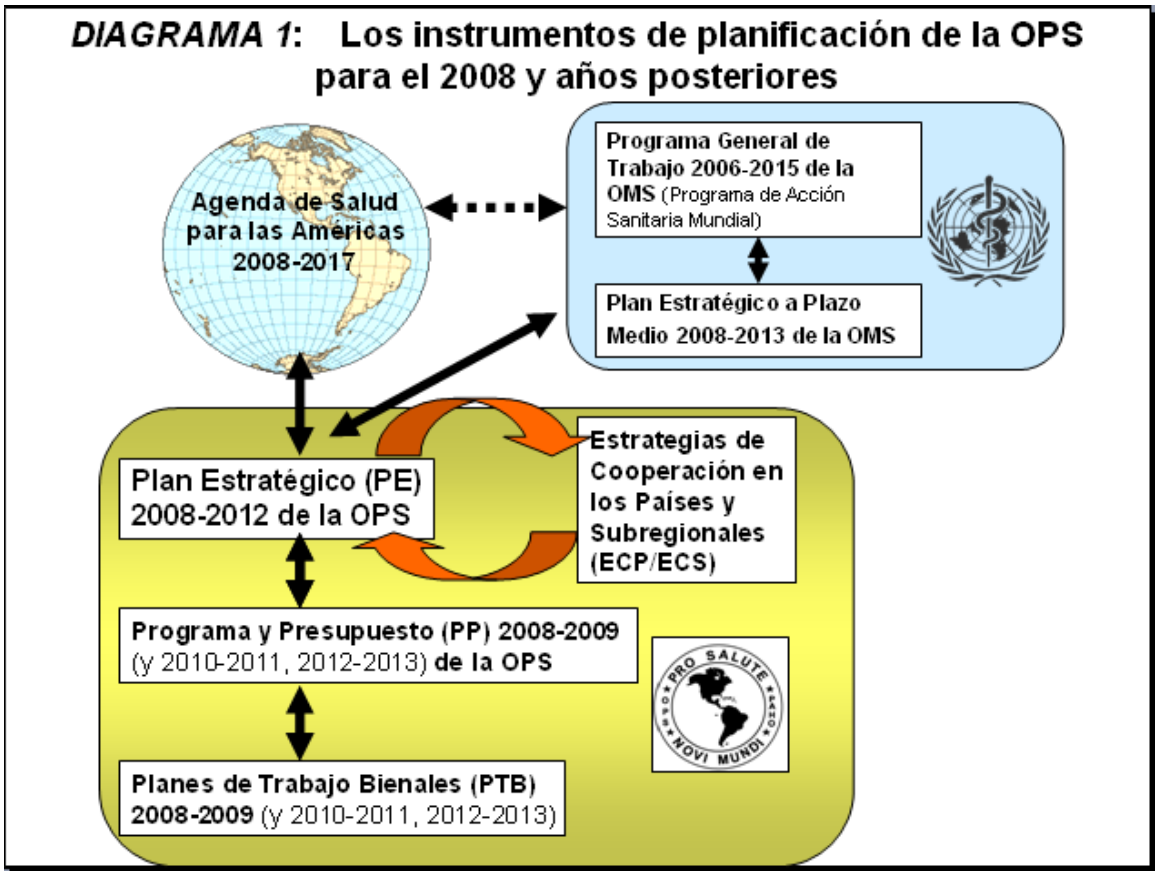
Un Proceso Nuevo de Planificación

9. Por primera vez, el Plan Estratégico 2008-2012 contiene Objetivos Estratégicos que convergen directamente con los de la OMS. El Plan Estratégico abarcará tres bienios y, por primera vez, define los Resultados Previstos a nivel Regional (RPR) de la Oficina y sus respectivos indicadores. Los documentos futuros del Programa y Presupuesto para el período abarcado (bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013) determinarán dónde se gastarán los recursos para lograr los resultados definidos en el Plan Estratégico. Estos documentos del Programa y Presupuesto se acortarán y se simplificarán, ya que sus RPR y su justificación serán idénticos a los de este plan**.** Por lo tanto, disminuirá considerablemente la necesidad de una planificación programática extensa cada dos años. Al mismo tiempo, las evaluaciones de final del bienio de cada Programa y Presupuesto servirán como informes sobre los progresos realizados en la ejecución del PE 2008-2012, ya que los RPR y los indicadores que figuran en estos documentos serán idénticos. Este concepto se explica con pormenores en la sección sobre *Seguimiento y Evaluación del Desempeño, y Evaluación independiente*.

10. Si bien los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no examinan los Planes de Trabajo Bienales de cada entidad de programación de la OSP, los Estados Miembros tal vez quieran tomar nota de que la planificación operativa a este nivel también se ha reformulado para permitir su integración total con el Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto mediante el uso de RPR e indicadores comunes. Los Planes de Trabajo Bienales son el insumo básico para el Programa y Presupuesto; esto representa el aspecto ascendente o "de abajo hacia arriba" del proceso de planificación. Los Planes de Trabajo Bienales se preparan de acuerdo con el Programa y Presupuesto 2008-2009, de manera que este último refleje con exactitud el trabajo que se hará a nivel de país.

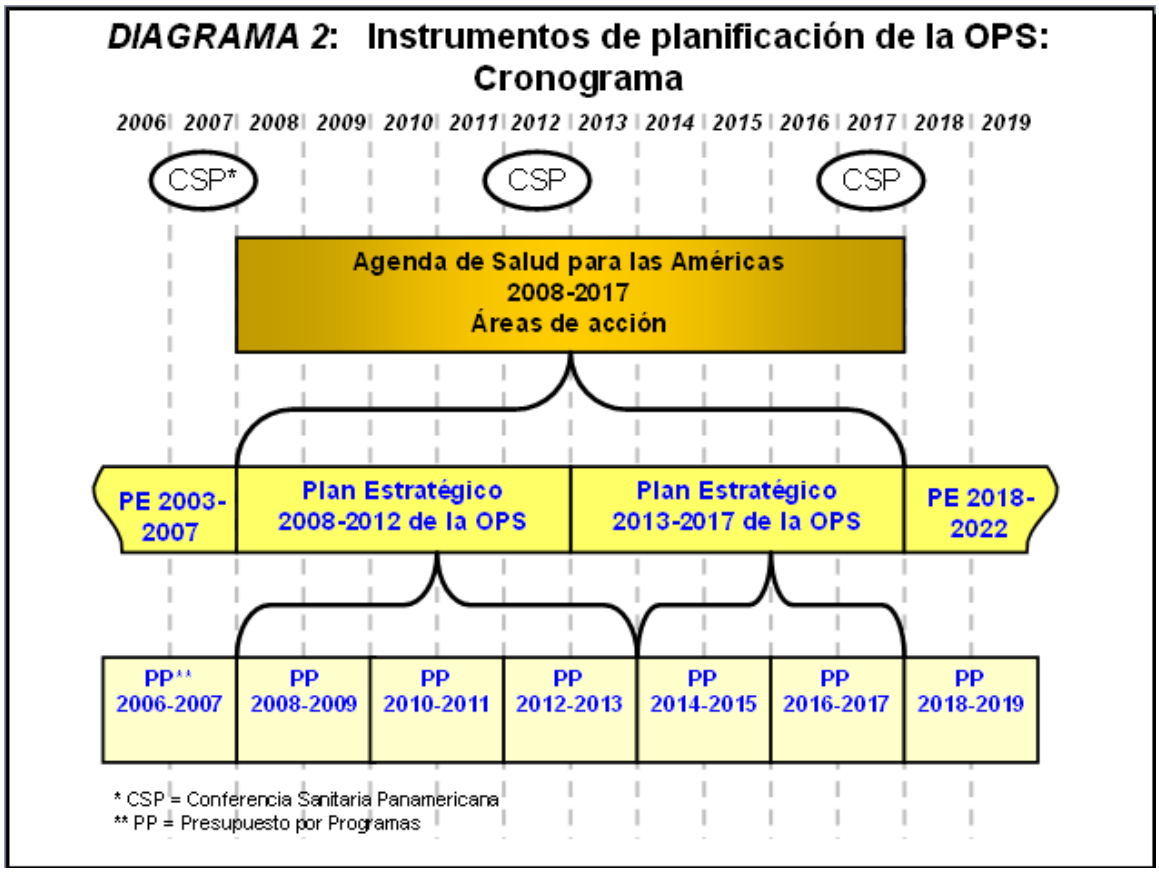
11. La integración vertical del proceso de planificación a todos los niveles es un paso decisivo para la ejecución cabal de la gestión basada en resultados, según la cual los indicadores de resultados previstos de todas las entidades—representaciones OPS/OMS en los países, los centros, y la oficina regional— se agregan a los indicadores de Resultados Previstos a nivel Regional, y a su vez, se agregan a los indicadores de Resultados Previstos a nivel de toda la OMS, es decir, a nivel mundial.

12. El diagrama siguiente ilustra los elementos clave en el proceso de planificación de la Organización Panamericana de la Salud para 2008 y años siguientes, su alineamiento con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y con los instrumentos de planificación de alto nivel de la OMS.



Cinco Años, Tres Bienios

13. En vista de que la Oficina elabora su presupuesto por períodos bienales y de que la Conferencia Sanitaria Panamericana (el máximo órgano rector de la OPS, que aprueba los planes estratégicos) se reúne cada cinco años, hay un conflicto de sincronización intrínseco en los instrumentos de planificación y presupuestación. La solución, como se propone en el documento CD47/9, *Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012*, examinado por el 47.º Consejo Directivo, es que el Plan Estratégico quinquenal del 2008 al 2012 abarque programáticamente tres bienios (un período de seis años) como se ilustra en el diagrama siguiente.



14. Por lo tanto, los resultados programáticos previstos contenidos en cada Programa y Presupuesto se vinculan claramente a un solo Plan Estratégico, lo que es esencial para el seguimiento y la presentación de informes de manera coherente. La consecuencia de esta propuesta es que, desde una perspectiva programática, los planes estratégicos abarcarán períodos alternos de seis y de cuatro años. Este sistema también permite el alineamiento programático con la OMS. La presentación de los resultados a la OMS se hará mediante las evaluaciones del Programa y Presupuesto que se realizarán cada dos años. Esto se ilustra más adelante en el diagrama 3, en la sección donde se aborda el alineamiento con la OMS.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN

Tendencias Económicas y Sociales

15. En el último decenio, la Región de las Américas ha experimentado una serie de cambios económicos, sociales y demográficos con potencial impacto en la salud.

16. Después de años de estancamiento retornó el crecimiento económico en la Región; en 2007, cerca de una tercera parte de los países lograron una tasa de crecimiento superior al 6%. El ingreso nacional bruto (INB) per cápita[1] en la Región (datos de 2004) se encuentra entre los mayores del mundo. Mientras que el ingreso medio en los países de América Latina y el Caribe (ALC) es de $7.811, en algunas de sus subregiones —principalmente en el Caribe latino, el Área Andina y Centroamérica— los valores son 20%, 40% y 65% menores, respectivamente. Los países más ricos tienen un ingreso nacional bruto per cápita 23 veces más alto que los países pobres. Las crisis económicas tuvieron graves repercusiones en 2002, especialmente en Argentina, Uruguay y Venezuela, situación que se revirtió en la mayoría de los países hacia 2005. A pesar del crecimiento económico, ha aumentado la desigualdad en la distribución de los ingresos. La distribución de los ingresos en la Región (medida por el coeficiente de Gini) es una de las más desiguales en el mundo y no mejoró entre 1990 (coeficiente de Gini de 0,383) y 2000 (coeficiente de Gini de 0,403). Las desigualdades acentúan la pobreza, y se manifiestan en algunos segmentos de la población como los hogares encabezados por mujeres, ciertos grupos étnicos o las poblaciones rurales. Se calcula que 41% de la población de ALC es pobre y 17% vive en la indigencia.

17. El crecimiento económico generó mejoras en las condiciones del mercado laboral, lo que contribuyó a mitigar la difícil situación social de ALC. A pesar de esta mejora, el desempleo urbano se mantuvo en casi 10% entre 2001 y 2004.[2] Asimismo, en 2004 variaba entre los países desde un mínimo de 2,0% hasta un máximo de 18,4%. Aunque ha aumentado el número de mujeres que trabajan, ellas tienen peores condiciones de empleo y menos oportunidades para progresar que los hombres. A pesar de la legislación nacional e internacional vigente, el trabajo de los niños sigue siendo motivo de preocupación, en particular debido a sus condiciones inseguras y peligrosas.

18. Los desastres naturales y los provocados por el hombre han tenido efectos devastadores en la economía de los países. En 2005, los huracanes ocasionaron pérdidas por un valor de más de $205.000 millones y hubo 7 millones de damnificados.[3] Se calcula que los daños para las economías de los países pequeños de Centroamérica y el Caribe ascendieron a más de $2.220 millones, lo que indica su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación.

19. Se ha desacelerado el crecimiento de la población, aunque varía de 0,4% en el Caribe de habla inglesa a 2,1% en Centroamérica. El desarrollo socioeconómico desigual hace que la población se traslade a las zonas urbanas en busca de trabajo y una vida mejor. La proporción urbana de la población en América Latina y el Caribe pasó de 65% a 78% entre 1980 y 2005, con una tasa menor en Centroamérica (53,2%), así como en el Caribe de habla hispana y Haití (59,7%). La urbanización plantea retos para la salud en cuanto a la disponibilidad de recursos y

[1] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington DC: OPS, 2006

[2] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2005. Anexo Estadístico.* CEPAL: Santiago, 2006

[3] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. CEPAL: Santiago de Chile, 2005

servicios básicos de agua limpia, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia. Las zonas rurales, por otra parte, padecen problemas constantes de pobreza, recursos limitados y falta de acceso a los servicios de salud. Otros factores, como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado, el rápido aumento del parque vehicular y la emigración del campo a las zonas urbanas, repercuten negativamente en el medio ambiente, la salud y la calidad de vida de la población, lo cual contribuye a la marginación. Ésta se caracteriza por vivienda precaria, pobreza, contaminación ambiental y niveles altos de enfermedad y violencia. El problema de la vivienda precaria en las zonas urbanas de ALC aumentó en 14% entre 1990 y 2001 y afecta a 127 millones de personas. En respuesta a esta tendencia, se han emprendido iniciativas para abordar los factores determinantes de la salud mediante la formulación de políticas públicas sostenibles y favorables para la salud, la creación de espacios saludables, la formación de alianzas entre los sectores público y privado, la consolidación de las redes de apoyo, la movilización de los medios de comunicación y la motivación de los gobiernos locales a fin de que tomen medidas para la promoción y el desarrollo de la salud.

Tendencias en los Problemas de Salud y los Factores de Riesgo

20. Gracias a las mejoras en las condiciones de vida, entre ellas la educación y el acceso al agua, al saneamiento y a los servicios de atención primaria de salud materno-infantil, la esperanza de vida media en los países de la Región aumentó a 74,6 años en 2005. Otros cambios importantes están relacionados con el deterioro y la contaminación del medio ambiente, nuevos estilos de vida y de comportamiento, una mayor difusión de la información, y el debilitamiento de las estructuras sociales y de apoyo en la población. Estos contribuyen a causar obesidad, hipertensión arterial, aumento de los traumatismos (incluidos los ocasionados por tránsito en las vías públicas) y la violencia, problemas relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la exposición a diversas sustancias químicas.

21. El perfil de la Región está cambiando, ya que las enfermedades crónicas están reemplazando a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad, fenómeno que puede atribuirse a los adelantos tecnológicos y al envejecimiento de la población. Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de mortalidad, con 58 defunciones por 100.000 habitantes en 2000-2004,[4] y representan una carga muy grande en los países más pobres: por ejemplo, en Haití la incidencia de la tuberculosis es siete veces mayor que en la Región en conjunto. A esto se suman otros problemas, como la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH, y la resistencia múltiple y extrema a los medicamentos antituberculosos. En 2006, 50% de los casos de dengue se produjeron en el Brasil,[5] mientras que la malaria era endémica en 21 países. Las enfermedades desatendidas[6] causan anemia, desnutrición, deterioro de la memoria y del coeficiente intelectual, estigma y discriminación, discapacidad permanente y muerte prematura. Varias de estas enfermedades coexisten, con lo cual multiplican sus efectos en la salud y las condiciones socioeconómicas de las personas y poblaciones. La amenaza de enfermedades que pueden llegar a ser epidémicas y pandémicas, como la influenza pandémica, constituye un reto adicional ya que es complicado mantener el compromiso de los gobiernos para abordar un problema que todavía no se ha manifestado.

22. La rabia humana transmitida por los perros disminuyó en 95% en los últimos 25 años, gracias a la ejecución de programas de control; sin embargo, se han implantado pocas medidas de control para otras zoonosis. La erradicación de la fiebre aftosa es importante para la seguridad alimentaria y el desarrollo socioeconómico, y la Región avanza hacia esa meta. Los

[4] Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud—Organización Mundial de la Salud. 2006

[5] Número de casos notificados de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión), 2006.

[6] Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas, OPS

viajes y el comercio permiten la propagación de los agentes infecciosos más allá de sus focos naturales. La falta de inocuidad de los alimentos es otro problema tanto de salud pública como económico. Para aumentar la inocuidad de los alimentos se están modernizando los servicios de inspección, fortaleciendo los servicios de referencia y apoyando la armonización de la legislación y el *Codex Alimentarius*.

23. Las enfermedades crónicas son causas importantes de muerte y discapacidad en la Región; a ellas se atribuyen más de 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios. Sus causas son la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglicemia y la hiperlipidemia, afecciones ocasionadas a su vez por factores sociales, condiciones y estilo de vida. Se prevé un aumento del doble o mayor de las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes en América Latina y el Caribe; también está aumentando la mortalidad por cáncer del pulmón, de mama y de la próstata. Las enfermedades crónicas afectan de distinta manera a los hombres y a las mujeres; los grupos raciales o étnicos minoritarios y los pobres suelen verse afectados con mayor frecuencia. Los costos anuales de las enfermedades crónicas son enormes; para la diabetes, se estima que los costos ascendieron a $65.000 millones en América Latina y el Caribe en 2000.

24. La población de la Región está envejeciendo y los adultos mayores exigen nuevos servicios. Al mismo tiempo, se observa una mayor dependencia económica de los adultos mayores en la población activa. En 2006, más de 50 millones de personas de ALC tenían 60 años o más de edad. Eso significa que este grupo aumentó su tamaño 2,5 veces más rápido que la población en general. Los estudios revelan que más de 50% de las personas de este grupo etario dicen que tienen mala salud, 20% señalan que tienen limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana y 60% sufren una enfermedad crónica. Su acceso a los servicios de salud también es limitado y más de 30% indicaron que sus necesidades de salud no son atendidas. No obstante, son pocos los países de ALC que tienen metas de promoción de la salud para los adultos mayores. Los cambios en la orientación del financiamiento pueden tener grandes repercusiones, ya que existen acciones de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades que son costo-eficaces.

25. La prevalencia del consumo de tabaco en las Américas varía entre los países, pero la exposición al humo de tabaco ajeno no sólo es universal sino también elevada en la mayoría de los países, lo cual implica una gran carga de mortalidad y morbilidad para la Región. El Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), cuya finalidad es dar a los países un instrumento para hacer frente a los problemas que no se podrían resolver únicamente por medio de la legislación nacional, ha sido ratificado por 60% de los Estados Miembros. En los últimos años se ha avanzado mucho y con relativa rapidez, especialmente en países como Brasil y Uruguay y a nivel subnacional en Estados Unidos, Canadá y Argentina. El futuro presenta dos desafíos claros para la Región: la ratificación del CMCT por los Estados Miembros que todavía no lo han hecho y la aplicación de las medidas contenidas en el Convenio, en particular la inclusión de advertencias sanitarias enérgicas en los envases de tabaco dentro de los tres años siguientes a la entrada en vigor del Convenio en el país, la formulación de políticas relativas a ambientes libres de humo de tabaco y la prohibición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco.

26. En ALC se necesitan medidas integrales e integradas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud para el 2015, en particular con respecto a los grupos vulnerables. En los lugares donde no llegan los gobiernos ni los sistemas sociales de protección, las familias y las comunidades suelen desempeñar funciones sanitarias estratégicas y son una fuente de apoyo y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Es necesario potenciar, apoyar y fortalecer esos mecanismos locales.

27. En ALC, la nutrición deficiente, causa subyacente de 42% a 57% de las defunciones de menores de 5 años, empeora el efecto de las enfermedades. El retraso del crecimiento y la anemia, los problemas más prevalentes que influyen en el crecimiento y la nutrición, afectan, respectivamente, a 25% de los lactantes y a 70% de los niños pequeños. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad en la población general afectan a aproximadamente 140 millones de personas. Aproximadamente 53 millones de personas en la Región tienen acceso limitado a suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades energéticas. La nutrición materna, la lactancia materna, las costumbres relativas a la alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas también son fundamentales para la salud y la nutrición de los lactantes y los niños pequeños. La accesibilidad y el consumo reducidos de alimentos ricos en micronutrientes son la causa de la alta prevalencia de anemia en las mujeres y los niños. En las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres es común que las personas con sobrepeso y obesas, que a menudo sufren carencias específicas (por ejemplo, de vitamina A, hierro, calcio, folato y cinc), tengan hijos con talla baja y anémicos. Es cada vez más común el régimen alimentario con un consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico, generalmente acompañado de un consumo escaso de micronutrientes y una tendencia a consumir menos frutas, hortalizas y granos integrales. El consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal también está aumentando debido al precio más bajo de los alimentos procesados, las nuevas estrategias de mercado y el paso del régimen alimentario tradicional al consumo de alimentos procesados.

28. En 2005 murieron 450.000 menores de 5 años en ALC. Una tercera parte de los países tenían tasas de mortalidad de 30 o más por 1.000 nacidos vivos. En estos países se produjeron 60% de las defunciones, en tanto que las enfermedades perinatales e infecciosas ocasionaron, respectivamente, más de 60% y 25% de dichas defunciones. La mitad de la reducción de la mortalidad entre 1990 y 2000 se atribuye a la vacunación infantil; por lo tanto, el uso de vacunas nuevas puede ampliar dichos beneficios, pero para ello es preciso mantener la cobertura de vacunación. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de toda la vida es de 1 en 160, lo que equivale a 22.000 defunciones anuales, de las cuales entre 10% y 50% corresponden a mujeres jóvenes. Se calcula que a las mujeres jóvenes menores de 20 años corresponden 18 de cada 100 nacimientos en la Región y que 34% de ellos no fueron planificados. Las tasas de fecundidad entre las adolescentes exceden de 100 por 1.000 nacidos vivos en Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador y la República Dominicana. La mayor parte de la mortalidad materna se debe a causas evitables, pero en algunos países los servicios obstétricos y neonatales esenciales son de mala calidad, no se han implantado o están subutilizados debido a las barreras de acceso o a la falta de personal capacitado. Son notables las disparidades entre las zonas urbanas y las rurales: en las zonas rurales menos mujeres asisten a cuatro o más consultas prenatales, y una gran proporción de ellas no tienen acceso a la asistencia de personal capacitado en el parto.

29. La epidemia de infección por el VIH/sida sigue siendo una grave amenaza para la salud pública en las Américas. Según los cálculos más recientes, los casos de infección por el VIH aumentaron lentamente de 2004 a 2006. A fines de 2006 había alrededor de 3.350.000 personas infectadas por el VIH en las Américas, de las cuales 51% estaban en América Latina, 42% en Estados Unidos y Canadá y 7% en el Caribe. El Caribe ocupa el segundo lugar entre las zonas geográficas del mundo más afectadas, con una prevalencia de la infección por el VIH de 1,2% en los adultos; el sida es la principal causa de muerte en los adultos jóvenes y se calcula que 1,6% de las mujeres y 0,7% de los hombres de 15 a 24 años están infectados por el VIH. Las epidemias actuales en Estados Unidos y Canadá, y en América Latina se concentran en los grupos más vulnerables (por ejemplo, hombres que tienen relaciones homosexuales, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables, minorías étnicas y los migrantes), calculándose que la prevalencia en los adultos es de 0,8% y 0,5%, respectivamente. En 2006 se produjeron en América Latina y el Caribe 167.000 infecciones nuevas por el VIH y 84.000 personas murieron de sida. Alrededor de 80% de la transmisión del VIH al parecer se produce por medio de relaciones sexuales sin tomar precauciones. Las mujeres están contrayendo la

infección en medida creciente, aunque una proporción importante de las infecciones todavía corresponde a los hombres. El enfoque de género es un factor determinante de la vulnerabilidad, la exposición a riesgos y la posibilidad de acudir a servicios de salud. Las personas vulnerables y afectadas se enfrentan con el rechazo, el estigma y la discriminación. La propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta el riesgo de transmisión del VIH. Se calcula que cada año se producen 50 millones de casos nuevos de ITS en la Región, pero es difícil determinar la verdadera magnitud de la epidemia debido a las deficiencias de los sistemas de vigilancia. Además, en ALC, cada año se diagnostica sífilis en 330.000 embarazadas, que no reciben un tratamiento adecuado. Como consecuencia, anualmente nacen 110.000 lactantes con sífilis congénita.

30. Los trastornos mentales constituyen una carga considerable para los países de las Américas. Se calcula que en 2002 ocasionaron el 25% del total de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad debido a todas las enfermedades, siendo el principal trastorno mental la depresión unipolar. Sólo una minoría de las personas enfermas recibe tratamiento, a pesar de la magnitud del problema. En 80% de los países la mayoría de las camas se encuentran en hospitales psiquiátricos —no en los generales— y 25% de los países todavía no cuentan con servicios comunitarios. No obstante, la salud mental figura en los programas de salud de los países, hay experiencias locales y nacionales exitosas, surgen asociaciones de usuarios y familiares y aumenta la defensa de la causa. Hay intervenciones costo-eficaces que permiten responder de forma adecuada con recursos limitados.

31. Las colisiones en las vías de tránsito ocasionan más de 130.000 defunciones y más de 1.200.000 traumatismos por año en la Región. Sus principales causas son conducir bajo los efectos del alcohol, el exceso de velocidad, el mantenimiento inadecuado de las carreteras y de los vehículos, y la poca utilización del cinturón de seguridad y de los cascos. En muchos países, el uso creciente de motocicletas, no sólo para el transporte particular sino también para transportar y repartir mercancías, está contribuyendo a un aumento de la mortalidad y los traumatismos. Países como Chile, Costa Rica, Colombia y Cuba ha adoptado políticas que han llevado a una disminución de la mortalidad por colisiones en las vías de tránsito.

32. La violencia sigue afectando gravemente a las poblaciones de algunos países de la Región, a pesar del interés de los gobiernos y la sociedad en hacerle frente. Se han promulgado leyes, pero no siempre se cumplen; además, es muy difícil cuantificar y evaluar el efecto de las leyes. Los homicidios aumentaron en varios países, siendo los hombres menores de 35 años los más afectados; sin embargo, en Colombia los homicidios disminuyeron en 40% entre 2001 y 2006. El porcentaje de mujeres que en algún momento de su vida son víctimas de actos de violencia perpetrados por su pareja en todos los países se encuentra entre 10% y 60%. La violencia juvenil causada por las pandillas se extendió en la Región, y afecta en especial a El Salvador, Honduras, Guatemala, Jamaica, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos. La violencia urbana es endémica en América Latina y el Caribe y afecta a diversos sectores. La inseguridad tiene graves repercusiones en la salud. La incorporación de la seguridad humana en la planificación y ejecución de proyectos ha tenido un efecto positivo en las intervenciones orientadas a la prevención de la violencia, la seguridad vial y la promoción de la salud. Hay que aumentar la seguridad humana como parte de las políticas públicas para reducir la violencia y la delincuencia, y mejorar la seguridad vial y la salud humana.

33. La exposición a sustancias químicas tóxicas representa un grave problema de salud pública en la Región. Su utilización en diversas fases de los procesos productivos, tanto industriales como agropecuarios, expone a riesgos no sólo a los trabajadores, sino a toda la población, y en especial a los grupos vulnerables: niños, embarazadas, adultos mayores y las personas con pocos conocimientos y acceso limitado a la información sobre la toxicidad de

ciertos productos. El volumen de estas sustancias ha aumentado y la exposición per cápita a algunas de ellas, como los plaguicidas, es el triple del promedio mundial calculado por la OMS. Aunque la calidad de la vigilancia está mejorando, la notificación de la morbilidad y mortalidad por intoxicaciones agudas y crónicas todavía no refleja la magnitud del problema. Es necesario centrar los esfuerzos en la toxicovigilancia, el fortalecimiento de la legislación, el registro riguroso de los productos químicos, la prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos, la participación de la sociedad civil en los mecanismos de vigilancia y control de sustancias químicas, la adopción de la seguridad química como parte de las políticas de desarrollo sostenible y la ampliación de las opciones frente al uso de plaguicidas, como son el manejo integrado de las plagas y la agricultura orgánica.

34. En 2004, la población económicamente activa ascendía a 414 millones de trabajadores, es decir, 46% de la población de la Región. Según la OMS (2005), 60% de los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, que implican diversos riesgos para la salud. Se calcula que los accidentes laborales, que representan 8% de los accidentes a nivel mundial, ocasionan 312.000 defunciones y la pérdida de 10 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. Ciertas actividades, como la agricultura, la ganadería, la construcción y la minería, son las más peligrosas. El empleo informal está asociado a mayores riesgos ocupacionales, condiciones de trabajo inestables y la falta de protección legal (especialmente a nivel nacional), de indemnización a los trabajadores y de prestaciones de salud. Las mujeres, los niños y los adultos mayores son los grupos menos protegidos de todos los que trabajan en este sector informal.

35. En el perfil epidemiológico de la mayoría de los aproximadamente 45 millones de indígenas que viven en la Región influyen factores determinantes socioeconómicos y ambientales tales como la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, la migración, la marginación, la discriminación, las desigualdades, la falta de propiedad de sus territorios y tierras, la destrucción del ecosistema y el aislamiento geográfico. Esta situación de desventaja también afecta su capacidad para obtener acceso a los servicios de atención de salud necesarios y utilizarlos. En consecuencia, sus indicadores de salud son peores que el promedio nacional. Por ejemplo, las tasas de mortalidad materno-infantil son el doble o el triple de los promedios nacionales, y enfermedades tales como el tracoma, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la peste, que han logrado controlarse en otros grupos de la población, todavía están presentes en las zonas pobladas por indígenas.

Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud

36. En términos generales, entre 20% y 25% de la población de ALC (200 millones de personas) no tiene acceso regular y oportuno al sistema de salud.

37. La configuración de los sistemas de salud de la Región, con subsistemas no integrados que atienden a diferentes grupos y estratos de la población, ha conducido a la segregación, la segmentación y la fragmentación. Las redes de servicios de salud que se crearon respondían al modelo de los subsistemas, con poca integración y comunicación entre unidades de salud, dentro de los subsistemas y entre ellos a diferentes niveles. En muchos países, los servicios tendían a concentrarse en las zonas urbanas más prósperas y en la población asalariada, dando lugar a la utilización ineficiente de recursos y dejando desprotegida a la población económica y socialmente marginada. Los países reformaron sus sistemas de salud para aumentar la rentabilidad y lograr la sostenibilidad financiera, dando un papel importante al sector privado. Estas reformas se centraron en cambios financieros y gerenciales, la desregulación del mercado laboral y la descentralización, y no tuvieron siempre en cuenta la estructura geográfica, social, demográfica y política de los países, ni el grado de desarrollo institucional en el sector salud.

38. Estas reformas dieron lugar a la creación de mercados de seguros y servicios de salud que en algunos casos no estaban bien reglamentados, y a la proliferación de intermediarios en la prestación de servicios de salud, lo cual acentuó la fragmentación de los sistemas de salud. En este marco operan múltiples agentes, sin coordinación y en competencia, a menudo duplicando las redes de servicios, sin complementariedad de los servicios ni continuidad de la atención. Esta situación tiende a obstaculizar la atención integral y en algunos casos ha dado lugar a servicios de salud de mala calidad. Aunque la meta era elevar el pluralismo, la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud, en algunos casos las autoridades sanitarias nacionales perdieron su rol rector, se menoscabó el funcionamiento de los sistemas de salud y se descuidaron los problemas de salud pública. La segmentación en el financiamiento de los servicios de salud acentuó la segregación, con la aparición de planes de prestaciones que diferían en cuanto a su calidad y cantidad entre distintos grupos de la población, según su situación económica. Esta situación ha llevado a un aumento en los gastos en efectivo y a riesgos catastróficos para la seguridad económica de las familias.

39. El gasto en salud pública es un instrumento básico de política pública para mejorar el estado de salud, reducir las desigualdades en el acceso de la población a los servicios de salud y proteger a las personas de los efectos adversos de las enfermedades. El gasto en salud pública expresado como porcentaje del producto interno bruto en América Latina y el Caribe pasó de 2,6% en los años ochenta a 3,6% en 2005-2006, cifras inferiores a las de los países desarrollados de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que fueron de 7,3% y 8,6%, respectivamente. En 2005-2006, el gasto en salud pública como porcentaje del PIB de ALC se situaba entre 1,3% y 4,5%. En los países de la OCDE con sistemas de salud de cobertura universal se situaba entre 7,5% y 10%. Parte del crecimiento del gasto público en salud ha ocurrido en los sistemas de seguro, pero los aumentos en la cobertura han sido moderados. Los gastos públicos en salud por medio de los programas de seguro médico social aumentaron de $14.700 millones en 1990 a $27.700 millones en 2004-2005 (en dólares constantes de 2000). El gasto medio por beneficiario (potencial) de los programas de seguro médico social aumentó de $129 en 1990 a $209 en 2004-2005 (en dólares constantes de 2000). La población comprendida en planes de seguro médico social aumentó de 114,7 millones de personas en 1990 a 132,7 millones en 2004-2005; sin embargo, como porcentaje del total de la población, eso representó una disminución de 26% en 1990 a 24% en 2004-2005. Entre las medidas fundamentales para mejorar el estado de salud y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud se encuentran el aumento del gasto público en salud, tanto en salud pública como en atención de salud; las mejoras en los efectos distributivos de ese gasto; y una ampliación de la cobertura del seguro de salud pública y los programas de protección social.

40. Los sistemas de salud se basan en la disponibilidad de personal competente que brinde servicios accesibles y de buena calidad. Diversos estudios y el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS muestran la necesidad de contar con un número y calidad óptimos de trabajadores de la salud para alcanzar las metas de salud pública. Según los cálculos de la OMS, en el año 2000 los trabajadores de salud en las Américas, definiendo trabajador de salud como toda persona dedicada a actividades cuyo fin primordial es mejorar la salud, eran 21,7 millones, aproximadamente 2,6% de la población de la Región. De esta fuerza laboral, 57% (12,5 millones) se clasificaba como proveedores de servicios de salud que intervienen directamente en la prestación de servicios personales y no personales, mientras que 43% (9,2 millones) consistía en personal sanitario administrativo y auxiliar. En el año 2000 había 1.771.200 médicos y 3.426.000 enfermeras en la Región; los Estados Unidos tenían 68% (más de 3,5 millones) del total de médicos y enfermeras. Hay grandes diferencias entre países, así como dentro de los países, en la distribución de los proveedores de servicios de salud en proporción a la población. La gama de razones entre médicos y habitantes era de 59,6 por 10.000 en Cuba, mientras que siete países de la Región registraban razones de 5 por 10.000 o menos. Con respecto a las

enfermeras, en el año 2000 en Estados Unidos y Canadá había 95 enfermeras por 10.000 habitantes, más del doble que en las Américas en su totalidad. La disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es ocho a diez veces mayor que en las zonas rurales. Las mujeres constituyen casi 70% de la fuerza laboral sanitaria y un porcentaje desproporcionadamente alto del personal sanitario desempleado, en una muestra de dos terceras partes de los países de la Región. Más de 163 millones de personas en las Américas vivían en zonas donde la densidad de personal sanitario (médicos y enfermeras por 10.000 habitantes) estaba por debajo del nivel óptimo de 25, indicado por la OMS como umbral para alcanzar una cobertura de 80% con intervenciones básicas de salud pública. No se dispone de información sobre la fuerza laboral de salud pública a nivel regional o sobre el personal administrativo y auxiliar.

41. El acceso a los servicios de salud sigue siendo un reto importante para todos los Estados Miembros. Hay inequidades profundas en el acceso a servicios de salud entre los diferentes países de la Región, así como dentro de cada país. Se calcula que 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe no tienen acceso a servicios básicos de salud (cerca de 27% de la población). Las barreras culturales, sociales, económicas, institucionales y geográficas impiden el acceso a los servicios de salud a gran parte de la población.

42. También hay desigualdades en el acceso a las tecnologías y a los servicios de salud esenciales en la Región. Muchos países tienen infraestructura física insuficiente o deteriorada, carecen de las especificaciones adecuadas para la adquisición de nuevas tecnologías, y los servicios de salud no están bien organizados ni tienen suficiente personal sanitario capacitado. Como resultado, en muchos lugares los equipos no funcionan, los servicios están subutilizados, el personal tiene escasa preparación, las políticas de prevención son insuficientes, los protocolos de diagnóstico y tratamiento son ineficaces y existen condiciones inseguras para los pacientes. En el caso de muchas tecnologías, es fundamental que su incorporación y uso estén supervisadas por las autoridades reguladoras y guiadas por la legislación nacional. Se necesitan políticas nacionales para abarcar todos los aspectos de las tecnologías y los servicios de salud, pero éstas tendrán éxito sólo si están apoyadas por mecanismos de regulación adecuados. Si bien son muchas las ventajas del uso de las tecnologías y los servicios de salud, estas pueden representar un gasto innecesario si la calidad y la gestión de los servicios proporcionados son inadecuados. Para que la atención de salud sea más efectiva, en particular cuando los recursos son limitados, debe darse prioridad a la selección, el establecimiento y la adquisición de tecnologías y servicios de salud esenciales. El control de los problemas de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud dependerán del uso correcto de las tecnologías y los servicios.

LECCIONES APRENDIDAS DE PLANES ANTERIORES

43. Sobre la base de la experiencia de la Organización con planes estratégicos anteriores, documentos de Programa y Presupuesto y otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, se han extraído varias enseñanzas sobre distintos temas que se han aplicado al elaborar el PE 2008-2012.

Integración de la Planificación Estratégica con la Operativa

44. En una época en que ya se ha incorporado plenamente la gestión basada en resultados y la rendición de cuentas es más la norma que la excepción, todas las iniciativas de planificación de la Oficina deben estar coordinadas. La evaluación de mitad de período del Plan Estratégico 2003-2007 (CD46/8) puso de relieve este tema, en el sentido de que los resultados planificados de los Planes de Trabajo Bienales no correspondían con los documentos del Programa y Presupuesto respectivo, que a su vez tampoco guardaba una relación directa con los objetivos fijados en el Plan Estratégico de 2003-2007. El nuevo Plan de 2008-2012 rectifica este aspecto y permite una verdadera planificación orientada a la consecución de resultados para la Oficina, en un continuo desde lo estratégico a lo operativo. Esto no sólo facilitará la vigilancia y la presentación de informes, sino que también fomentará la determinación de responsabilidades, rendición de cuentas y la transparencia.

Un Plan Completo e Integrado

45. En el último decenio, la Oficina ha ejecutado muchos planes, programas y proyectos de diversa procedencia (interna y externa). No todas estas iniciativas han sido completamente armoniosas. Por consiguiente, se considera que este Plan Estratégico es completo e integrado. La Oficina no llevará a cabo ninguna actividad operativa que no contribuya a lograr los objetivos descritos en este plan, y considera que los resultados previstos tienen la suficiente flexibilidad para poder cambiarlos y responder a los nuevos problemas que vayan surgiendo en el ámbito sanitario.

Alianzas y Asociaciones Estratégicas

46. La experiencia de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el último decenio ha mostrado que el mejoramiento de la situación de salud en las Américas requiere no sólo de un compromiso político sostenido, sino también de políticas sanitarias y de desarrollo integradas, así como una participación amplia de la sociedad civil. Esta participación tiene que ocurrir a todos los niveles, desde las personas y la comunidad local hasta los niveles nacional, subregional, regional y mundial. El gran número de actores nuevos, nacionales e internacionales, que trabajan para mejorar la salud requiere un enfoque colaborativo. La Oficina ocupa una posición especial para dirigir y coordinar estos esfuerzos colectivos y catalizar el cambio para aumentar la capacidad institucional, lo cual incluye las iniciativas conjuntas y coordinadas entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil.

47. La colaboración intersectorial es otro aspecto importante. Para actuar sobre los factores determinantes de la salud hace falta cooperar con otros sectores, entre ellos el de educación, el agropecuario, el del ambiente, el de finanzas y el de las relaciones internacionales, con miras a lograr que los planes y las acciones se complementen.

48. La colaboración interinstitucional también es fundamental. La Oficina seguirá fortaleciendo su colaboración con otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano para evitar la duplicación de esfuerzos y potenciar las acciones. Además, procurará fortalecer las iniciativas conjuntas con los socios que ya tiene y mejorar los vínculos con otros socios distintos de los tradicionales. Seguirán desarrollándose las redes de salud.

49. Es importante coordinar el trabajo de la Oficina con el del Sistema de las Naciones Unidas. La colaboración con respecto a la Evaluación Común para los Países (CCA por sus siglas en inglés) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) ha sido intensiva y se ha relacionado estrechamente con la Estrategia de Cooperación en los Países (ECP). La Oficina seguirá participando en el proceso de reforma de las Naciones Unidas y en el fortalecimiento de las alianzas con quienes trabajan en pro de la salud y el desarrollo en los países. La armonización de los programas y el fortalecimiento de los equipos de las Naciones Unidas en los países son objetivos fundamentales.

Los Países Clave y los Grupos Vulnerables

50. El Plan Estratégico 2003-2007 introdujo el concepto de **países clave** como una prioridad estratégica de la Oficina. El traslado del concepto a la realidad se ha llevado a cabo paulatinamente, en particular mediante la fijación de prioridades para la asignación y movilización de recursos y personal en dichos países. Esto incluyó la formulación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CD45/7), que aumentó la asignación general de recursos a nivel de país.

51. Los países clave se definieron inicialmente en el Plan Estratégico 2003-2007 de la siguiente manera:

- Países pobres muy endeudados : Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua;
- Haití, que aunque no es un país pobre muy endeudado, tiene las tasas de mortalidad materna e infantil (dos de los indicadores de desarrollo sanitario más sensibles) más altas de la Región y unas de las más altas del mundo.

52. Al mismo tiempo, la Oficina reconoció que las necesidades de las poblaciones vulnerables en otros países, en particular los pobres, quizá no habían recibido la atención necesaria. Sobre la base de esta experiencia, si bien se seguirá prestando una atención especial a los países clave, especialmente a Haití, el nuevo Plan Estratégico pretende atender simultáneamente las necesidades de estos grupos de población vulnerables en todos los países de la Región.

Estimación de los Recursos

53. Los planes estratégicos anteriores no asignaban recursos o "presupuestos totales" a las prioridades estratégicas, evitando discutir el tema de cuáles actividades debían recibir más o menos recursos. Con la finalidad de lograr que el Plan Estratégico 2008-2012 plantee Objetivos Estratégicos realistas y factibles y les asigne los recursos necesarios, se incluye un análisis de las fuentes de financiamiento y los montos necesarios para lograr los resultados previstos. Los niveles de recursos incluidos permiten a los Estados Miembros ver rápidamente el costo de los diferentes Objetivos Estratégicos, y serán el fundamento directo del Programa y Presupuesto para cada período.

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

54. El Plan Estratégico 2008-2012 concuerda con el Undécimo Programa General de Trabajo (PGT) y el Plan Estratégico a Plazo Medio (PEPM) de la OMS. El proceso de alineamiento programático con la OMS se ha llevado a cabo gradualmente durante los ciclos anteriores de planificación; con el PE 2008-2012, este proceso de integración programática está concluido.

55. Al mismo tiempo, la Oficina es también el organismo de salud del Sistema Interamericano y, como tal, responde a las necesidades sanitarias específicas de los países de las Américas, que se presentan en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

56. Por consiguiente, este Plan Estratégico aborda ambas funciones al mismo tiempo, pues responde al Undécimo Programa General de Trabajo (PGT) de alcance mundial (por conducto del Plan Estratégico a Plazo Medio) (PEPM) así como a la Agenda de Salud para las Américas en la Región. Ambos documentos determinan la dirección estratégica de la Organización Panamericana de la Salud y de la Oficina.

57. Además, la Oficina también responde, con este Plan Estratégico, a los mandatos de los Cuerpos Directivos y de otros foros importantes, incluyendo la Declaración del Milenio.

Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

58. Los países de las Américas han elaborado y dado a conocer la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (la Agenda de Salud, para abreviar). La intención de dicho documento es de "orientar la acción colectiva de los actores, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la Región". Se definen ocho áreas de acción, a saber:

a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional;

b) Abordar los determinantes de la salud;

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

d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos;

e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad;

f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud;

g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología;

h) Fortalecer la seguridad sanitaria.

59. En el Plan Estratégico se define la contribución de la Oficina al llamamiento a la acción expresado por los países en la Agenda de Salud. En el siguiente cuadro se muestran los Objetivos Estratégicos del plan y su contribución a las áreas de acción de la agenda. Por "contribución" se entiende que el Objetivo Estratégico contiene uno o varios Resultados Previstos a nivel Regional que abordan explícitamente el área de acción.

	Áreas de acción de la Agenda de Salud							
Objetivos Estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana	a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional	b) Abordar los determinantes de la salud	c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	h) Fortalecer la seguridad sanitaria
1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	X			X	X		X	X
2. Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	X			X	X	X	X	X
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	X	X	X		X	X		X
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	X		X	X		X	X	X
5. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	X		X		X	X		X
6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud		X			X			X
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		X		X	X			
8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	X	X		X	X	X		X
9. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	X				X	X		X
10. Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	X		X	X		X		X
11. Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	X			X		X	X	X

Objetivos Estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana	Áreas de acción de la Agenda de Salud							
	a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional	b) Abordar los determinantes de la salud	c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	h) Fortalecer la seguridad sanitaria
12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	X			X		X	X	X
13. Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	X		X	X		X		X
14. Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	X		X	X		X		X
15. Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas	**Contribuye a todos**							
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	**Apoya a todos**							

60. Los Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico y sus Resultados Previstos a nivel Regional demuestran la contribución de la OPS a la Agenda de Salud para las Américas.

Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS

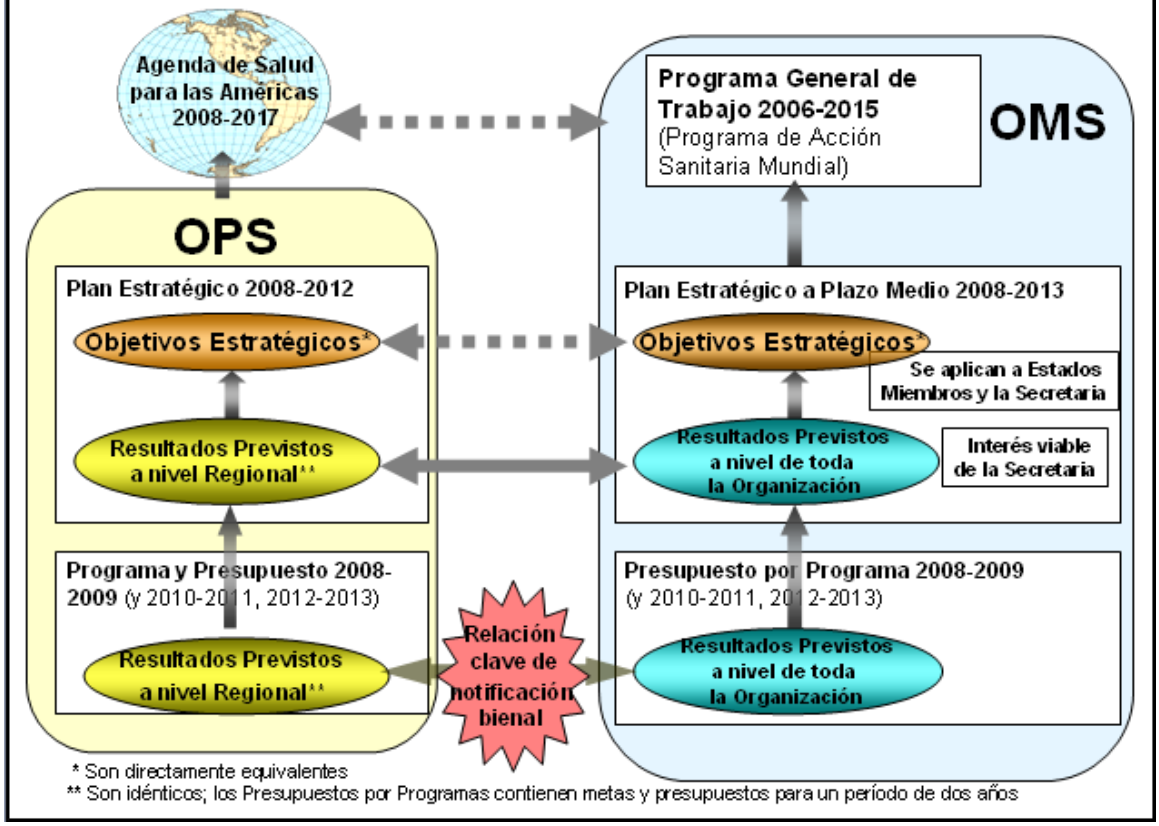
61. Como se señaló antes, la Oficina procura armonizar sus programas y objetivos con los de la Secretaría de la OMS, manteniendo al mismo tiempo su especificidad regional que atiende las inquietudes y prioridades de los Estados Miembros de la OPS, resumidas en la Agenda de Salud para las Américas.

62. En el momento de su formulación, este Plan Estratégico adoptó directamente los 16 Objetivos Estratégicos que hasta enero de 2007 estaban incluidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Luego, sobre la base de las observaciones de los Estados Miembros de la OMS en el Consejo Ejecutivo de enero de 2007, la OMS agrupó los Objetivos Estratégicos 10, 11, 13 y 14 en uno sólo. Luego de la consulta con los Estados Miembros en la primera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA) en marzo de 2007, y consultas internas, la OPS decidió mantener los 16 Objetivos Estratégicos originales. Estos cuatro Objetivos Estratégicos serán consolidados en uno para reportar a la OMS. Además, la contribución de la OPS a los Resultados Previstos a nivel de toda la Organización (RPO) de la OMS, se explicita a través de los Resultados Previstos a nivel Regional (RPR). Esta es la primera vez que los RPR tienen indicadores que se pueden agregar directamente a los RPO de la OMS.

63. Con respecto al instrumento de planificación de nivel más alto de la OMS, el Programa General de Trabajo (PGT), la Oficina considera su contribución tanto desde el punto de vista de la relación del Plan Estratégico con la Agenda de Salud para las Américas (elaborada de acuerdo al Programa de Acción Sanitaria Mundial que figura en el Undécimo Programa General de Trabajo) y con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS (preparado en respuesta al PGT), así como con las funciones básicas, un concepto que surge del PGT.

64. La relación entre los mecanismos de planificación de la Organización Panamericana de la Salud y los de la OMS se representa esquemáticamente en el diagrama siguiente.

DIAGRAMA 3: Relación entre la planificación estratégica de la OPS y de la OMS



Objetivos de Desarrollo del Milenio

65. En septiembre de 2000, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas comprometió a los países a una alianza mundial para reducir la pobreza y mejorar la salud y la educación, así como para promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad del medio ambiente. El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en las Américas sigue siendo una prioridad clave para la Organización Panamericana de la Salud. La visión de la Organización acerca de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue aprobada por los Estados Miembros durante la 45.ª sesión del Consejo Directivo en septiembre de 2004 (véase CD45/8), y condujo a una resolución oficial (CD45/R3) que exigía a los Estados Miembros y a la Oficina que utilizaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio como una guía para las iniciativas nacionales e internacionales encaminadas a mejorar la salud de los pueblos de la Región.

66. El cumplimiento de los ODM en América Latina y el Caribe es una empresa compleja ya que las condiciones varían no sólo entre los países sino también dentro de ellos. Aunque parezca que en promedio los países están avanzando hacia el cumplimiento de algunos o todos los ODM, al observar más de cerca el nivel subnacional se constata que subsisten muchas inequidades. En algunos países, las minorías y los grupos vulnerables están rezagados con respecto a los promedios nacionales favorables donde la mayoría de los ODM se han cumplido, o se cumplirán, mientras que en otros, es probable que se cumplan apenas sólo uno o dos ODM. Por lo tanto, el cumplimiento de los ODM en América Latina y el Caribe exige algo más que simplemente centrarse en los países pobres; es necesario dirigir los esfuerzos a la población que vive en la pobreza, ya que 90% de los pobres viven en países de ingresos medios. Al mismo tiempo, las subregiones como el Caribe de habla inglesa, ya han cumplido o están por cumplir la mayoría de los ODM —con excepción del objetivo 7— y, por consiguiente, requieren un marco más concreto para los ODM (enfermedades no transmisibles y violencia) que aborde su carga de enfermedad específica. Un elemento común es la necesidad de un enfoque sinérgico que aborde los factores determinantes de la salud mediante la colaboración intersectorial e interinstitucional, además de la participación de los ciudadanos, la sociedad civil y la comunidad como productores de salud.

67. Seis de los ocho objetivos de la Declaración del Milenio, siete de sus 16 metas y 18 de sus 48 indicadores se relacionan directamente con la salud. La salud es también un contribuyente importante a varias otras metas. La importancia de los ODM reside en los nexos entre ellos: constituyen un marco que se refuerza mutuamente para mejorar el desarrollo humano general. La Oficina los adoptó debido a su valor como un conjunto específico de objetivos que deben lograrse en un plazo determinado, con el nivel más alto de apoyo político en todo el mundo, para impulsar el desarrollo humano desde la perspectiva de la salud:

- **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**
  - Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren de hambre
- **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil**
  - Meta 5: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años
- **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**
  - Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna
- **Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades**
  - Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida
  - Meta 8: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves
- **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental**
  - Meta 10: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico
- **Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**
  - Meta 17: Dar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo, en cooperación con empresas farmacéuticas

Marco Estratégico para la Cooperación

68. El marco estratégico para la cooperación es un mecanismo que la Organización ha creado para abordar los mandatos de salud regionales y mundiales, como los incluidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas de 2000 (los Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Tiene tres componentes: finalizar la agenda inconclusa, mantener los logros alcanzados y afrontar los nuevos retos.

69. Cada país otorga un peso diferente a cada uno de estos tres componentes, de acuerdo a sus necesidades de salud. Para alcanzar las metas comunes de la Región es necesaria una actuación conjunta, sinérgica y sincronizada de los Estado Miembros, la que requiere de la concertación y el valor agregado de la Oficina Sanitaria Panamericana.

70. **Para finalizar la agenda inconclusa**, la Organización se concentrará en:

a) reducir las tasas elevadas e injustificables de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad en la niñez;

b) reducir los indicadores sanitarios deficientes en los sectores más pobres de la sociedad, y entre estos, los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana;

c) hacer frente a las enfermedades prevenibles o curables persistentes que consideramos "desatendidas", entre ellas la filariasis, el tracoma, la parasitosis, la peste, la enfermedad de Chagas, la brucelosis y la fiebre amarilla;

d) reducir la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las comunidades más pobres del continente americano;

e) ampliar la cobertura del abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento.

71. **Para mantener los logros sanitarios** en la Región, la Organización asignará particular importancia a:

a) la ampliación de la cobertura de vacunación;

b) el mejoramiento del desarrollo sanitario y la gobernanza local;

c) el mejoramiento de la salud fronteriza y la integración de las necesidades de salud subregionales;

d) el mejoramiento de la atención primaria de salud;

e) la promoción de políticas públicas para mejorar la calidad de vida de la población.

72. Trabajando en coordinación con nuestros interlocutores nacionales y socios locales e internacionales, la Organización hará frente a **los nuevos retos** de:

a) la propagación de la infección por el VIH/sida;

b) el aumento de la violencia;

c) el control de las enfermedades con potencialidad pandémica, tales como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y los virus de la influenza, incluyendo el de la pandemia (H1N1) 2009;

d) el tabaquismo (en particular entre las mujeres y los jóvenes);

e) el aumento de las enfermedades no transmisibles;

f) los desastres naturales.

73. Cada una de las acciones recién enumeradas se integra en los Resultados Previstos a nivel Regional de la OPS y se le ha asignado recursos de acuerdo a su prioridad.

Funciones Básicas

74. La OPS ha adoptado las funciones básicas de la OMS, con una modificación mínima, que consiste en cambiar el término "apoyo técnico" de OMS por "cooperación técnica", como se usa en la Región. La cooperación técnica implica una acción conjunta y consensuada entre los Estados Miembros y la Oficina para desarrollar la salud. Las funciones básicas se incluyeron en el Undécimo Programa General de Trabajo y tienen su origen en la Constitución de la OMS. Clarifican la función de la OMS en respuesta al Programa de Acción Sanitaria Mundial, incluido en el Undécimo Programa General de Trabajo, y se basan en el mandato de la OMS y en un análisis de sus ventajas comparativas.

75. Las razones principales para incluir las funciones básicas en el Plan Estratégico de la OPS y vigilar su ejecución son las siguientes:

a) Permite evaluar si la Oficina está utilizando sus recursos para realizar las funciones que los Estados Miembros consideran prioritarias. Esto puede incluir un diálogo acerca de la asignación de los recursos para el "trabajo normativo" versus la "cooperación técnica", sin perder de vista que los dos son complementarios.

b) Permite analizar y fortalecer el papel que la Oficina desempeña en su relación con los Estados Miembros y con otros socios, incluidos los organismos de las Naciones Unidas. Este análisis podría determinar las diferencias entre los tres niveles de la Oficina (regional, subregional y de país) y entre los países con respecto a la implementación de las funciones básicas.

c) Contribuye a la iniciativa mundial de agrupar los productos y servicios según la función básica y permitir el análisis de los gastos en toda la OMS.

76. Por consiguiente, a partir de 2008, la OSP clasificará sus gastos por función básica, monitoreando y reportando estos gastos a los Cuerpos Directivos periódicamente. Las funciones básicas de la OPS/OMS son las siguientes:

i. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;

ii. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;

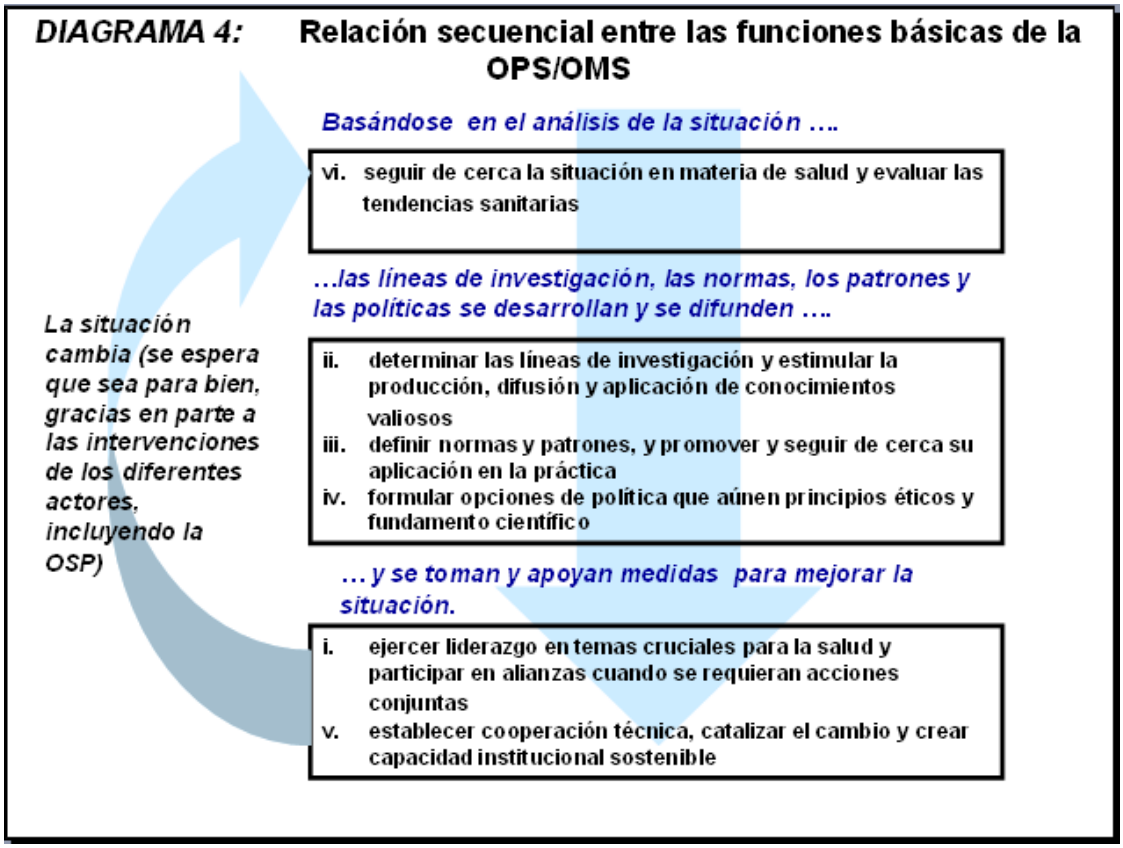
iii. Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;

iv. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;

v. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;

vi. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias

77. El diagrama siguiente ilustra el flujo lógico y secuencial de las funciones básicas de la OPS/OMS.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

78. En esta sección se exponen los Objetivos Estratégicos de la OPS, que se han tomado directamente del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS. Los Estados Miembros observarán que los Objetivos Estratégicos aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud se aplican a toda la OMS: tanto a la Secretaría (que incluye a la Oficina Sanitaria Panamericana) como a los Estados Miembros (que lo son también de la Organización Panamericana de la Salud). Por consiguiente, si bien la Secretaría de la OMS/OPS es responsable de hacer el seguimiento y evaluación de los indicadores y metas de los Objetivos Estratégicos, tanto los Estados Miembros como la Secretaría de la OMS/OPS son responsables de su cumplimiento, ya que esto rebasa la capacidad de la Oficina.

79. La Secretaría de la OMS es responsable del cumplimiento de los Resultados Previstos a nivel de toda la Organización (que constan en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS). De manera análoga, la Oficina Sanitaria Panamericana es responsable del cumplimiento de los Resultados Previstos a nivel Regional (RPR), que contribuyen directamente a los Resultados Previstos a nivel de toda la Organización, pertinentes a esta Región. De hecho, los indicadores de los RPR se han elaborado de forma tal que puedan agregarse directamente con los indicadores pertinentes de los Resultados Previstos a nivel de toda la Organización. Algunos RPR son específicos para la Región y se relacionan sólo con el Objetivo Estratégico, no con un Resultado Previsto a nivel de toda la Organización.

80. Los RPR y sus indicadores constituyen un acuerdo entre la OSP y los Estados Miembros de la OPS. Si la OSP recibe los niveles de financiamiento que solicitará en los proyectos de Programa y Presupuesto respectivos para los tres bienios que abarcará el Plan Estratégico, los Estados Miembros tienen derecho a esperar que los Resultados Previstos a nivel Regional se logren. Por otro lado, todo cambio propuesto en los RPR, durante la ejecución del presente Plan Estratégico, se someterá cuanto antes a la consideración de los Cuerpos Directivos para su aprobación.

Una nota con respecto a las líneas de base y las metas

81. Durante la preparación de los Resultados Previstos a nivel Regional y sus indicadores para el Plan Estratégico surgió la pregunta de cuál debe ser el universo de países o territorios en los que opera la OSP. La respuesta no es sencilla, pero es muy pertinente contar con un denominador para los indicadores que se miden por el "número de países donde se alcanzará un hito determinado". Para combinar los logros de entidades geográficas y políticas tan diversas como Brasil, las Islas Vírgenes Británicas y la frontera entre México y los Estados Unidos, se acordó lo siguiente:

a) Para los fines de los Resultados Previstos a nivel Regional y los indicadores del Plan Estratégico, y con objeto de facilitar la planificación y programación, se considerará que la OSP opera en 40 unidades programáticas, que comprenden países, territorios o áreas geográficas donde la Oficina trabaja. Esta clasificación tiene significado sólo para fines programáticos. No debe confundirse con la clasificación que utiliza la Oficina para informar oficialmente a sus Estados Miembros y a la OMS.

b) Estos 40 "países y territorios" son:

- Treinta y cinco Estados Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela;
- Tres Estados Participantes (es decir, sus territorios en las Américas): Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte;
- Un Miembro Asociado: Puerto Rico;
- La Oficina de Campo de la Frontera entre México y los Estados Unidos, en El Paso (Texas).

82. En todos los indicadores que cuantifican el "número de países...", el universo (denominador) será de 40, a menos que se especifique uno diferente, en cuyo caso las líneas de base y las metas se presentarán como una fracción, por ejemplo, "15/21". Este denominador se puede referir sólo a los países donde una enfermedad es endémica, a un grupo específico de países (países clave, países de América Latina y el Caribe, países de las Américas solamente y otras combinaciones) u otras condiciones. La razón específica para usar un denominador diferente a 40 se expresará al final de la tabla donde se presenta el indicador.

83. Los "indicadores de mantenimiento" son aquellos que ya se han logrado pero requieren la inversión de recursos de la OSP (humanos o financieros) para proteger lo alcanzado. En muchos casos, estos indicadores presentan las mismas cifras en la línea de base en 2007 y las metas para 2009 y 2013. Estos indicadores se usan con el fin de recalcar la importancia de los esfuerzos de la OSP para mantener ciertos resultados alcanzados, por considerarse fundamentales.

84. La información sobre la línea de base de cada indicador de RER se encuentra en el Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), en particular en lo que se refiere a los indicadores del tipo "número de países…". Con esta información de la línea de base, la OSP puede dar seguimiento a los logros con mayor precisión, cerciorándose de que no se cometan errores por duplicación u omisión al evaluar el progreso realizado durante el período de planificación.

85. El uso del término "entidad" o "entidad AMPES" en este documento describe a una unidad de gestión, programación y ejecución de la OSP responsable de la elaboración y la ejecución de un Plan de Trabajo Bienal (PTB) y su respectivo presupuesto. Las entidades de la OSP están ubicadas en los niveles regional (Oficinas de la Gerencia Ejecutiva y áreas orgánicas), subregional y de país (Representaciones de la OPS/OMS). La OSP total tiene un total de 69 entidades.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico (OE) se centra en medidas de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, control, eliminación y erradicación, destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles que afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y marginadas en la Región de las Américas. Las enfermedades que se intenta combatir incluyen, aunque no exclusivamente: las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las tropicales (incluidas las transmitidas por vectores), las zoonóticas y las epidemiógenas, con excepción del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

INDICADORES Y METAS

- 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 niños menores de 5 años en el 2002. Meta: 31 por 100.000 para el 2013.

- Número de países que mantienen la erradicación de la poliomielitis en la Región. Línea de base: 38 países en el 2006. Meta: 38 países para el 2013.

- 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.

- 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.

- 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.

- Número de países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores en los 21 países endémicos de la Región. Línea de base: 3 países en el 2006. Meta: 15 países para el 2013.

- Número de países de 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.

TEMAS Y DESAFÍOS

En América Latina y el Caribe, más de 210 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza y sobrellevan la mayor carga de enfermedades transmisibles, que ocasionan 13,5% de las defunciones en todos los grupos de edad y 74% de las defunciones de niños. La carga de las enfermedades transmisibles es considerable: la OMS calcula que este grupo de enfermedades ocasionó la pérdida de 25.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en el

2005. Las poblaciones indígenas son especialmente vulnerables a este grupo de enfermedades por lo que las intervenciones deben ser culturalmente apropiadas.

Enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Aunque los programas nacionales de vacunación han alcanzado una cobertura elevada a nivel regional y de país, que se refleja en un efecto importante en la reducción de casos y defunciones por enfermedades prevenibles mediante la vacunación, estos programas deben estar preparados para hacer frente a los siguientes retos: 1) mantener los logros (erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión endémico y control epidemiológico de la difteria, la tos ferina y la neumonías causada por *Haemophilus influenzae* de tipo b); 2) completar la agenda inconclusa (mejora de la cobertura y la calidad de los servicios de vacunación, eliminación de la rubéola, del síndrome de rubéola congénita y del tétanos neonatal, transición de la vacunación del niño a la vacunación de familias y administración de vacunas contra la influenza estacional y la fiebre amarilla); y 3) hacer frente a retos nuevos (fortalecimiento de la capacidad operativa, la vigilancia epidemiológica —incluida la red de laboratorios— los sistemas de información y las decisiones basadas en evidencias; promoción de la excelencia técnica; fortalecimiento del Fondo Rotatorio para adaptarlo a nuevos mecanismos de mercado; introducción de vacunas nuevas para facilitar el logro de los ODM y fomento de la sostenibilidad de los programas nacionales de vacunación).

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. La propagación internacional de las enfermedades infecciosas sigue planteando un problema para la seguridad sanitaria mundial debido a los factores asociados a la interconexión e interdependencia del mundo actual, como el desplazamiento de poblaciones, el turismo, las emigraciones o las consecuencias de los desastres; el aumento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales relacionados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones del clima; y los cambios en los métodos de elaboración y distribución de alimentos, así como en los hábitos del consumidor. Debido a estos factores, se ha confirmado que los casos de enfermedades infecciosas que ocurren en un país o región podrían constituir motivo de preocupación para todo el mundo. Ningún país de la Región posee toda la capacidad básica necesaria para responder a estos retos. La necesidad de una respuesta colectiva rápida, especialmente frente a posibles pandemias y brotes epidémicos, constituye un reto importante. Se requiere una planificación estratégica en la Región para que no se desvíen los recursos, el personal y los suministros disponibles de prioridades de salud pública bien definidas y actividades de control de enfermedades rutinarias. La OPS ha constatado que se han producido más de 200 epidemias de trascendencia internacional durante los últimos cinco años.

Es necesario detectar enfermedades, entre ellas la pandemia (H1N1) 2009, el SARS y síndromes neuroinvasores causados por arbovirus tales como el del Nilo Occidental, y responder a ellas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

Entre el 2001 y el 2006, más de 30 países de las Américas notificaron un total de 3.832.160 casos de **dengue,** de los cuales 79.716 eran de dengue hemorrágico, y 93 defunciones.

Las enfermedades desatendidas influyen de forma directa o indirecta en la capacidad de muchos países de la Región para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estas enfermedades, que surgen de problemas ambientales, tienen efectos adversos en la salud y el bienestar, además de aumentar el ausentismo escolar y la pobreza. Debido a la falta de vigilancia epidemiológica sistemática y de registros de datos de las enfermedades desatendidas en la Región, es difícil calcular con exactitud la carga de enfermedad. Sin embargo, algunas encuestas nacionales y estudios especiales arrojan luz sobre la carga de enfermedad en algunas poblaciones. La OPS/OMS calcula que 20% a 30% de los latinoamericanos están infectados por uno o varios helmintos intestinales o tienen esquistosomiasis, dos enfermedades desatendidas muy importantes; entre las poblaciones más vulnerables se encuentran las mujeres y los niños

que viven en zonas pobres. La filariasis linfática pone en riesgo hasta 11 millones de personas la oncocercosis pone en riesgo a 500.000 personas en la Región. Ambas enfermedades son objeto de una campaña tendiente a su eliminación. La enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, el tracoma, la lepra (enfermedad de Hansen) y otras infecciones de la piel y las zoonosis parasitarias también contribuyen a la carga pesada de las enfermedades desatendidas en muchos países de la Región. Un estudio sobre la equinococosis quística mostró una pérdida de 52.693 AVAD en la Región, con pérdidas económicas asociadas que totalizan más de $120 millones por año. En la actualidad se conocen mejor los factores determinantes extrínsecos de las enfermedades desatendidas y la distribución focalizada de varias de las enfermedades desatendidas; además, su prevención, control e incluso eliminación ahora son más factibles que nunca debido a la existencia de métodos nuevos, seguros y de bajo costo para vigilar estas enfermedades y tratar a las personas infectadas.

Enfermedades transmisibles clave. El número de casos registrados de **lepra** en la Región al comienzo del 2006 era de 32.904, con una tasa de prevalencia de 0,39 por 10.000 personas. El número de nuevos casos notificados en el 2005 fue de 41.789, cerca de 20% menos que en el 2004. La meta estratégica mundial para la eliminación de la lepra es de menos de un caso detectado por 10.000 personas. Todos los países de la Región se encuentran por debajo de esta tasa, a excepción del Brasil, que representaba tradicionalmente la carga más alta de lepra en la Región y ahora está avanzando hacia la meta de la eliminación.

Se calcula que en las Américas hay entre 16 millones y 18 millones de personas con enfermedad de **Chagas**. La incidencia anual de la transmisión por vectores es de 41.800 casos en la Región, mientras que el número de casos de la enfermedad de Chagas congénita es de 13.550. La seroprevalencia general en los bancos de sangre de la Región asciende a 1,28% en promedio. Se calcula que 4.600.000 pacientes tienen diversas cardiopatías chagásicas y que mueren 45.000 personas al año como consecuencia de esta enfermedad.

A pesar de los problemas señalados, se han realizado grandes avances en la Región: a) se ha interrumpido la transmisión por *Triatoma infestans* en 80% de la superficie geográfica de los países del Cono Sur con endemicidad; b) en Bolivia, el país con la mayor infestación domiciliaria de la Región, se ha logrado una reducción notable de la infestación por *T. infestans* y de la seroprevalencia pediátrica; c) se ha interrumpido la transmisión por *Rhodnius prolixus* en algunas zonas de Guatemala, Honduras y El Salvador; d) los países andinos están trabajando en la creación (Ecuador, Colombia y Perú) o reactivación (Venezuela) de programas nacionales de control; e) México ha declarado la enfermedad de Chagas como una prioridad de salud pública y está tomando medidas de prevención y control; f) en los países con endemicidad se ha logrado una cobertura de 98% del control serológico de los bancos de sangre; y g) los países amazónicos han establecido sistemas de vigilancia de la enfermedad de Chagas.

Enfermedades zoonóticas. El número de casos de **rabia** transmitida por perros ha bajado 90% como resultado de 20 años de esfuerzos eficaces de control. En el 2005 se notificaron sólo 11 casos. Sin embargo, algunos países, principalmente los de ingresos bajos, todavía no han logrado estos resultados. También es necesario abordar otras enfermedades zoonóticas en la Región, debido a la conexión importante entre la salud humana y la salud animal.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Ejecución en la Región del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que entró en vigor en junio del 2007.
- Ejecución de los planes y las estrategias regionales acordados con los Estados Miembros, incluidas las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS.
- Establecimiento o mantenimiento de una coordinación efectiva con otros colaboradores y entre todos los sectores pertinentes a nivel nacional, subregional y regional, incluidos otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano.
- Fortalecimiento de la red de centros colaboradores de la OMS situados en las Américas.
- Fomento de la investigación mediante inversiones apropiadas, fortalecimiento de la capacidad y colaboración eficaz entre los sectores académico y público.
- Estudio de mecanismos para promover la transferencia de tecnología y nuevas modalidades de cooperación técnica (tales como de Sur a Sur).
- Ejecución de la Estrategia de la OPS/OMS de *Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región*, que tiene seis componentes principales: comunicación de masas, entomología, epidemiología, laboratorios, asistencia al enfermo y ambiente.
- Continuación de la reducción de carga de la lepra por medio de la estrategia mundial de la OMS contra la lepra, que pone de relieve la importancia de la detección temprana y un enfoque integrado en los servicios de atención primaria.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que los Estados Miembros inviertan en recursos humanos, políticos y financieros a fin de garantizar y ampliar el acceso equitativo a intervenciones seguras y de buena calidad para la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el control de enfermedades transmisibles.
- Que el apoyo político de los Estados Miembros para garantizar la sostenibilidad de los programas de vacunación se mantenga en el nivel actual o aumente.
- Que los Estados Miembros utilicen plenamente el Fondo Rotatorio de la OPS para la adquisición de vacunas y jeringas.
- Que la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en el 2007 se traduzca en el compromiso renovado de todos los Estados Miembros de fortalecer sus sistemas nacionales de vigilancia y respuesta.
- Que, en la tarea de desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios nacionales, el objetivo siga siendo el acceso universal y equitativo a las intervenciones sanitarias esenciales.
- Que exista una actitud receptiva y positiva hacia la coordinación y la armonización de las actividades entre el creciente número de partes interesadas que actúan en el ámbito de la salud pública mundial.
- Que haya mecanismos eficaces de comunicación para mantener una coordinación sólida e interactiva de los esfuerzos a nivel mundial, regional y subregional.
- Que exista un compromiso político y se disponga de recursos para lograr la vigilancia eficaz y se hagan los preparativos adecuados para prevenir y controlar las pandemias y se tomen las medidas de vacunación preventiva relacionadas con amenazas que constituyen motivos de preocupación a nivel nacional e internacional.

Riesgos:

- Que surjan programas de acción sanitaria paralelos y no coordinados.
- Que la inversión en las actividades de investigación sea pequeña o insuficiente, lo cual podría tener repercusiones negativas en las intervenciones de salud.
- Que una pandemia de influenza u otras enfermedades pandemiógenas ocasione una morbilidad y mortalidad sin precedentes, así como graves perjuicios económicos a los países.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
1.1.1	Número de países que logran una cobertura de vacunación de más de 95% a nivel nacional (DPT3 como marcador)	17	20	22	25
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%	36%	34%	32%
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	5	10	15
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*	32/38	33/38	34/38

** El denominador excluye Puerto Rico y la Frontera México-Estados Unidos*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
1.2.1	Número de países con actividades de vigilancia y de vacunación para mantener la erradicación de la poliomielitis	38/38*	38/38	38/38	38/38
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*	36/38	38/38	38/38

** El denominador excluye Puerto Rico y la Frontera México-Estados Unidos*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
1.3.1	Número de países que han eliminado la lepra a nivel nacional y subnacional como un problema de salud pública	16/24*	17/24	19/24	24/24
1.3.2	Número de países que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros	11	14	16	18
1.3.3	Número de países que mantienen la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes	11	12	19	23
1.3.4	Número de países con Índice de Infestación Domiciliaria de sus vectores triatominos principales inferior a 1%	3/21**	11/21	15/21	18/21
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	3	7	11

** El denominador se refiere a los países donde la lepra es endémica*
*** El denominador se refiere a los países donde la enfermedad de Chagas es endémica*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
1.4.1	Número de países con un sistema de vigilancia para todas las enfermedades transmisibles importantes para la salud pública del país	14	16	18	20
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*	18/38	19/38	20/38
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**	22/35	24/35	27/35

** El denominador excluye Puerto Rico y la frontera México-Estados Unidos*
*** El denominador se refiere a los Estados Miembros de la OPS (países de las Américas)*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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*	2/33	3/33	5/33

** El denominador se refiere a los Estados Miembros de la OPS excluyendo Estados Unidos y Canada*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	17	25
1.6.2	Número de países que mantienen programas de capacitación centrados en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos	16	17	21	23

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).**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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*	23/35	31/35	35/35
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	4	10	12
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	19	21	23

** El denominador se refiere a los Estados Miembros de la OPS (países de las Américas)*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
1.8.1	Porcentaje de eventos de salud pública de importancia internacional verificados en el plazo recomendado por el Reglamento Sanitario Internacional	85%	90%	95%	98%

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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%	100%	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centrará en las intervenciones para la prevención, detección temprana, tratamiento y control del VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis y la malaria, incluida la eliminación de la malaria y la sífilis congénita. Se hará hincapié en las intervenciones que pueden reducir las desigualdades regionales, abordando las necesidades de las poblaciones vulnerables y más expuestas a riesgos.

INDICADORES Y METAS

- 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 (datos del 2006 para la estimación de infecciones nuevas, usando datos demográficos del 2005). Meta: 23 por 100.000 o menos para el 2013 (en conformidad con los ODM). [7]
- Acceso al tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, basado en una evaluación de las necesidades. Línea de base: el acceso al tratamiento antirretroviral era de 72% en el 2006. Meta: 80% para el 2013 (según el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015).[8]
- 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 2006. Meta: 16 países para el 2013 (según el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015).
- 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 (según el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015).
- Reducción de la incidencia de tuberculosis en la Región. Línea de base: 39 casos por 100.000 habitantes en el 2005. Meta: 27 por 100.000 para el 2013 (en conformidad con los ODM).
- Reducción del número de casos de malaria notificados anualmente en la Región. Línea de base: 903.931 casos en el 2006. Meta: 402.536 para el 2013.
- Número de países que mantienen su status de países donde la malaria no es endémica. Línea de base: 19 países en el 2007. Meta: 19 países para el 2013.

[7] Este indicador está relacionado con la Meta No. 1 del *Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006 – 2015*, para la cual no existe actualmente información para la línea de base: "En 2010, habrá una reducción del 50% en el número de nuevas infecciones de VIH, seguida por una reducción adicional del 50% en las nuevas infecciones para fines de 2015"

[8] Este indicador está relacionado con la Meta No. 2 del Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006 – 2015, para la cual no existe actualmente información para la línea de base: "En 2010, se contará con acceso universal a servicios de atención integral, incluso prevención, atención y tratamiento antirretroviral." Actualmente se está trabajando en un marco de seguimiento y evaluación para el acceso universal en la OMS

Infección por el VIH/sida.

La propagación de la epidemia de la infección por el VIH se podrá detener y revertir para el 2015 sólo si cada Estado Miembro organiza y pone en práctica una respuesta integral. Para eso es necesario responder a la demanda creciente por servicios de atención de la salud. En el sector salud, esto se traduce en un compromiso con el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH, que se puede lograr con el enfoque de salud pública de la OMS, basado en el suministro de servicios e intervenciones integrados y descentralizados para la infección por el VIH/sida, haciendo hincapié en la prevención y el tratamiento en las poblaciones vulnerables.

Además, las medidas preventivas primarias y secundarias todavía no han sido suficientes para detener o bajar la tendencia creciente de las nuevas infecciones por el VIH, incluidas las reinfecciones y coinfecciones, que se notifican en varios países de la Región. En ALC se produjeron alrededor de 167.000 infecciones nuevas por el VIH en el 2006, cifra que representa 8,6% de las personas infectadas por el VIH y pone de relieve la necesidad de intensificar la prevención. Entre las medidas integrales y eficaces para prevenir la infección por el VIH se encuentran la prevención, el diagnóstico y el tratamiento adecuados de las ITS.

La morbilidad y la mortalidad asociadas a la infección por el VIH en América Latina y el Caribe no han descendido según lo previsto, teniendo en cuenta la eficacia de los tratamientos y otras intervenciones contra la infección por el VIH/sida. A pesar de los esfuerzos para ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico y la atención integral, en el 2006 murieron alrededor de 84.000 personas de afecciones relacionadas con el sida en América Latina y el Caribe. El acceso a medicamentos asequibles y productos básicos para reducir la transmisión sexual, por la sangre y perinatal sigue siendo limitado. No se han reorientado suficientes servicios a las necesidades de los grupos vulnerables y la capacidad de los proveedores es incompleta o insuficiente.

Hay limitaciones en el seguimiento, la proyección y la comprensión de la dinámica de la epidemia debido al uso inadecuado de información estratégica, incluida la vigilancia insuficiente, así como a las deficiencias en el seguimiento y la evaluación de la respuesta.

La persistencia del estigma y la discriminación (incluidas las actitudes y los valores de los proveedores de asistencia sanitaria) obstaculiza los esfuerzos de prevención y constituye una barrera para la atención y el tratamiento. Las actitudes sociales y los valores no consideran el riesgo asociado con ciertos comportamientos y prácticas, lo cual conduce a una conciencia insuficiente del problema y de las posibles soluciones en el público general.

La participación de las comunidades, las personas afectadas, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros interesados directos en una respuesta coordinada y unificada sigue siendo un reto, y es necesario procurar la eficacia, el sentido de pertenencia local y la sostenibilidad.

Las intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva son incompletas e insuficientes, a pesar de que la mayoría de las infecciones se deben a las relaciones sexuales sin protección. Las inequidades y desigualdades por razón de sexo conducen a una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y a un menor acceso a la atención integral.

En el 2005 se llegó a un acuerdo sobre una justificación de la división del trabajo dentro de los organismos de las Naciones Unidas en el ámbito de la respuesta a la infección por el VIH, que implica una mejor coordinación y armonización de las respuestas regionales, subregionales y

nacionales a la infección por el VIH. En este contexto, la Oficina, en calidad de copatrocinadora del ONUSIDA para la respuesta del sector salud, se centra en la ampliación de los servicios para la infección por el VIH/sida a fin de lograr el acceso universal. Esta labor abarca la prevención y el tratamiento, así como el seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector salud. No obstante, subsiste el reto de lograr una mayor armonización y convergencia de la acción en distintos niveles a fin de que las iniciativas mundiales y regionales para apoyar las respuestas nacionales sean adecuadas y oportunas. La ejecución armoniosa de las directivas actuales de las Naciones Unidas (por ejemplo, los "tres unos") será un factor crucial para aumentar la eficiencia general, la eficacia y el efecto de la acción del sistema de las Naciones Unidas para apoyar las respuestas nacionales.

Hay muchos socios que están trabajando para controlar la infección por el VIH/sida en las Américas, como el ONUSIDA, organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la AID y el Fondo Mundial, entre otros. El desafío principal estriba en la coordinación y armonización de los programas de estas instituciones.

Malaria

La malaria es una enfermedad prevenible y tratable, de transmisión vectorial, que aqueja aproximadamente a un millón de personas al año en las Américas. Treinta por ciento de los habitantes de la Región corren el riesgo de contraer la infección. Cinco por ciento de los habitantes de la Región viven en zonas de riesgo moderado y grande. Asimismo, 21 países de la Región tienen zonas donde la malaria se considera endémica, mientras que otras naciones notifican casos importados que podrían reintroducir la transmisión local si no se tratan debidamente.

Las embarazadas y los niños son vulnerables en todo el mundo. En las Américas, la población vulnerable incluye a las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida, los viajeros, los mineros, los leñadores, los trabajadores de plantaciones de plátanos y caña de azúcar, los grupos indígenas, los habitantes de zonas con conflictos armados o sociales y las personas que viven a lo largo de zonas fronterizas.

La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la malaria representan una gran carga para la economía de las Américas, ya que entre 55% y 64% de los casos corresponden a personas en sus años de vida económicamente más productivos.

Las actividades de prevención y control deben mantenerse porque la naturaleza de la enfermedad, sus vectores y otros factores que inciden en la transmisión son complejos. Es necesario adoptar un enfoque proactivo y mejorar la previsión para evitar los retos emergentes y reemergentes relacionados con la enfermedad, tales como los brotes y las epidemias. Debe intensificarse la labor de promoción para combatir la malaria a fin de que los interesados directos puedan actuar, contribuir concretamente y lograr cambios positivos dentro de sus esferas de influencia. Asimismo, los interesados directos deben procurar la armonización y convergencia de su actuación, adoptar enfoques intersectoriales y fomentar la participación activa de la comunidad y de los grupos afectados a fin de lograr un sentido de pertenencia local y la sostenibilidad de la acción.

Hay muchos interesados directos que están trabajando en el control de la malaria en la Región, entre ellos organismos de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial, la AID, el OCDI, centros colaboradores de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Farmacopea Estadounidense, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. El reto principal consiste en mantener la coordinación y armonización de los programas de estas instituciones.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable que dista mucho de haberse eliminado como problema de salud pública en la Región. A pesar del progreso realizado en las Américas en el último decenio, se calcula que ocurren más de 447.000 casos y aproximadamente 50.000 defunciones al año. La tuberculosis afecta predominantemente a la población adulta económicamente productiva en edad reproductiva: 61% de los casos de infección notificados en el 2005 tenían entre 15 y 44 años de edad. Aunque la tuberculosis puede afectar a cualquier persona, hay grupos vulnerables específicos que sobrellevan la mayor carga de la enfermedad: los pobres, los migrantes, los marginados, los presos, las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida y los grupos indígenas. Hay diferencias pronunciadas en la carga de enfermedad entre los países de la Región. El 80% de la carga total de la tuberculosis en las Américas recae en 12 países.

Con la aplicación de la estrategia de Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS por sus siglas in inglés) se ha avanzado en el control de la tuberculosis. Treinta y tres países aplicaron esta estrategia en el 2005 con una cobertura de 88%. El reto consiste en alcanzar una cobertura del 100% en países con una carga elevada, como Brasil y Colombia.

Los principales problemas para el control de la tuberculosis en la Región son la epidemia de infección por el VIH/sida, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente, junto con los puntos débiles de los sistemas de salud y la crisis de personal sanitario. En los casos nuevos de tuberculosis, la prevalencia de la infección por el VIH se sitúa entre 8% y 10% y la multirresistencia primaria es de 1,2%, con diferencias importantes entre los países. Estos problemas tienen efectos negativos en los programas nacionales de control de la tuberculosis porque la carga de la enfermedad, incluso su mortalidad, podría aumentar.

Un problema importante es la escasa participación de las comunidades, las personas afectadas y las organizaciones de la sociedad civil en la lucha contra la tuberculosis, así como la poca disposición del sector privado y de algunas instituciones del sector público para cumplir las normas internacionales para la atención a los enfermos tuberculosos.

En el 2006 la OMS lanzó la nueva estrategia Alto al TB que aborda los problemas identificados. Varios socios y donantes se han agrupado bajo esta estrategia para apoyar a los países de la Región. Entre ellos se encuentran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), la Unión (la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), la KNCV Tuberculosis Foundation (Países Bajos), la Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica (CAAT), la Sociedad Torácica Estadounidense, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Fondo Mundial. A pesar de su apoyo, subsisten problemas en la coordinación y la armonización de sus programas, así como en el fomento de la participación de posibles socios nacionales que no cumplen las normas nacionales e internacionales para la atención a los enfermos tuberculosos.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Ejecución del Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015; el Plan Regional de Tuberculosis, 2006-2015; y el Plan Regional para la Malaria en las Américas 2006-2010. Estos planes influyen en los enfoques que se indican a continuación y deben llevarse a cabo en todos los niveles.
- Mejora de las decisiones estratégicas a nivel nacional mediante el fortalecimiento y la promoción del desarrollo y el uso de información sobre la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, incluida la vigilancia; y de sistemas de seguimiento y de evaluación, así como una mejora de la información y de la gestión del conocimiento.

- Fortalecimiento de los sistemas de salud para combatir eficazmente la infección por el VIH/sida y otras ITS, la tuberculosis y la malaria.

- Participación en mecanismos de nivel mundial, regional, subregional y de país, establecidos por la OMS, ONUSIDA y el Grupo Regional de Directores en VIH.

- Asegurar la disponibilidad de información para medir las tendencias de la epidemia de VIH/sida en la Región, incluyendo información para establecer las líneas de base para los indicadores en el Plan regional de VIH/ITS para el Sector salud, 2006-2015.

- Fortalecimiento de los servicios de salud mediante:
  - la ampliación, integración y reorientación de los servicios para la ejecución de intervenciones costo-eficaces y atentas a las cuestiones de género, que aborden la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria por medio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo;
  - la prestación de servicios para las poblaciones difíciles de alcanzar y los grupos vulnerables, entre ellos los indígenas;
  - el tratamiento de las cuestiones relativas a los recursos humanos;
  - la disponibilidad y el uso adecuado de medicamentos de buena calidad, de redes de laboratorios, medios de diagnóstico y productos básicos para la salud que sean de calidad, con el apoyo continuo del Fondo Estratégico para la Adquisición de Suministros de Salud Pública;
  - el fortalecimiento de la capacidad nacional para preparar y realizar proyectos para los cuales puedan movilizarse recursos destinados a la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y el control de la malaria de socios tales como el Fondo Mundial;
  - la cooperación técnica para la formulación y ejecución de propuestas aprobadas del Fondo Mundial que contribuyan a una relación entre el adjudicatario principal y los subadjudicatarios, procurando al mismo tiempo la coherencia con los programas nacionales; y
  - el fortalecimiento de alianzas y asociaciones nacionales e internacionales para combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria a nivel regional, subregional, nacional y local.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que se siga reconociendo que la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria constituyen prioridades en todos los programas de salud a nivel nacional, subregional, regional y mundial y se asignen suficientes recursos para combatir estas enfermedades.
- Que se fortalezcan los sistemas nacionales de salud para alcanzar el acceso universal a los servicios y la atención de salud esenciales.
- Que los enfoques estratégicos se basen en la hipótesis de que las intervenciones pueden ampliarse, incluso en las situaciones de mayor escasez de recursos, con una buena planificación, financiamiento sostenible e infraestructura bien mantenida; así como con acciones intersectoriales.

Riesgo:

- Que no se mantenga el liderazgo y la coordinación eficaz de los programas debido al número cada vez mayor de colaboradores y la competencia creciente por recursos.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	12	17
2.1.2	Número de países que proveen tratamiento antirretrovírco por lo menos a 80% de la población que se estima lo necesita, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	6	7	12	15
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	23	28	33
2.1.4	Número de países que detectan 70% de los casos estimados de tuberculosis pulmonar, a través de una baciloscopía positiva	12/27*	20/27	23/27	26/27
2.1.5	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	6/27*	11/27	16/27	23/27
2.1.6	Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	2	7	15	26
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	6	11	14

** El denominador se refiere a países donde la tuberculosis es endémica*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	40	40
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	9	20	30

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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*	3/27	10/27	14/27
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	19	20	21
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	34	37	40

** El denominador se refiere a países donde la tuberculosis es endémica*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	27	32	33
2.4.2	Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la tuberculosis desglosados por sexo y edad	27	30	34	37
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	21/21	21/21
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	2	7	16
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**	19/27	22/27	27/27
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*	13/21	17/21	20/21

* *El denominador se refiere a países donde la malaria es endémica*
** *El denominador se refiere a países donde la tuberculosis es endémica*

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) aumentar 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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
2.5.1	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la infección por el VIH/sida	40	40	40	40
2.5.2	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la tuberculosis	5/27*	8/27	12/27	15/27
2.5.3	Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la malaria	21/21**	21/21	21/21	21/21

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	40	40

* *El denominador se refiere a países donde la tuberculosis es endémica*
** *El denominador se refiere a países donde la malaria es endémica*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	2	2	3
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	1	2	2

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras por las principales enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las deficiencias visuales y auditivas, y las enfermedades bucodentales), los trastornos mentales (incluido el uso de sustancias psicoactivas), la violencia y los traumatismos, entre ellos los ocasionados por las colisiones en las vías de tránsito.

INDICADORES Y METAS

- 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.

- 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.

- 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 habitantes en 2000-2004 (promedio aproximado). Meta: 14,7 por 100,000 habitantes para el 2013.

- 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/territorios, de 3 a 5: 8 países/territorios, inferior a 3: 29 países/territorios, en el 2004. Meta: DCPO-12 superior a 5: 0 países/territorios, de 3 a 5: 2 países/territorios, inferior a 3: 37 países/territorios, para el 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Las enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes), los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos están aumentando rápidamente y son las causas principales de muerte y discapacidad en la Región.

Los datos y la información para fijar las líneas de base y el progreso realizado con el seguimiento, especialmente en lo que se refiere a los factores de riesgo, no están bien desarrollados. Es más, la capacidad de los países para recopilar, analizar, notificar y usar datos sobre enfermedades no transmisibles en la elaboración de programas y políticas varía mucho.

En algunos países, no se conoce la real magnitud de la carga de las enfermedades no transmisibles, ni las oportunidades para mejorar la promoción de la salud y la prevención de las mismas. Además de la voluntad política, se necesitan alianzas internacionales y colaboración multisectorial para generar una mayor sinergia y, en último término, recursos adicionales.

Las enfermedades crónicas representan más de 60% de las defunciones y una proporción mayor de los costos de atención de salud. Los países de ingresos bajos y medianos y las poblaciones pobres de la Región son los más afectados. El manejo de las enfermedades está fragmentado y el tercer nivel de atención todavía consume la mayor parte de los recursos. Hay una amplia gama de soluciones de eficacia comprobada en función del costo, que todavía no se han puesto en práctica para encarar la promoción de la salud y la prevención y el manejo de enfermedades.

La carga de las enfermedades crónicas está aumentando en el marco de una población que está envejeciendo, cambios en los estilos de vida e intervenciones que a menudo no tienen un enfoque de salud pública. La causa del problema yace en factores de riesgo comunes: regimenes alimenticios poco saludables, inactividad física, tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas, asociados con las tendencias ambientales y socioeconómicas, algunas políticas públicas y prácticas del sector privado, así como con la falta de acceso a los servicios de salud.

Los países tienen una capacidad limitada para responder a la carga de enfermedad crónica y hay una pugna entre las prioridades de salud pública. El desafío estriba en mejorar la eficacia de los programas contra las enfermedades crónicas para que las intervenciones orientadas a la prevención, la detección temprana y el manejo de enfermedades tengan impacto en la carga de enfermedad.

Anualmente se producen más de 1 millón de defunciones por **cáncer**, cifra que se calcula se duplicará para el 2020. Treinta y cinco millones de personas en la Región tienen **diabetes**, y alrededor de 70.000 defunciones al año son atribuibles a esta enfermedad. Se prevé que las muertes por **enfermedades cardiovasculares** casi se triplicarán en los próximos 20 años. Se calcula que 80% de los casos de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 y un tercio de los casos de cáncer pueden prevenirse y otro tercio de los casos de cáncer pueden controlarse con políticas de salud pública costo-eficaces e intervenciones de prevención, detección temprana y tratamiento.

Según los estudios epidemiológicos pertinentes sobre la **salud mental** realizados en América Latina y el Caribe en los 20 últimos años, las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tienen una prevalencia media de 1,0%; la depresión profunda, 4,9%; y los estados de ansiedad, 3,4%. Sin embargo, más de un tercio de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por depresión profunda y casi dos tercios de las que padecen estados de ansiedad no reciben tratamiento especializado, sea de un servicio psiquiátrico u otros tipos de servicios generales o de atención primaria. El desafío estriba en reducir estas brechas en el tratamiento en la Región.

La falta de datos e información adecuada sobre los trastornos mentales en la mayoría de los países no permite formular políticas y planes apropiados con líneas de base y metas bien definidas. El desafío estriba en establecer líneas de base en los países de la Región derivadas de una evaluación amplia e integral de los sistemas de salud mental, usando una metodología e indicadores estandarizados.

Más de 70% de los países de la Región tienen políticas y planes nacionales de salud mental, a menudo con más énfasis en los servicios de salud que en la prevención. En muchos casos la tasa

de ejecución de estos planes es baja. El desafío consiste en fortalecer el componente de prevención y mejorar la puesta en práctica de los planes, haciendo hincapié en la descentralización de los servicios especializados y en la inserción de la salud mental como componente de la atención primaria de salud.

En la mayoría de los países de la Región, los modelos de atención de salud para las personas con **discapacidades** siguen siendo esencialmente institucionales y en el tercer nivel de atención. El desafío estriba en desarrollar redes de servicios de rehabilitación, incorporando sistemas de atención de salud en la comunidad para las personas en riesgo o con discapacidades. Estas redes deben apoyar a los proveedores de asistencia, organizarse sobre la base de ciclos terapéuticos y promover la inclusión social. La reorganización de servicios de salud integrados debería efectuarse desde el tercer nivel de atención, básicamente biomédico, hasta el primer nivel de atención, donde no sólo se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las discapacidades, sino que también se promueve eficazmente la inclusión individual.

Con respecto a la **violencia y los traumatismos**, en el último decenio se notificaron casi 120.000 homicidios al año en la Región, con una subnotificación de 10%. Más de 12 países de la Región tienen tasas de homicidio mayores de 100 por 100.000 habitantes. Los hombres de 15 a 34 años son las principales víctimas. Las encuestas y los estudios han revelado que entre 20% y 60% de los hogares en la Región son el escenario de actos de violencia física y psíquica contra mujeres, niñas y niños. Entre 3% y 28% de los niños son sometidos a castigos corporales en la Región, y la proliferación de pandillas violentas de jóvenes está suscitando gran preocupación en muchos países.

Aunque en todos los países se han promulgado leyes para proteger a las mujeres y los niños de la violencia intrafamiliar, éstas no están aplicándose plenamente. Se ha avanzado un poco en el desarrollo de sistemas fiables de información sobre la violencia; sin embargo, es necesario normalizar los datos y los criterios para su recopilación. Los gobiernos a nivel nacional y municipal deben formular planes y asignar recursos para la prevención de la violencia basados en experiencias fructíferas en la reducción de los homicidios y en el aumento de los ambientes sin riesgos. El sector salud debe mejorar su capacidad para atender a las víctimas de la violencia.

En los países en desarrollo, el entorno del tránsito puede ser peligroso desde el punto de vista de la seguridad vial para peatones, ciclistas y motociclistas. Los encargados de la planificación del transporte y el tránsito a menudo descuidan los enfoques sociales de mayor alcance, lo cual influye profundamente en la naturaleza y la cantidad de las colisiones. Es necesario buscar soluciones que estén más vinculadas a los problemas de seguridad vial y que respondan a las necesidades de la población.

Otro reto para mejorar la seguridad vial es la falta de datos fidedignos de diferentes sectores, como el de transporte, la policía y salud. Las estrategias y las acciones para su cumplimiento se centran más en la fluidez del tránsito que en la prevención de las lesiones por colisiones en las vías de tránsito.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Llevar a cabo una labor de promoción con los gobiernos a fin de dar prioridad a la prevención y el control de enfermedades crónicas a través de la educación, de políticas y de un plan de comunicación, recalcando la acción intersectorial y las alianzas entre el sector público y el privado.

- Reforzar la capacidad para avanzar con la *Estrategia Regional sobre Enfermedades No Transmisibles* en las subregiones del Caribe, Centroamérica, Andina y Cono Sur.

- Proporcionar políticas de salud pública, guías y herramientas basadas en evidencias a fin de fortalecer los servicios de salud para la prevención, el tamizaje y la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

- Aumentar la capacidad de la fuerza laboral de salud pública mediante la capacitación y oportunidades de educación continua a fin de reforzar las competencias en las intervenciones de salud pública y la atención de salud de buena calidad.

- Fortalecer la vigilancia, la investigación y la base de información para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo, usando el método progresivo de vigilancia de la PAHO/OMS (método sencillo y estandarizado para recopilar, analizar y difundir datos en países miembros de la OMS).

- Dar prioridad a políticas, programas e intervenciones basadas en evidencias y eficaces en función del costo.

- Aplicar un enfoque interprogramático para abordar la violencia, los traumatismos no intencionales y la seguridad vial.

- Ejecutar políticas integrales para fortalecer la seguridad vial y aumentar la seguridad del tránsito y los espacios de circulación.
- Fomentar el intercambio de enseñanzas entre los Estados Miembros.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que se disponga de datos e información para que las políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación sean eficaces.
- Que exista una colaboración multisectorial de alto nivel en los países, de forma individual y colectiva.

Riesgos:

- Que los colaboradores dentro y fuera de la Organización no respondan y no adopten la estrategia regional para las enfermedades no transmisibles.
- Que se asignen recursos insuficientes para abordar este asunto.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	15	20	24
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	27	27	29
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	24	31	38
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	14	19	24
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	15	18	21

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	17	20	23
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	7	16	25

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	29	29	30
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	30	32	36
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	14	21	26
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	28	31	35
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	17	20	23

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	16	18	22
3.3.2	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de salud mental	8	10	14	20
3.3.3	Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de discapacidades	18	22	23	26
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	27	31	33
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	16	18	22

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 tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
3.4.1	Número de estudios analíticos sobre costos de las intervenciones dirigidas a los trastornos mentales y neurológicos	1	2	2	3
3.4.2	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la violencia	8	10	12	15
3.4.3	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la salud bucal	4	6	8	9
3.4.4	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con las enfermedades crónicas	9	11	14	18
3.4.5	Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la seguridad vial	6	8	10	12

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
3.5.1	Número de países que ejecutan programas para la prevención de discapacidades en la población general con un enfoque multisectorial	5	6	11	15
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 substancias psicotrópicas	0	5	11	15
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	10	21	31

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	19	24	32
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	6	8	9

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centra en la reducción de la mortalidad y la morbilidad para mejorar la salud durante las etapas clave de la vida, procurando el acceso universal a intervenciones eficaces destinadas a mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño, de los adolescentes y los jóvenes (adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 15 a 24 años), del adulto en edad reproductiva y del adulto mayor, aplicando un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que mejore la equidad. El fortalecimiento de las políticas, los sistemas de salud y la atención primaria de salud es fundamental para lograr este Objetivo Estratégico, que contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio No. 4 (reducción de la mortalidad infantil) y No. 5 (mejorar la salud materna).

INDICADORES Y METAS

- 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% en el 2013.
- 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 en el 2013.
- Número de países de ALC 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 en el 2013.
- Número de países de ALC con una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos superior a 60% (como indicador relacionado al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva). Línea de base: 13 países en el 2006. Meta: 21 países en el 2013.
- Número de países de ALC 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 en el 2013.
- Número de países de la Región donde 50% o más de la población adulta mayor (mayores de 60 años en ALC 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 en el 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Aunque las tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños han mejorado en la Región, la situación está empeorando en relación con algunos trastornos (por ejemplo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y la elevada fecundidad de los adolescentes en algunos países) y está estancada en relación con otros (por ejemplo, la mortalidad materna y neonatal). La mayoría de los países no están en situación de alcanzar las metas y los objetivos acordados a nivel internacional en lo que se refiere a la salud de la familia y el niño.

Mortalidad de menores de 1 año y de menores de 5 años. La Región de las Américas ha avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad infantil y en niños menores de 5 años). Durante 1990-2005, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó 44%. No obstante, sigue habiendo grandes disparidades entre países y dentro de ellos. Por ejemplo, en muchos países de América Latina y el Caribe la alta tasa de mortalidad de recién nacidos no ha mejorado en la medida de lo esperado. Varios países han experimentado una reducción acentuada de la mortalidad de menores de 1 año, pero sin una reducción equivalente de la mortalidad neonatal. En Bolivia, por ejemplo, la tasa de mortalidad de menores de 1 año bajó 29% entre 1989 y 1998, pero la disminución de la mortalidad neonatal fue de sólo 7% en el mismo período.

Cada año nacen casi 12.000.000 de niños en ALC, de los cuales mueren 400.000 antes de cumplir 5 años de edad; de estos, 270.000 mueren antes de cumplir el primer año; y de estos últimos, 180.000 fallecen durante su primer mes de vida. La mortalidad neonatal, definida como la muerte en los 28 primeros días de vida, asciende a 15 por 1.000 nacidos vivos; representa 60% de las defunciones de menores de 1 año y 36% de la mortalidad de menores de 5 años; la mayoría de estas defunciones son prevenibles. Los factores que contribuyen a la alta mortalidad neonatal incluyen la poca visibilidad de las defunciones de recién nacidos y de la salud del recién nacido en el establecimiento de las prioridades nacionales; las desigualdades en el acceso a la atención del parto y a la atención primaria de salud proporcionada por personal capacitado; y la salud materna deficiente, que exacerba en gran medida el riesgo de mortalidad neonatal. Además, las intervenciones dirigidas directamente a los bebés para mejorar los resultados son deficientes o inexistentes.

Las principales causas de mortalidad neonatal en ALC son las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (7%). Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de prematuridad/bajo peso al nacer, pueden constituir factores de predisposición. La OPS calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos tienen peso bajo al nacer (menos de 2.500 g), lo cual está estrechamente relacionado con una mayor morbilidad neonatal, y se calcula que entre 40% y 80% de los lactantes que mueren en el período neonatal tienen este problema. Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos tales como la pobreza, la educación deficiente (especialmente de la madre), la falta de poder de decisión, el acceso limitado a servicios y algunas prácticas tradicionales que son nocivas. Los pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas, los indígenas y los afrodescendientes presentan tasas de mortalidad neonatal desproporcionadamente altas.

Los datos basados en evidencias indican que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y que la atención apropiada en las 24 primeras horas de vida es un factor determinante importante para el futuro del niño. En los países donde la tasa de mortalidad de menores de 1 año no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de lactantes tienen lugar en el primer mes de vida.[9]

Se necesita una acción colectiva, no sólo por medio de los sistemas y servicios de salud, sino también a nivel familiar, para promover intervenciones eficaces de bajo costo. Algunos ejemplos de estas intervenciones son el fomento de la lactancia materna, la terapia de rehidratación oral y el consumo de micronutrientes, así como la educación sobre la alimentación complementaria. Un importante desafío estriba en reorientar los servicios de salud hacia un modelo de atención que favorezca la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un enfoque familiar y comunitario y el desarrollo de capacidad de gestión a nivel local.

[9] La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del milenio de las Naciones Unidas. 47.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 58.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006. OPS/FCH/CA/07.08

Muchos organismos nacionales e internacionales (el UNICEF, la Fundación de las Naciones Unidas, la ACDI y el organismo bilateral español AECI), ONGs prominentes y la sociedad civil están trabajando en América Latina en el campo de la salud del niño. Esto plantea un reto en cuanto a la coordinación para evitar la duplicación y aprovechar las sinergias.

Salud de la población joven

La mayoría de los planes y programas nacionales de salud de los adolescentes y jóvenes no abordan de forma integrada los principales problemas que afectan la salud (violencia, homicidio, accidentes de transito, embarazo de adolescentes, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, abuso de drogas, suicidio, etc.) de una población joven en rápido crecimiento en la Región. Varios de estos programas siguen siendo intervenciones piloto y es preciso ampliarlos aprovechando las lecciones aprendidas de experiencias fructíferas. Esta situación se complica por el hecho de que la salud de los jóvenes, y en particular la salud sexual y reproductiva del adolescente, no es una prioridad en la agenda política de la mayoría de los países de la Región. En muchos países no se aplican políticas y leyes que promuevan el acceso a los servicios de salud de los adolescentes y jóvenes, y los programas nacionales siguen fragmentados. Hay una escasez de recursos humanos capacitados para proveer atención de calidad a esta población, y de sistemas adecuados de información, seguimiento y evaluación.

Aunque en términos generales la mortalidad y la morbilidad son bajas durante la adolescencia, el número total de defunciones de personas entre los 15 y los 29 años de edad en la Región fue de 287.920, según la actualización de la Carga Mundial de Morbilidad correspondiente al año 2004.[10] En este grupo de edad, las principales causas de mortalidad son los traumatismos (63%), las enfermedades no transmisibles (22%) y los trastornos transmisibles, maternos, perinatales y nutricionales (15%). Estas causas afectan a los hombres y mujeres jóvenes de formas distintas: por ejemplo, la distribución de las defunciones por traumatismos, incluida la violencia y los homicidios (43% de las defunciones totales), es de 92% en el caso de los hombres y 8% en el caso de las mujeres; defunciones por accidentes de tránsito (26%; 79% hombres y 21% mujeres), suicidios (11%; 78% hombres y 22% mujeres) y otros traumatismos (20%). El sida representa 47% de las defunciones de la población joven (15 a 29 años) por enfermedades infecciosas y parasitarias en las Américas; de ese porcentaje, 67% corresponde a hombres y 33% a mujeres. En el 2006, 20% de los casos diagnosticados de VIH en la Región correspondieron a la población joven entre 15 y 24 años de edad.[11]

En ALC, se calcula que 18% de los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años, tratándose de embarazos no deseados en 30% a 40% de los casos. La necesidad desatendida de anticonceptivos asciende aproximadamente a 40% de los casos. La probabilidad de que las madres adolescentes (de 10 a 19 años) mueran por causas relacionadas con el embarazo es el doble de la observada en las madres de mayor edad y representa de 30% a 50% de la mortalidad materna en los países con razones de mortalidad materna mayores. El riesgo de morir es cuatro veces mayor en las adolescentes menores de 15 años. Cincuenta por ciento de los abortos con riesgos corresponden a mujeres de 20 a 29 años. Más de cinco países de la Región tienen tasas de fecundidad de los adolescentes de 15 a 19 años de más de 100 por 1.000; 12 países tienen tasas de fecundidad mayores que el promedio regional (76 por 1.000).

La violencia repercute desproporcionadamente en los jóvenes: en los países de ingreso mediano y bajo de ALC, 101,7 por 100.000 hombres y 60,4 por 100.000 mujeres de 15 a 29 años mueren por traumatismos intencionales. El marco conceptual predominante para responder a la violencia

[10] Global Burden of Disease (datos del 2004, actualización del 2008): http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html

[11] Pan American Health Organization, HIV/AIDS database, FCH/AI Project

juvenil se centra en el castigo y no en enfoques preventivos, ya que consideran a los jóvenes como perpetradores de actos de violencia sin abordar las causas subyacentes.[12]

El abuso de alcohol y drogas y el consumo de tabaco están aumentando entre los adolescentes de la Región y guardan una relación estrecha con el embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH y la violencia.

La repercusión desproporcionada de estos temas en los adolescentes y jóvenes provenientes de sectores de ingresos bajos, de bajo nivel educativo, pertenecientes a poblaciones indígenas, grupos migrantes o minorías étnicas requiere una consideración especial. [13]

Varios actores están trabajando en el campo de la salud de los adolescentes, entre ellos el UNICEF, el FNUAP, el UNIFEM, la AID, muchas ONG importantes (PLAN, Pathfinder, Cruz Roja, Alan Guttmacher) y organizaciones bilaterales (ACDI, OSDI, GTZ, NORAD, CIDE), lo cual plantea un reto para la coordinación de las acciones y la armonización de programas.

La mortalidad materna. Algunos países han avanzado en la reducción de la mortalidad materna, mientras que en otros la situación ha empeorado. Subsisten grandes disparidades entre países (mortalidad materna de 630 por 100.000 nacidos vivos en Haití en comparación con 17,3 por 100.000 en Chile) y dentro de los países (en Argentina, la mortalidad materna es de 7 por 100.000 nacidos vivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero de 150 por 100.000 en la provincia de La Rioja). Son muy pocas las personas que tienen acceso a la atención del parto por personal capacitado en los países más pobres y en los entornos rurales. En algunos países, una proporción mayor de las mujeres (69% en Bolivia y 89% en Haití) no tiene acceso a atención del parto por personal capacitado. En Centroamérica, la atención calificada del parto está al alcance de no más de 55% de las embarazadas, y en Haití está al alcance sólo de 26% de las mujeres de zonas urbanas. La mayor parte de la mortalidad materna se debe a causas prevenibles, como hemorragia (21%), hipertensión provocada por el embarazo (26%), septicemia (8%), parto obstruido y prolongado (12%) y complicaciones relacionadas con abortos (13%). En algunos países no hay servicios obstétricos y neonatales esenciales o, si los hay, son de calidad deficiente o no se utilizan lo suficiente debido a barreras físicas o culturales y a la falta de personal capacitado, especialmente en zonas marginales.

La cobertura del control prenatal (normalmente denominado "un contacto") es de 89,1%; la cobertura de partos atendidos por personal capacitado es de 88,2%. Cinco países con cifras superiores a 90% en lo que se refiere al control prenatal o la atención durante el parto por personal capacitado tienen una razón de mortalidad materna de más de 91,1 por 100.000 nacidos vivos, lo cual pone de manifiesto la existencia de problemas con la calidad de los servicios de salud materna y perinatal.

Salud y bienestar de las personas de edad. En el 2006, 9% de la población de América Latina tenía 60 años o más (más de 50 millones de personas) y 7 millones tenían 80 o más años de edad. Mientras que la población general está aumentando en 1,5% anualmente, la población de 60 años o más está creciendo a una tasa anual de 3,5%. Este cambio demográfico significa que, para el 2025, la Región tendrá 100 millones de personas de más de 60 años de edad, lo cual pone de relieve que lograr el envejecimiento activo y saludable será uno de los mayores retos que deberá afrontar la sociedad de América Latina y el Caribe durante el siglo XXI. La

[12] "Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina 1995-2004" (en español solamente). Organización Panamericana de la salud y Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ)

[13] For the extensive situation analysis, please refer to the Regional Strategy for Improving Adolescent and Youth Health. http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-08-e.pdf

extensión de la cobertura de atención primaria de salud a las personas de edad y una mayor participación de este grupo en su atención de salud son temas importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud.

Desafíos generales. La voluntad política para lograr un cambio en relación con este Objetivo Estratégico está decayendo en algunos países de la Región y los recursos son insuficientes. Los grupos más afectados (por ejemplo, las mujeres pobres y los niños en los países en desarrollo) tienen poca influencia sobre los encargados de adoptar las decisiones y a menudo son excluidos de la atención. Es necesario dar poder de decisión a las comunidades para mejorar las decisiones y la acción locales. Asimismo, algunos problemas son delicados desde el punto de vista político y cultural y complican la obtención del consenso necesario para mejorar la salud pública. Además, las iniciativas para mejorar la calidad de la atención de salud y aumentar la cobertura son insuficientes. Las prioridades de salud en pugna entre organizaciones, los enfoques programáticos verticales y la falta de coordinación entre los gobiernos y los organismos de desarrollo dan lugar a la fragmentación de los programas, a oportunidades desaprovechadas y a un uso ineficiente de los limitados recursos económicos. Una mejor coordinación entre distintos colaboradores y la armonización con los organismos de las Naciones Unidas son factores importantes para alcanzar este Objetivo Estratégico. Asimismo, se deben efectuar intervenciones en un entorno de atención primaria de salud y en un contexto sensible a las características culturales.

En la Región, los conocimientos técnicos y la experiencia de los programas indican que existen intervenciones eficaces y asequibles para la mayoría de los problemas abarcados por este Objetivo Estratégico. Hay acuerdo general en que es necesario alcanzar el acceso universal mediante intervenciones claves. En la resolución CE124.R4 (AIEPI) y la resolución CD47/12 (salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño), el Consejo Directivo de la OPS llegó a un acuerdo sobre la acción necesaria a fin de alcanzar el acceso universal. Con este fin, la adopción de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que reconozca la influencia de los acontecimientos en los primeros años de vida y de los factores intergeneracionales en los futuros resultados de salud reducirá las disparidades y creará sinergia entre las distintas áreas programáticas, a la vez que representa un apoyo eficaz para lograr el envejecimiento activo y saludable.

En resumen, el reto crucial de este Objetivo Estratégico es ofrecer condiciones propicias para que todas las embarazadas, los lactantes, los niños, los adolescentes y los adultos puedan realizar su potencial humano y lograr su máximo desarrollo físico y cognoscitivo y la mejor calidad de vida.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Aplicación de la estrategia de *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia* (AIEPI), centrada en la atención de los niños menores de 5 años, no sólo en cuanto a su estado de salud en general sino teniendo en cuenta también las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos; intensificación de los esfuerzos para ampliar la cobertura de las intervenciones clínicas, domésticas y comunitarias a las poblaciones más vulnerables, incluidos los indígenas, y vinculación de la labor comunitaria con servicios y sistemas de salud.

- Promoción del desarrollo integral del niño, en particular su desarrollo psicosocial y afectivo, la estimulación temprana, la actividad física, prácticas de alimentación saludables, la prevención de maltrato de menores y los trastornos de salud mental, entre otros, por medio de la estrategia de AIEPI a nivel comunitario.

- Ejecución de la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (CD48/8) a fin de garantizar que la población joven reciba servicios de prevención, promoción y

atención de la salud de manera oportuna y eficaz por medio de sistemas sanitarios integrados. La Estrategia brindará apoyo a los Estados Miembros para que establezcan objetivos nacionales en cuanto a salud de los adolescentes y los jóvenes que incorporen intervenciones relacionadas con los principales temas de salud que afectan a la población joven,[14] por medio de estrategias de promoción y prevención.

- Aplicación de la estrategia de *Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI)*, que aborda el tema de la salud general del paciente, centrándose en el manejo y la prevención de las enfermedades crónicas, en vez de limitarse al tratamiento de las enfermedades agudas.

- Ejecución de la *Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas* a fin de reducir la carga de enfermedad, la discapacidad innecesaria y la muerte asociadas con el embarazo, el puerperio y el parto; ampliación de la cobertura de las intervenciones clínicas, familiares y comunitarias a las poblaciones más vulnerables, incluidos los indígenas, y vinculación de la acción comunitaria con servicios y sistemas de salud.

- Ejecución de la *Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna* con el propósito de fortalecer la capacidad técnica regional y el entorno político nacional a favor de la reducción de la mortalidad materna.

- Ejecución de la *Estrategia Mundial de la OMS para la Salud Reproductiva*, dirigida a gobiernos, organismos normativos de organizaciones internacionales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones.

- Prestar cooperación técnica a los Estados Miembros para crear sistemas y servicios sanitarios integrales e integrados de calidad para responder a las necesidades de la madre, los recién nacidos, los niños, los adolescentes, los jóvenes y los adultos mayores, haciendo hincapié en la atención primaria de salud, las desigualdades en materia de género y las inequidades crecientes en el ámbito de la salud que conducen a niveles elevados de mortalidad y morbilidad.

- Integración y armonización de programas e intervenciones en un proceso continúo de atención que abarque toda la vida y comprenda el hogar, la comunidad y diferentes niveles de los sistemas y servicios de salud.

- Promoción de intervenciones comunitarias con la participación activa de la comunidad para aumentar la demanda de servicios y apoyar la atención apropiada en el hogar durante toda la vida.

- Mejora de la vigilancia y de los sistemas de seguimiento y evaluación, que incluirán auditorías de todas las defunciones de niños menores de 1 año, la certificación médica de las defunciones, registros apropiados por servicio y unidad geográfica y la disponibilidad de servicios de estadística y epidemiología para facilitar las decisiones.

- Fomento de las alianzas con organismos bilaterales y de las Naciones Unidas para armonizar la acción orientada a ampliar las intervenciones y maximizar el uso de recursos.

- Elaboración de políticas y programas que amplíen los recursos humanos en los campos de la gerontología y la educación geriátrica tanto para las familias como para los proveedores de

[14] Ver sección *Temas y Desafíos* de este documento

servicios de la comunidad a fin de promover el envejecimiento activo y sano y prevenir el deterioro temprano (tanto físico como mental).

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que se fortalezcan los sistemas y servicios de salud en general, con el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia que funcionen y una fuerza laboral competente y bien motivada.
- Que se lleven a cabo procesos claves, como una mayor armonización del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país y la integración de los temas sanitarios en la planificación nacional y los instrumentos de ejecución.
- Que la voluntad política para llevar a cabo estas actividades se refleje en recursos técnicos y financieros adicionales para avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Riesgos:

- Las amenazas planteadas por la posibilidad de una pandemia de influenza en la Región, que desviaría recursos financieros y humanos.
- La inestabilidad política, las crisis económicas y los desastres naturales podrían revertir la dirección de algunos indicadores.
- La falta de voluntad política de los organismos donantes y los gobiernos para abordar debidamente las necesidades en materia de salud familiar y comunitaria.
- Debilitamiento del personal de salud debido a las huelgas, la migración, los cambios frecuentes en los cargos políticos y el recambio frecuente de personal capacitado.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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).

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	2	3	4
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva	7	11	13	16
4.1.3	Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable	11	15	17	18

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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	15	17	20
4.2.2	Número de revisiones sistemáticas de prácticas óptimas, investigación operativa y normas de atención realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana	0	5	7	10

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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	12	19	23

RPR 4.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	6	12	18
4.4.2	Número de guías e instrumentos elaborados y difundidos para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido	4	6	6	9

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	11	13
4.5.2	Número de países que aplican el enfoque de Prácticas Familiares Claves de la OMS/OPS a nivel comunitario para fortalecer la atención primaria de salud	9	10	11	13

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
4.6.1	Número de países con un programa en funcionamiento para el desarrollo de la salud del adolescente y el joven[15]	10	12	16	17
4.6.2	Número de países que aplican un conjunto integral de normas para proporcionar servicios de salud adecuados para adolescentes y jóvenes (Ej. manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN])	3	10	14	15

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
4.7.1	Número de países que han adoptado estrategias para proporcionar atención integral de la salud reproductiva	5	8	11	15
4.7.2	Número de países que han revisado su política de salud pública en relación con la salud sexual y reproductiva	7	10	11	12

[15] Se considera que un programa es funcional cuando tiene una antigüedad mayor de dos años, un plan de acción a mediano o largo plazo que se haya ejecutado durante el último año, una persona a cargo del programa y un presupuesto asignado

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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	7	10	12

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico está ideado para contribuir a lograr el bienestar humano mediante la reducción al mínimo de los efectos negativos de los desastres y otras crisis respondiendo a las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables afectadas por tales eventos. Se centra en fortalecer la capacidad institucional del sector salud en materia de preparativos y reducción de riesgos, al tiempo que se promueve un enfoque integrado, abarcador, multisectorial y multidisciplinario para reducir la repercusión de las amenazas naturales, tecnológicas o producidas por el hombre a la salud pública de la Región.

INDICADORES Y METAS

- 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.

- 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.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los países de la Región no están suficientemente preparados para responder a las consecuencias de los desastres. Conseguir que la asistencia internacional complemente la respuesta nacional sigue siendo un desafío. Los planes nacionales contra los desastres siguen centrándose en amenazas individuales en vez de abarcar varias amenazas y ser multinstitucionales.

Los desastres naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de su frecuencia y gravedad, en términos generales se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras y el deterioro de la infraestructura existente. Siguiendo el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, los hospitales seguros serán un indicador del nivel de vulnerabilidad en el sector salud.

Los desastres tecnológicos son, quizás, los factores de riesgo que menos se tienen en cuenta en los países que han alcanzado un determinado nivel de desarrollo industrial. Es poco lo que se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, y el sector salud está poco preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. Este riesgo probablemente aumentará con el desarrollo económico de los países y la globalización del comercio.

Los conflictos internos tienen una repercusión directa sobre la salud de la población. A pesar de que la situación en la Región es relativamente estable, se han producido conflictos internos en algunos países. Durante el próximo quinquenio es posible que surjan nuevas crisis.

La amenaza incipiente de una pandemia de influenza en 2005 puso de manifiesto que no se atribuye a las epidemias suficiente importancia en los planes nacionales para casos de desastres. Pese a los planes recientes, las instituciones de salud todavía están mal preparadas para hacer frente a esta clase de amenazas.

Debido a la proliferación de actores en el ámbito de los preparativos y la respuesta frente a los desastres, la coordinación se dificulta cada vez más y la competencia por los fondos aumenta progresivamente. Los actores principales en el campo de la reducción de las consecuencias de los desastres y la respuesta son: organismos de las Naciones Unidas como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM); organizaciones regionales y subregionales, como la Organización de los Estados Americanos (OEA), el Centro de Coordinación para la Prevención y Reducción de Desastres Naturales en Centroamérica (CEPREDENAC), el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE), la Agencia Caribeña de Respuestas de Emergencia ante el Desastre (CDERA por sus siglas en inglés); organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, como las sociedades nacionales de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, entre otros.

La respuesta nacional frente a las emergencias debe mejorarse en una gama amplia de áreas, incluidas el manejo de heridos en masa; el agua, el saneamiento y la higiene; la nutrición; la respuesta a los accidentes químicos y radiológicos; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud de la madre y del recién nacido; la salud mental; las preparaciones farmacéuticas; las tecnologías de salud; la logística; los servicios de información sanitaria; y la restauración de la infraestructura sanitaria.

Los procedimientos de las organizaciones de las Naciones Unidas no son particularmente idóneos para las actividades de respuesta operativa sobre el terreno.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Velar por la coordinación, eficacia y eficiencia de las actividades en cuanto a los preparativos, la respuesta y la recuperación con relación a la acción sanitaria en las crisis: la OPS/OMS será el líder del grupo integrado de salud de las Naciones Unidas para el continente americano cuando se requiera; esto se hará como parte de la participación de la OPS/OMS en el Proceso de Reforma Humanitaria de las Naciones Unidas.

- Establecer los preparativos y fortalecer la capacidad nacional de gestionar los riesgos y reducir la vulnerabilidad mediante: promoción de la causa, políticas y legislación actualizada, capacitación, estructuras apropiadas, información científica, planes y procedimientos, recursos y alianzas.

- Fortalecer el asesoramiento técnico y el liderazgo y mejorar la coordinación para que no haya ninguna deficiencia en emergencias futuras.

- Confeccionar una nómina de los expertos debidamente capacitados a los que puede llamarse en caso de emergencia. Se deben acordar los criterios y los procedimientos para la colaboración que incluya a todos los sectores.

- Colaborar con socios dentro y fuera del sector salud, incluidos gobiernos y sociedad civil, otros organismos de las Naciones Unidas, así como con mecanismos y redes, para llevar a cabo intervenciones oportunas y eficaces.

- Integrar la gestión de desastres dentro de la Oficina mediante la creación de capacidades técnicas y operativas en toda la OPS/OMS para apoyar a los países en las crisis, en particular para realizar evaluaciones de salud, movilizar recursos, coordinar la acción sanitaria, afrontar las carencias, prestar orientación y vigilar el desempeño de la acción humanitaria con relación a la salud y nutrición de las poblaciones afectadas.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos reciban un apoyo político decidido y recursos a todos los niveles.

Riesgos:

- Que los funcionarios de la OPS se distraigan de las prioridades del desarrollo debido a su participación en las actividades de respuesta a los desastres es una posibilidad real, ya que la respuesta humanitaria es muy exigente en cuanto al tiempo de los expertos y el apoyo administrativo.
- Que los grandes desastres que afectan a varios países, como los que ocurrieron durante las temporadas de huracanes fuertes del 2004 y el 2005, puedan afectar la ejecución de las actividades relacionadas con este Objetivo Estratégico.
- Que el trabajo en el área de preparativos para situaciones de emergencia y respuesta se perciba incorrectamente como una responsabilidad más que es secundaria al trabajo corriente de la Organización.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
5.1.1	Número de países que han elaborado y evaluado planes de preparación para casos de desastre para el sector salud	23	30	34	35
5.1.2	Número de países que aplican programas para reducir la vulnerabilidad de las infraestructuras de salud	9	20	24	30
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	12	14	15

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

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
5.2.1	Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias	4	6	7	7
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%	100%	100%

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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%	100%	100%
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%	100%	100%

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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%	100%	100%
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%	100%	100%

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
5.5.1	Número de países con capacidad para responder a emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos	15	19	24	30
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	24	26	28
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	29	30	32

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
5.6.1	Porcentaje de emergencias en las cuales el grupo orgánico de salud (cluster), definido por la Reforma Humanitaria de Naciones Unidas, se encuentra operacional, en caso que sea necesario	100%	100%	100%	100%
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	8	9	10
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%	100%	100%

RPR 5.7 **Se habrán ejecutado operaciones de emergencia, recuperación y rehabilitación en caso de que sea necesario.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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%	100%	100%
5.7.2	Porcentaje de intervenciones de rehabilitación en las cuales se ha ejecutado operaciones de salud en caso que sea necesario	100%	100%	100%	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud

ALCANCE

El trabajo de este Objetivo Estratégico (OE) se centra en las estrategias integradas, completas, multisectoriales y multidisciplinarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades para mejorar la salud y el bienestar colectivos; y en la formulación de políticas sociales y de salud pública para la reducción o prevención de los seis principales factores de riesgo.

INDICADORES Y METAS

- 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.)

- 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.)

- 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 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. **América Latina**- Línea de base: 11 países en el 2006. Meta: 20 países para el 2013. **Caribe**- Línea de base: 4 países en el 2006. Meta: 7 países para el 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los seis principales factores de riesgo: consumo de tabaco, régimen alimentario malsano, inactividad física, consumo de bebidas alcohólicas, drogas y sustancias psicoactivas, y comportamientos sexuales inseguros representan más de 60% de la mortalidad y al menos 50% de la carga de morbilidad mundial y en las Américas. Los factores determinantes ambientales y sociales desempeñan un papel importante. El desafío en la Región es ejecutar acciones intersectoriales integradas y promover las políticas públicas contra los factores de riesgo.

Las poblaciones pobres en los países de ingresos bajos y medianos son afectadas predominantemente. Si bien se ha hecho hincapié en el tratamiento de los efectos adversos de estos factores de riesgo, se ha prestado mucha menos atención a la prevención y cómo modificar eficazmente los factores determinantes.

El consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables en todo el mundo, y al menos 50% de las defunciones atribuibles al tabaco ocurren en los países en desarrollo. Causa un millón de defunciones en la Región cada año, y el Cono Sur tiene la tasa más elevada de mortalidad por causas relacionadas con el tabaquismo. El consumo de tabaco y la pobreza están estrechamente vinculados y las tasas de prevalencia son mayores entre los pobres. Afortunadamente, existen medidas eficaces y rentables para reducir el consumo de tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un tratado de base científica concebido para ayudar a reducir la carga de enfermedad y muerte causada por el consumo de tabaco. El desafío estriba en ratificarlo y ejecutarlo en toda la Región.

En el 2002, el consumo de alcohol causó un 5,4% de la mortalidad y un 10% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región; la mayor parte de la carga recayó en América Central y del Sur. Se calcula que el consumo de alcohol representó al menos 323.000 defunciones en ese año. Los traumatismos intencionales y no intencionales representaron cerca de un 60% de la mortalidad relacionada con el alcohol y casi un 40% de la carga de enfermedad relacionada con el alcohol. La mayor parte de la carga de enfermedad relacionada con el alcohol (83,3%) afecta a los hombres. También vale la pena mencionar que un 77,4% de la carga corresponde a la población de 15 a 44 años de edad; es decir, afecta principalmente a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos. El uso de drogas ilícitas y el mal uso de drogas prescritas son un problema creciente en la Región. Sin embargo, existe limitada información disponible para definir políticas públicas relacionadas con la prevención y el tratamiento de estos problemas. En algunos países de la Región, el consumo de drogas inyectables es una fuerza significativa detrás de la propagación rápida del VIH y otras infecciones transmitidas por sangre. El desafío estriba en enfatizar la prevención, crear servicios de salud para los usuarios de drogas, combatir el estigma y la discriminación, y asignar recursos suficientes.

Una disminución preocupante de los niveles de actividad física se ha generalizado en la Región. Mientras que la población físicamente activa (30 minutos de actividad física por lo menos 5 veces a la semana) en los Estados Unidos se ha mantenido en 30% durante más de un decenio, en América Latina y el Caribe se sitúa entre 40% y 60%. La inactividad física en la Región se ha visto impulsada por una mayor urbanización, el transporte motorizado, las políticas de zonificación urbana que fomentan la dependencia del automóvil y la falta de infraestructura para peatones y ciclistas. Además, el tiempo libre se pasa cada vez más en actividades como mirar la televisión y los juegos electrónicos.

En cuanto al régimen alimentario, la Región se caracteriza por el consumo bajo de frutas y verduras, granos integrales, cereales y legumbres. Esto se suma al consumo alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, entre ellos leche, carne, cereales refinados y alimentos procesados. Esta forma de alimentarse es un factor clave que aumenta la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Estudios de población efectuados en la Región revelan que, en el 2002, de 50% a 60% de los adultos y de 7% a 12% de los niños menores de 5 años de edad tenían exceso de peso o eran obesos.

El comportamiento sexual arriesgado contribuye significativamente al aumento de las consecuencias negativas para la salud como el embarazo no intencional, las infecciones de transmisión sexual (en especial la infección por el VIH/sida), y otras consecuencias sociales, emocionales y físicas que se han subestimado gravemente. La OMS calcula que el comportamiento sexual arriesgado ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo más importantes para la salud en los países con tasas de mortalidad elevadas. A nivel mundial, cada año 80 millones de mujeres tienen un embarazo no deseado, 46 millones optan por el aborto y se notifican 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y 5 millones de nuevas infecciones por el VIH. El comportamiento arriesgado no suele ocurrir por sí solo; por

ejemplo, el consumo peligroso de alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales arriesgados con frecuencia van juntos. Muchos de estos comportamientos no son el resultado de la toma individual de decisiones sino que reflejan las pautas existentes, las normas sociales y culturales, las inequidades, las desigualdades y los niveles de instrucción bajos. Por lo tanto, la OPS/OMS reconoce la necesidad de un enfoque de promoción de la salud integrado y completo y de estrategias preventivas eficaces.

Se necesita urgentemente una inversión adicional considerable en recursos económicos y humanos a todos los niveles para formar capacidad, así como para fortalecer las intervenciones nacionales, regionales y mundiales. Los Estados Miembros deben mostrar gran diligencia en promover la información y el compromiso político de actuar decididamente para promover la salud y los estilos de vida sanos y prevenir y reducir la frecuencia de los factores de riesgo.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Aplicar un enfoque integrado en la promoción de la salud y la prevención y la reducción de los principales factores de riesgo para aumentar las sinergias, mejorar la eficiencia general de las intervenciones y desmantelar los enfoques verticales actuales para la prevención de los factores de riesgo.

- Fortalecer el liderazgo y la rectoría de los ministerios de salud para lograr la participación efectiva de todos los sectores de la sociedad.

- Fortalecer la capacidad nacional de vigilancia, prevención y reducción de los factores de riesgo comunes.

- Mejorar el liderazgo y la promoción de la salud en los planos regional, nacional y local, y ampliar las actividades a todos los programas de salud pertinentes.

- Conseguir que cada país de la Región aplique la Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control Integrado de las Enfermedades No Transmisibles Crónicas respaldados por los Estados Miembros.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que se realicen inversiones económicas adicionales y en recursos humanos a fin de crear la capacidad necesaria para promover la salud y prevenir los factores de riesgo.
- Que se establezcan alianzas eficaces y colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias en relación con las políticas, los mecanismos, las redes y las acciones en las que participen todos los actores a nivel nacional, regional e internacional.
- Que haya un compromiso con la adopción de políticas, planes y programas completos e integrados para abordar los factores de riesgo comunes.
- Que se aumenten las inversiones en investigación, sobre todo las que tengan por objeto determinar estrategias de prevención eficaces basadas en la población.

Riesgos:

- Que el trabajo o la interacción con el sector privado presente riesgos relacionados con los intereses en pugna de las industrias, como la del tabaco, las bebidas alcohólicas, el

azúcar, los alimentos procesados y las bebidas sin alcohol. Por ello es necesario cumplir en todos los casos las reglas de conducta debida.

- Que los métodos integrados de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo perjudiquen la capacidad de los países para aportar la pericia adecuada para responder a las enfermedades y los factores de riesgo específicos, a menos que la masa crítica de expertos sea protegida y se obtenga el nivel de recursos necesario.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
6.1.1	Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud, con recursos asignados	11	15	18	20
6.1.2	Número de países con redes de escuelas saludables (o su equivalente)	7	10	13	15
6.1.3	Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS	0	2	4	5

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	15	20
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	15	23	30
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	8	10	12

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	3	5	7
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	2	3	4
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	10	17	23
6.3.4	Numero de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco	9	20	28	35

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	13	16	20

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	15	20
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	10	13	18

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.**

Ind.	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	9	10	11

OBJETIVO ESTRATÉGICO 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

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centra en el desarrollo y la promoción de la acción intersectorial sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud, entendida como el mejoramiento de la equidad de salud mediante la atención a las necesidades de los grupos sociales pobres, vulnerables y excluidos. Este objetivo pone de relieve los vínculos existentes entre la salud y factores sociales y económicos tales como el ingreso, la educación, la vivienda, el trabajo y la posición social.

INDICADORES Y METAS

- 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.
- 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.
- 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.

TEMAS Y DESAFÍOS

La equidad en salud es la gran meta a conseguir, que cuenta con el respaldo de los Estados Miembros de la OPS/OMS. En los últimos decenios, las disparidades a este respecto entre países así como entre diferentes grupos sociales y étnicos dentro de los países se han acrecentado, a pesar de los progresos médicos y tecnológicos logrados. La OPS/OMS y otros actores de los sectores de la salud y el desarrollo han hecho de la lucha contra la inequidad en salud una de sus prioridades más importantes y se han comprometido a apoyar a los países mediante una acción más eficaz encaminada a atender las necesidades sanitarias de los grupos más vulnerables (Informe sobre la salud en el mundo 2003, 2004 y 2006). Para alcanzar este objetivo será necesario ocuparse de los factores sociales y económicos que afectan las oportunidades de salud de la población. A fin de progresar sustancialmente en la equidad en salud, es indispensable adoptar un enfoque intersectorial, aunque a veces ello sea difícil desde el punto de vista político. Los ODM ponen de relieve el carácter profundamente interrelacionado de los procesos relativos a la salud y el desarrollo económico, la necesidad de coordinación entre múltiples sectores para alcanzar los objetivos de salud y la importancia de abordar los problemas de la pobreza, la desigualdad de género y la desigualdad racial o étnica.

Esta situación plantea dificultades para los ministerios de salud, que necesitan trabajar con métodos innovadores a fin de fomentar la colaboración intersectorial. Ello significa también intervenir en los factores sociales y económicos determinantes de la salud y en su relación con

los ODM y armonizar programas clave de salud orientados a sectores específicos a fin de responder mejor a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Entre los medios eficaces para aumentar los beneficios sanitarios para los grupos vulnerables cabe señalar la incorporación en las políticas y programas del sector salud de enfoques encaminados a mejorar la equidad, que sean favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, correctos desde el punto de vista racial y étnico y con fundamento ético. El Derecho Internacional de Derechos Humanos, consagrada en convenios y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos[16], ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias, así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos.

Los desafíos fundamentales para lograr lo antedicho comprenden: 1) desarrollar suficiente pericia con respecto a los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM, así como los relativos a la ética y los derechos humanos en los planos mundial, regional y nacional; 2) velar por que todas las áreas técnicas de la Oficina Sanitaria Panamericana en la Sede reflejen las perspectivas de los factores sociales y económicos determinantes (incluidos el género, el origen étnico y la pobreza), la ética y los derechos humanos en sus programas y su trabajo normativo; y 3) adoptar el método correcto para medir sus efectos. Este último desafío es especialmente importante, ya que el logro de una mayor equidad e igualdad sanitaria con respecto a los grupos más vulnerables pocas veces se pondrán rápidamente de manifiesto o serán fáciles de atribuir a intervenciones determinadas. Se necesitan modalidades innovadoras para determinar cómo se formulan, seleccionan e implantan las políticas, los programas, los planes, las leyes y las intervenciones. Hacen falta igualmente nuevas formas para determinar si las intervenciones logran producir los cambios previstos, además de medir los resultados sanitarios.

Los pueblos indígenas son culturalmente heterogéneos y habitan en una variedad de lugares que a menudo incluyen dos o más países, lo que complica las intervenciones destinadas a atender sus necesidades de salud. Otros desafíos para este tema son: crear o aumentar la concientización de los encargados de adoptar las decisiones; promover la participación efectiva de los pueblos indígenas en la toma de decisiones; y fomentar esfuerzos concertados para determinar, elaborar, dotar de recursos y poner en práctica un enfoque intercultural para abordar necesidades de salud de los indígenas, en lugar de imponer un modelo asistencial único. El mayor desafío que aún persiste es aumentar el acceso y la utilización de los servicios de salud por los pueblos indígenas, tanto a nivel local como nacional.

No hay suficientes estadísticas de población y sanitarias desglosadas por grupo étnico, sexo y grupos de edad, lo que impide que las decisiones se basen en datos basados en evidencias y en la evaluación adecuada de la situación sanitaria.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Fortalecer las estrategias y los planes nacionales para abordar todas las formas de desventaja y vulnerabilidad sociales que perjudican la salud y producen exclusión social; involucrar a la sociedad civil y a los interesados directos pertinentes, por ejemplo, mediante iniciativas comunitarias.

[16] De acuerdo con el derecho internacional vigente, los instrumentos de derechos humanos incluyen los "tratados" o "convenciones" regionales o internacionales negociados y formulados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas o de la Organización de los Estados Americanos, y los "estándares" internacionales o regionales, que son directrices consagradas en declaraciones, recomendaciones e informes emitidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea General de la OEA, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y organismos creados por los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OEA, entre otros. Véase el documento CD4 47/15 del 16 de agosto del 2006, 47.o Consejo Directivo, p.11-14. Puede consultarse en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf

- Corregir las causas fundamentales de las inequidades, la discriminación y la desigualdad en materia de salud con respecto a los grupos más vulnerables necesitará integración coordinada tanto por la Oficina como por los Estados Miembros para apoyar la incorporación de perspectivas éticas y basadas en los derechos humanos con respecto a la igualdad de género, étnica y racial y de lucha contra la pobreza en la formulación de guías y políticas y en la ejecución de programas sanitarios.

- Focalizar la cooperación técnica en: 1) los cinco países clave (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), 2) las zonas urbanas de los países de ingresos medianos donde se concentra la cantidad más alta de personas pobres, y 3) los pueblos indígenas, para cumplir los ODM.

- Llevar a cabo la iniciativa "Rostros, Voces y Lugares", cuyo objetivo es ayudar a las comunidades más vulnerables a cumplir los ODM al reducir la inequidad mediante el empoderamiento de las comunidades de América Latina y el Caribe.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que los ministerios de salud ejerzan su liderazgo para abordar todos los factores determinantes de la salud, adoptando un enfoque multisectorial y dando prioridad a los sectores que tienen una mayor repercusión en la salud.
- Que los planificadores y los ejecutores de los programas de salud estén dispuestos y sean capaces de incorporar en éstos estrategias que aumenten la equidad en favor de los pobres, y que sean sensibles al concepto de género y respetuosas de las diferencias étnicas y raciales, a pesar de las complicaciones técnicas y políticas.
- Que los gobiernos adopten y pongan en práctica las recomendaciones de la Comisión Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Que la salud y el bienestar de los pueblos indígenas sean una gran prioridad para los gobiernos nacionales y los organismos nacionales e internacionales.

Riesgos:

- Que no haya un consenso efectivo entre los socios en los países —incluidos organismos del Sistema de Naciones Unidas, otros socios internacionales y organizaciones no gubernamentales— con respecto a las políticas y los marcos para la acción.
- Que haya pocos análisis económicos, de género, étnicos y raciales, y de la pobreza en qué basarse.
- Que los gobiernos no respondan adecuadamente a las necesidades de salud de los pueblos indígenas; que escaseen las iniciativas de cooperación entre los pueblos indígenas y los gobiernos a este respecto.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
7.1.1	Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud	0	4	10	12

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
7.2.1	Número de experiencias de los países publicadas que abordan los determinantes sociales de la equidad en materia de salud	6	8	10	12
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	0	6	12
7.2.3	Número de países que han llevado a cabo la Iniciativa "Rostros, voces y lugares"	6	12	13	15

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).**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	4	6	9

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	10	11	18

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	6	12	18
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	15	22	28
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	10	15	20

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
7.6.1	Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas	3/21*	9/21	12/21	19/21
7.6.2	Número de países que incluyen variables étnicas en sus sistemas de información sanitaria	3	9	13	15
7.6.3	Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de grupos étnicos/raciales específicos	10	12	14	16

** El denominador se refiere a países con un número significante de población indígena*

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

ALCANCE

El trabajo de este Objetivo Estratégico (OE) se centra en lograr ambientes humanos sin riesgos, sostenibles y propicios para la salud, protegidos de peligros sociales, laborales, biológicos, químicos y físicos, y en promover la seguridad humana y la justicia ambiental para mitigar los efectos de las amenazas mundiales y locales.

INDICADORES Y METAS

- 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 a los Objetivos de Desarrollo del Milenio).
- 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).
- Número de países que ejecutan planes nacionales de salud de los trabajadores (basados 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.
- Número de países que tienen centros de información toxicológica. Línea de base: 14 países en el 2006 (estimado). Meta: 24 países para el 2013.
- 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 AVAD.)
- Número de políticas de salud ambiental sobre sustancias químicas, calidad del aire y agua potable adoptada por los países de la Región. Línea de base: 11, 7 y 13, respectivamente, en el 2007. Meta: 20, 12 y 20, respectivamente, para el 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los riesgos ambientales y ocupacionales influyen en gran medida en la morbilidad y la mortalidad de la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para analizar y establecer políticas públicas para afrontarlos. Los procesos modernos de producción introducen en la Región nuevos riesgos a la salud de origen químico, físico, biológico y psicológico, o agravan los que ya existían. Los países carecen de políticas de desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad social y la justicia ambiental. Estos riesgos afectan no sólo a la generación actual, sino también a las generaciones futuras, pues tienen efectos a largo plazo en la salud.

La rapidez de los cambios en los estilos de vida, la urbanización creciente, la producción y el consumo de energía, el cambio climático y las presiones sobre los ecosistemas podrían tener consecuencias para la salud pública y el gasto sanitario tanto a corto como a largo plazo. Sus consecuencias serán peores si el sector sanitario no toma medidas contra los actuales riesgos ambientales y laborales. Una acción sectorial eficaz apunta a reducir los riesgos en los entornos donde se producen: el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, las ciudades; y en sectores como el de la energía, el transporte, la industria, la agricultura y ganadería, el agua, el saneamiento y los desechos sólidos.

De interés particular en la Región, son las necesidades de los trabajadores en agricultura, empresas pequeñas, sector informal y los trabajadores migratorios. Estos trabajadores están en alto riesgo y a menudo no tienen acceso a los servicios de salud ocupacionales.

Los sistemas de salud necesitan con urgencia información adicional acerca de las repercusiones epidemiológicas de los riesgos ambientales clave y su prevención, y deben contar con los instrumentos necesarios para efectuar intervenciones primarias. Cada vez más se pide a los encargados de la formulación de políticas sanitarias que participen en los foros de desarrollo económico y de políticas, cuyas decisiones tienen consecuencias profundas y duraderas en la contaminación, la diversidad biológica, los ecosistemas y, por lo tanto, en la salud ambiental. Los profesionales de la salud, capacitados por lo común en el tratamiento individual de las personas, deben estar mejor equipados para seguir y sintetizar datos sanitarios y ambientales, así como orientar activamente las estrategias de protección, prevención y sensibilización del público, y responder a situaciones de emergencia.

Aunque el sector salud no puede aplicar políticas de desarrollo por su cuenta, sí puede facilitar datos epidemiológicos, así como los instrumentos, métodos y orientaciones necesarias para evaluar los efectos del desarrollo sobre la salud y para formular políticas o estrategias más sanas. Al mismo tiempo, se debe concientizar a los sectores que no están relacionados con la salud sobre los peligros de sus decisiones en ese ámbito a fin de que estén informados y en condiciones de actuar. Para ello es preciso fomentar la realización de evaluaciones integradas y la formulación de políticas intersectoriales, reuniendo en torno a una misma mesa tanto a los actores del sector sanitario como a los de otros sectores.

Más de 5 millones de niños mueren todos los años de enfermedades relacionadas con el medio ambiente y de afecciones tales como diarrea, enfermedades respiratorias, malaria y traumatismos no intencionales. Asimismo, millones de niños se ven debilitados por estas enfermedades o padecen afecciones crónicas vinculadas con su entorno, que van desde las alergias hasta las discapacidades mentales y físicas. La mayoría de las enfermedades y defunciones relacionadas con el medio ambiente pueden prevenirse aplicando estrategias y herramientas eficaces, de bajo costo y sostenibles.

América Latina es una de las zonas del mundo de mayor uso de plaguicidas. Por ejemplo, Centroamérica importa 1,5 kg de plaguicidas por habitante, cifra 2,5 veces superior al promedio mundial. En muchos países de América Latina todavía se importan plaguicidas prohibidos. Se necesitan leyes nacionales e internacionales más estrictas e intervenciones integrales.

Se reconoce cada vez más los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes y los metales pesados, como son el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no hay ningún sistema de información que permita analizar los riesgos y difundir conocimientos sobre la identificación, el control y la eliminación de estos riesgos.

El cambio climático y otros riesgos ambientales mundiales contribuyen al aumento de la actual carga sobre la salud. Entre sus repercusiones negativas cabe destacar mayores riesgos para la salud, nutrición deficiente, escasez de agua y aumento de las enfermedades de transmisión vectorial.

Los escapes accidentales y el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radiactivo requieren sistemas eficaces de prevención, vigilancia y respuesta a fin de contener o mitigar sus efectos perjudiciales para la salud.

El uso de productos de consumo ha cambiado en la Región y en muchos casos ocasiona nuevos riesgos para la salud. La principal herramienta para responder a los riesgos para la salud de los consumidores ha sido la revisión de los procedimientos de vigilancia y reglamentación sanitaria en la Región.

Se ha calculado que cada año ocurren en América Latina 5 millones de accidentes ocupacionales, de los cuales 90.000 son mortales, lo que equivale a aproximadamente 250 defunciones por día.

Un reto para los gobiernos locales es encontrar soluciones apropiadas, higiénicas y racionales para manejar las 360.000 toneladas de basura que se producen a diario en América Latina. Aunque la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua ha llegado a 90,3%, y 84,6% de la población de América Latina dispone de agua potable (datos del 2004), las poblaciones más vulnerables, que viven en zonas rurales y barrios pobres urbanos marginales, aún carecen de acceso a este recurso.

Las barreras de carácter político, legislativo e institucional que obstaculizan el mejoramiento de las condiciones ambientales son muchas y en varios países todavía faltan recursos humanos con una especialización adecuada en la evaluación y la gestión de riesgos. Por ese motivo, muchas veces las autoridades sanitarias nacionales y locales no están en condiciones de colaborar con otros sectores socioeconómicos en los que es preciso adoptar medidas de protección de la salud. El Programa 21, aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen el marco internacional de políticas necesario para la acción. Es imperativo mantener y ampliar la alianza estratégica entre los sectores de la salud, la educación y el trabajo.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Mejorar la alianza estratégica entre los ministerios de salud y ambiente para forjar nexos más fuertes entre los sectores sanitario y ambiental en materia de planificación y ejecución de políticas nacionales.
- Promover el cumplimiento de los ODM mediante las estrategias de salud ambiental de los niños en respuesta al plan de acción conjunto en materia de salud y ambiente acordado por los Ministros de Salud y de Ambiente reunidos en Mar del Plata en el 2005.
- Fortalecer las redes y promover la participación de los centros colaboradores y de referencia de varios sectores para promover la integración interprogramática e interinstitucional.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que el personal del sector salud adquiera cada vez más conciencia de que la carga de enfermedad asociada a los riesgos de salud ambiental está aumentando, según los datos basados en evidencias más recientes.
- Que los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los encargados de la formulación de políticas, los bancos y las organizaciones de la sociedad civil en los sectores de la economía que mayor incidencia tienen en la salud pública) den prioridad en medida creciente a la salud y que, en los procesos de adopción de decisiones, asignen un lugar central a las consideraciones sobre los costos y beneficios sanitarios de sus acciones.
- Que los socios en el desarrollo (centros colaboradores, organismos de cooperación, fundaciones, países beneficiarios y bancos) reconozcan progresivamente que reducir los riesgos ambientales para la salud contribuye en alto grado al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes.
- Que la reforma del sistema de las Naciones Unidas le permita a la OMS y la OPS ejercer un mayor liderazgo mundial en las esferas de la salud pública y el ambiente, y dar prioridad a las respuestas humanitarias y al desarrollo económico sostenible desde el punto de vista ambiental.

Riesgos:

- Que las expectativas de otros sectores con respecto a la posibilidad de obtener resultados rápidamente y reducir los riesgos de la salud ambiental superen la capacidad del sector sanitario para apoyar las acciones de los mismos.
- Que no se tenga acceso a información sobre las mejores opciones en materia de intervenciones sectoriales para mejorar la salud ocupacional y ambiental.
- Que sea débil o efímero el compromiso de mejorar la salud ambiental por parte de las autoridades dirigentes mundiales y los colaboradores en la esfera del desarrollo o el medio ambiente.
- Que siga siendo débil la respuesta de los sistemas de salud para reducir los distintos riesgos de salud ocupacional y ambiental y extirpar sus causas.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 8.1 **Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ej. calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales).**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	3	4	7
8.1.2	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución es apoyada por la OSP	5	5	5	6

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
8.1.3	Número de países que aplican normas, lineamientos o directrices de la OMS sobre salud ocupacional o ambiental	13	18	21	24
8.1.4	Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua potable hacia el cumplimiento del ODM 7	6	8	11	14

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 ej., niños y adultos mayores).

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	7	8	10

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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	15	17	20
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	4	5	6

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	3	3	4
8.4.2	Número de guías y herramientas de la OPS/OMS producidas intersectorialmente para la protección de la salud ambiental mundial	0	2	3	4

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	2	3	4
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	1	1	2

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
8.6.1	Número de estudios o informes sobre los efectos en la salud pública del cambio climático publicados o co-publicados por la OPS/OMS, o publicaciones revisadas por pares de autores/instituciones de Latinoamérica y el Caribe	N/A	0	1	2
8.6.2	Número de países que han ejecutado planes que permiten al sector salud responder a los efectos en la salud del cambio climático	N/A	0	3	5

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

ALCANCE

El trabajo relacionado con este Objetivo Estratégico se centra en el mejoramiento de la nutrición y la salud a lo largo de toda la vida, especialmente en el caso de los pobres y otros grupos vulnerables, así como en el logro del desarrollo sostenible de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Objetivo Estratégico aborda la inocuidad de los alimentos (a fin de que los peligros químicos, microbiológicos, zoonóticos y de otros tipos no representen un riesgo para la salud) y la seguridad alimentaria (accesibilidad y disponibilidad de alimentos apropiados).

INDICADORES Y METAS

- 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.

- 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.

- 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.

- 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 un período de 3 años, 2000-2003). Meta: 4% o menos para el 2013.

- 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.

TEMAS Y DESAFÍOS

La mayoría de los países deben hacer frente a una doble carga de enfermedad ya que en ellos concurre la obesidad y la desnutrición, lo que pone en peligro los empeños para alcanzar los objetivos de desarrollo. Esta carga de enfermedad doble afecta a los pobres y a los adinerados, tanto en términos relativos como absolutos, e impone exigencias enormes a los gobiernos, las personas y las familias debido a los altos costos económicos y sociales generados por los días de enfermedad y discapacidad, pérdida de la productividad y disminución de la calidad de vida. Además, la nutrición deficiente en todas sus formas, incluidas las carencias de micronutrientes, mengua gravemente la eficacia de otras intervenciones sociales y económicas debido a su repercusión directa sobre el sistema inmunitario y al mayor riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte. Por otro lado, es necesario considerar cuestiones fundamentales con respecto a la formulación de políticas y la ejecución:

Las políticas, los planes y los programas públicos no abordan eficazmente todas las necesidades nutricionales en los niveles regional, subregional, nacional y local. La mayoría de las políticas sociales y económicas a nivel nacional y local no incluyen actividades ni componentes relacionados con la nutrición. Los recursos económicos que se asignan para abordar las prioridades nutricionales de manera sostenible son insuficientes. Las redes funcionales de interesados directos (organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil, universidades, centros de investigación) para movilizar y asignar recursos humanos y económicos destinados al mejoramiento de la salud y la nutrición son débiles o inexistentes. Además, la mayoría de los países afrontan deficiencias en cuanto a las competencias y aptitudes de los recursos humanos en materia de análisis de políticas, planificación y evaluación.

Las deficiencias en la planificación y puesta en práctica de programas de capacitación se acompañan de deficiencias en el análisis de la alimentación y la nutrición para la toma de decisiones sistemática de políticas. En términos generales, los componentes y las actividades de alimentación y nutrición en los planes y programas a nivel nacional y local no se están vigilando y evaluando adecuadamente. El temario de investigaciones de ciencia y tecnología para la formulación de políticas a nivel nacional no incluye temas pertinentes para la alimentación y la nutrición con la asignación apropiada de recursos, lo que obstaculiza la difusión de las prácticas óptimas en la esfera de la salud y la nutrición. En cuanto al establecimiento de prioridades, la nutrición no está incluida en las iniciativas locales del gobierno como una estrategia que fomenta y contribuye al desarrollo local integral.

El desafío estriba en promover políticas públicas y sociales que aborden directamente las necesidades nutricionales a lo largo del ciclo de vida y los problemas de la transición nutricional a los niveles regional, subregional, nacional y local. Esto exigirá el aumento de la capacidad para el diseño, la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas con miras a lograr la sostenibilidad de las mismas.

La adopción de estrategias de prevención y de tratamiento eficaces destinadas a los grupos vulnerables para eliminar las carencias nutricionales y la nutrición deficiente suele ser defectuosa, lo que reduce sus posibles beneficios. Si bien el número de programas para llevar a la práctica las intervenciones nutricionales ha aumentado, las normas y guías que constituyen el criterio de referencia para administrar, vigilar y evaluar los efectos de las intervenciones nutricionales en los grupos vulnerables no se están difundiendo ni siguiendo de manera sistemática. En la Región, hay indicios de que los modelos de capacitación y transferencia de tecnología en realidad no están mejorando la capacidad del personal sanitario y de otro tipo para administrar y controlar la nutrición deficiente y las carencias nutricionales. En términos generales, la ausencia de evaluación y seguimiento sistemáticos de las intervenciones para prevenir y controlar la nutrición deficiente y las carencias nutricionales que generan datos, información y conocimientos para la toma de decisiones sigue siendo un problema.

Además, no se cuenta con información relativa a las carencias nutricionales y los factores de riesgo de la nutrición deficiente que sea fiable, actualizada, comparable y utilizada a los niveles nacionales e infranacionales para vigilar las condiciones nutricionales de diferentes grupos de población. En general, es necesario fortalecer las actividades para seleccionar, evaluar e intercambiar prácticas óptimas y lecciones aprendidas en materia de reducción de la nutrición deficiente y las carencias nutricionales.

El desafío consiste en eliminar las carencias nutricionales y la nutrición deficiente por medio de estrategias de prevención y tratamiento destinadas a los grupos vulnerables a lo largo de toda la vida y en caso de desastres.

La promoción de hábitos alimentarios saludables, de estilos de vida activos y del control adecuado de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición sigue siendo una prioridad baja para los gobiernos, los organismos y la sociedad. No se han ampliado las redes regionales, las asociaciones ni los acuerdos para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición y promover la nutrición adecuada y la actividad física a fin de incluir a países de ingresos bajos y medios que están experimentando la transición nutricional. En la mayoría de los países, la promoción de la alimentación saludable y de la actividad física basada en normas y guías no se integra en las iniciativas actuales de alimentación y nutrición. Las deficiencias en el diseño, ejecución y evaluación de las campañas de comunicación y sensibilización para promover la alimentación saludable y la actividad física han impedido la creación de conciencia y pericia a nivel nacional acerca de la necesidad de mejorar la capacidad de los sectores público y privado, relacionados o no con la salud, y de las organizaciones de la sociedad civil para promover los estilos de vida saludables. Es más, hay una carencia de bases de datos y sistemas de información sanitaria que generen información fidedigna, válida y de calidad sobre los niños y los adolescentes con sobrepeso u obesos para la toma de decisiones. Las prácticas óptimas y las lecciones aprendidas de las experiencias para reducir la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición no se están identificando, documentando ni difundiendo.

El desafío estriba en promover la adopción de hábitos alimentarios saludables, de estilos de vida activos y del control adecuado de las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad y la nutrición.

En las Américas, las actividades en el campo de la inocuidad de los alimentos están fragmentadas y a cargo de diversos actores cuyo mandato a menudo no está definido claramente.

El desafío consiste en disminuir la carga de enfermedad de las enfermedades transmitidas por los alimentos, establecer sistemas integrados y eficaces de inocuidad de los alimentos, que son vitales para mantener la confianza del consumidor en el sistema alimentario y que creen una base reglamentaria sólida para el comercio nacional e internacional de alimentos, que apoye el desarrollo económico.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Adoptar un enfoque que abarque el ciclo vital, los determinantes sociales, los derechos humanos y brinde apoyo a intervenciones interprogramáticas y multisectoriales.
- Formular y difundir las intervenciones multisectoriales orientadas a abordar los determinantes sociales de la nutrición.
- Fortalecer la promoción de la salud (incluidos los estilos de vida saludables y la actividad física), la atención primaria de la salud y la protección social.
- Fortalecer la capacidad del sector salud y otros sectores utilizando estándares.
- Apoyar las evaluaciones de riesgos y la comunicación de los riesgos.
- Brindar apoyo a los sistemas de información, el monitoreo y evaluación de programas, la investigación, y la sistematización y difusión de las buenas prácticas e intervenciones basadas en datos científicos.
- Fortalecer las alianzas, sociedades, redes y un foro regional sobre alimentación y nutrición.
- Fortalecer la movilización de recursos.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que la nutrición adecuada siga reconociéndose como un requisito fundamental para la salud y el desarrollo.
- Que la promoción de la salud y la prevención apoyen los cambios en los comportamientos individuales y creen entornos favorables para ayudar a las personas a tomar decisiones más fundamentadas para prevenir la desnutrición y las enfermedades producidas por los alimentos insalubres.
- Que el acceso a los alimentos adecuados y aptos para el consumo sea prominente en las agendas de política; los Estados Miembros mantengan su compromiso de aplicar políticas y planes amplios e integrados y establezcan o fortalezcan los programas nacionales de seguridad alimentaria, nutrición e inocuidad de los alimentos sobre la base de evidencia fiable y actualizada.
- Que los interesados directos, nacionales e internacionales, adopten una actitud positiva hacia la armonización de las medidas que facilitarán el trabajo coordinado para el logro de las metas comunes.

Riesgos:

- Que surjan agendas paralelas relacionadas con la salud, la nutrición, la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos debido a la falta de comunicación y coordinación entre los socios.
- Que la inversión y el compromiso político de los gobiernos en relación con la nutrición, la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos sea insuficiente.
- Que los desastres naturales importantes, como huracanes, sequías, erupciones volcánicas y otros, que pudieran ocurrir en varios países afecten gravemente la situación de la alimentación y la nutrición de las poblaciones vulnerables, así como la factibilidad de ejecutar intervenciones básicas en materia de nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	23	26	30
9.1.2	Número de países que han ejecutado intervenciones en materia de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	10	15	20	25

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	20	25	30

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
9.3.1	Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños	0	16	20	25
9.3.2	Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional acerca de una forma importante de desnutrición	12	15	20	22
9.3.3	Número de países que producen información basada en pruebas científicas en materia de nutrición y seguridad alimentaria	11	15	20	22

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	12	17	20
9.4.2	Número de países que han ejecutado estrategias para la prevención y el control de las deficiencias de micronutrientes	11	16	21	25
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	16	19	25

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	14	20	25
9.4.5	Número de países que tienen programas nacionales de preparación y respuesta para emergencias alimentarias y nutricionales	11	16	20	25

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	21	23	30
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*	6/11	9/11	11/11

** El denominador se refiere a países donde la fiebre aftosa es endémica*

RPR 9.6 **Cooperación técnica con los comités nacionales del Codex Alimentarius y la Comisión del Codex de América Latina y el Caribe.**

Ind.	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
9.6.1	Número de países que han adoptado las resoluciones de las reuniones del Codex Alimentarius	40	40	40	40

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico (OE) se centra en el fortalecimiento de los servicios sanitarios para que puedan prestar atención equitativa y de buena calidad a toda la población de las Américas y especialmente a los grupos más necesitados. La Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud y el documento de posición de la OPS acerca de la renovación de la atención primaria de salud en las Américas (CD46/13, 2005) constituyen el marco para consolidar los sistemas de atención de salud de los países de las Américas.

INDICADORES Y METAS

- 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.
- 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. (La red de atención de salud incluye todos los servicios de salud {públicos, seguridad social, comunitarios, privados, etc.} del país respectivo).

TEMAS Y DESAFÍOS

La Región de las Américas es una de las más desiguales del mundo, no sólo en la distribución de los ingresos sino también en cuanto al acceso a los servicios sociales. Hay inequidades profundas en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes países de la Región, así como dentro de cada uno de ellos. Se calcula que 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe no tienen acceso a los servicios básicos de salud (cerca de 27% de la población). Mientras que en Canadá 100% de los nacimientos son atendidos por personal de salud capacitado, esta cifra es de solo 24,2% en Haití, 31,4% en Guatemala y 60,8% en Bolivia. Dentro de los países, las inequidades afectan principalmente a las poblaciones de bajos ingresos, rurales e indígenas. Si bien es cierto que el promedio de utilización de los servicios de salud ha mejorado en los últimos años, las inequidades persisten o incluso han aumentado.

Varios tipos de barreras explican las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Algunas de ellas son sociales y culturales (nivel de educación, idioma, creencias culturales), económicas (capacidad de pago, tener o no seguro médico), geográficas (distancia de los servicios adecuados), institucionales (horario de trabajo, disponibilidad de medicamentos y de personal capacitado para atender las necesidades, preferencias y exigencias de la población, actitudes y comportamientos de los proveedores) e individuales (decisiones sobre el estilo de vida, creencias sobre la salud).

Hasta ahora, la mayoría de las iniciativas de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, donantes y organismos bilaterales y multilaterales han abordado las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios mediante la ampliación de la cobertura de servicios básicos en zonas desatendidas. Aunque este método es positivo, se ha basado en la oferta, prestando poca atención a las preferencias culturales y la realidad social del lugar. Se ha excluido a los usuarios y

los consumidores de la adopción de decisiones importantes con respecto a sus servicios de salud. Más aún, algunas de estas iniciativas se han visto obstaculizadas por problemas institucionales tales como falta de personal, escasez de medicamentos y horarios de atención inadecuados.

Otro desafío importante en la Región de las Américas es la calidad deficiente de la atención de salud. La falta de calidad hace que los servicios de salud sean ineficaces, ineficientes y costosos y conduce a la insatisfacción de los usuarios con los servicios. Los problemas de calidad pueden encontrarse en todos los niveles del sistema, desde el proveedor hasta los establecimientos y el sistema mismo.

Un problema frecuente en la mayoría de los países de la Región es la limitada capacidad de resolución de los servicios de atención primaria. Además de su poca eficacia y eficiencia, la mayoría de los servicios de atención primaria son reactivos y están fragmentados, están orientados a las enfermedades y son predominantemente curativos. En los servicios de atención primaria hay poca o ninguna participación individual y comunitaria, la colaboración intersectorial es deficiente y hay poca responsabilización por los resultados.

Otro problema importante es el rendimiento bajo de los hospitales en cuanto a los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Los hospitales no están haciendo lo suficiente para brindar la mejor atención posible a los pacientes, que son sometidos constantemente a procedimientos de diagnóstico o tratamiento ineficaces, innecesarios y hasta perjudiciales. Esta situación conduce al uso ineficiente de los recursos y a tasas elevadas de defunciones, infecciones nosocomiales y reingreso temprano. Una muestra de los procedimientos ineficaces o innecesarios es el nivel de variación de características similares, observado en los procedimientos en hospitales.

La falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención y los lugares donde se ofrecen servicios conducen a la duplicación de los servicios, a aumentos innecesarios de los costos, así como a la atención fragmentada e inoportuna.

Un problema particular de la organización y administración de los servicios tiene que ver con los sistemas de atención de urgencias. En muchas ciudades de la Región, los servicios de urgencia no se han organizado de forma sistemática y no están bien administrados. Aunque el desarrollo de los sistemas de servicios de urgencia no es una prioridad para la mayoría de los países (sólo cinco de los ocho encuestados aportan financiamiento del Estado para esos servicios), el aumento de la incidencia de traumatismos causados por colisiones en las vías de tránsito y de otros traumatismos graves, sumado a la carga de las enfermedades agudas, indican la necesidad apremiante de mejorar la eficacia de los sistemas de atención de urgencias.

La base principal de la promoción de servicios sanitarios eficaces con buenos métodos de gestión es la disponibilidad de información fidedigna, oportuna y exacta para tomar decisiones y transformar la información en conocimiento y acciones. Los análisis de la situación, las prácticas óptimas y los datos basados en evidencias sobre los servicios de salud y las necesidades de salud de la población son esenciales para exponer los factores fundamentales relacionados con los servicios que se prestan y la base para modificar la situación imperante y mejorar la salud de las poblaciones.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Ejecutar el enfoque de atención primaria de salud (APS) en todos los sistemas y servicios de salud de la Región sobre la base del documento de trabajo CD46/13 de la OPS/OMS y la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud.

- Fomentar el desarrollo institucional en el sector de la salud para mejorar la capacidad nacional en la puesta en práctica de las políticas sanitarias y aumentar la cobertura en salud.
- Promover el acceso universal a la información y el conocimiento para superar las asimetrías existentes en el acceso y para intercambiar información vital entre los países de la Región.
- Aprovechar las lecciones aprendidas, así como el intercambio de experiencias y de prácticas óptimas entre los países.
- Establecer asociaciones, alianzas y redes con gobiernos, universidades, centros de investigación, centros colaboradores, asociaciones profesionales y otros.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuesto:

- Que la estabilidad social y política se mantenga en la Región.

Riesgos:

- Que gran parte del aumento de los fondos para el sector salud aportados por fuentes externas se destine a intervenciones relacionadas con ciertas enfermedades, con lo cual disminuirán los recursos disponibles para enfoques que abarquen todo el sistema, y se reforzarán los programas verticales separados.
- Que la persistencia de la segmentación obstaculice la eficiencia del sistema de prestación de asistencia sanitaria y afecte su potencial para reducir la exclusión.
- Que las autoridades sanitarias se concentren en el primer nivel de la atención en detrimento del abordaje de las disparidades y las ineficiencias existentes en el segundo y el tercer niveles.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
10.1.1	Numero 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/WHO	14	18	21	23
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	8	11	14
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	3	5	8
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	0	6	12

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
10.2.1	Número de países que han ejecutado estrategias para fortalecer la gestión en los servicios de salud	3	14	17	20
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	8	10	13

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	19	22	24

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11

Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico procura mejorar el liderazgo y la gobernanza del sector salud, así como la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para ejercer su función rectora, que incluye la formulación de políticas, regulación y desempeño de las funciones esenciales de salud pública. De importancia capital para el logro de este objetivo, es el mejoramiento de los sistemas nacionales de salud y la producción de datos, información y conocimientos de buena calidad para la planificación y la toma de decisiones.

INDICADORES Y METAS

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

TEMAS Y DESAFÍOS

La incertidumbre, la complejidad y la turbulencia en un mundo sumamente interconectado pero desigual definen un panorama muy difícil para los sistemas de salud en la Región. Las agendas de política se han vuelto cada vez más complejas, y los ámbitos normativos rebosan de comunidades ampliadas de políticas y conocimientos, con redes y coaliciones de promoción de la causa que ejercen poder e influencia mediante la acción colectiva. Este ambiente en constante movimiento afecta la capacidad general del sector público para formular y ejecutar políticas, así como la calidad de su gobernanza y liderazgo. Para el sector salud y los sistemas de salud, esto se traduce en una capacidad a menudo debilitada de la autoridad sanitaria nacional para cumplir sus funciones esenciales de salud pública, para prever problemas, establecer prioridades frente a las exigencias en competencia, influenciar y negociar, además de administrar relaciones complejas con un número cada vez mayor de agentes. Por lo tanto, los desafíos cruciales son aumentar las capacidades del sector salud y de la autoridad sanitaria nacional para ejercer su

función rectora. La falta de acceso universal y la utilización deficiente de los servicios de salud afectan desproporcionadamente a los grupos de población vulnerables y aumentan la exclusión en materia de salud. La segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud y de las redes de prestación de servicios siguen siendo las características más resaltantes de esos sistemas y redes. Por consiguiente, la reducción de las desigualdades en las condiciones de salud y el aumento del acceso a servicios de salud personales y no personales representa retos considerables para los sistemas de salud.

Los marcos jurídicos y reglamentarios (obligaciones, papeles, funciones y definición de interacciones entre el sector público y el privado, y los actores sociales a los niveles nacional e internacional) son insuficientes para apoyar la aplicación de las garantías definidas en cada país. Es más, no siempre se protegen algunos requisitos fundamentales para aumentar el acceso, y lograr la protección social y el respeto hacia los derechos del paciente. La capacidad de asegurar la aplicación de las reglamentaciones también es débil. El desafío estriba en mejorar el desempeño de los sistemas de salud fortaleciendo su planificación estratégica, la formulación y el análisis de políticas, la legislación y la regulación; así como también su capacidad de asegurar el cumplimiento de la reglamentación.

Los sistemas de información sanitaria están fragmentados, y la producción de datos de calidad es desigual y a menudo estos no son fidedignos. Más aún, la disponibilidad y el uso de pruebas científicas y datos de calidad para la planificación y la toma de decisiones, que incluyan estadísticas vitales y sanitarias, así como datos epidemiológicos fiables, es limitada. Esto refleja las dificultades actuales que deben afrontar algunos países para determinar y satisfacer sus propias necesidades de conocimiento e información. Esto también es el resultado de la poca capacidad analítica de muchos países, así como de su incapacidad para utilizar nuevos métodos de medición. La naturaleza de los problemas de salud actuales exige datos sanitarios y de otro tipo oportunos y de calidad, desglosados por sexo, edad y lugar de residencia, además de una capacidad analítica sólida. Los desafíos consisten en producir sistemáticamente datos fidedignos de calidad con la periodicidad apropiada, aumentar la capacidad analítica y promover su uso para la toma de decisiones.

La investigación en salud es esencial para el desarrollo; no obstante, los sistemas nacionales de investigación suelen ser incipientes o demasiado débiles para atender las necesidades prioritarias en esta esfera, y para transformar sus conclusiones en contribuciones que mejoren los sistemas de salud. La escasez de producción científica regional refleja la fijación inadecuada de las prioridades para la investigación sanitaria, la inversión insuficiente y la falta de programas de investigación basados en necesidades. Los desafíos estriban en elaborar, ejecutar o fortalecer las políticas nacionales de investigación sanitaria con apoyo político y financiamiento suficiente; mejorar la capacidad para realizar investigaciones sanitarias de interés nacional, incluida la investigación sobre salud pública y los sistemas de salud; y traducir los resultados de las investigaciones en políticas y prácticas.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Elaborar y mantener un enfoque integral, adaptado a los contextos políticos, culturales, sociales y tecnológicos de cada país y que: promueva la participación y el establecimiento de asociaciones con los interesados directos pertinentes; establezca estructuras, procesos y capacidad sostenibles para alcanzar las metas y los objetivos nacionales; y fortalezca la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales.
- Ampliar y mejorar el acceso a la información y el conocimiento, y colmar la brecha entre conocimiento y práctica mediante el intercambio y la difusión de información sanitaria, conocimientos y tecnologías de comunicación.

- Establecer o fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria para generar, analizar y utilizar información fidedigna de fuentes públicas y privadas (por ejemplo, fuentes de datos administrativos, registros de enfermedades, vigilancia, datos de tamizaje, clínicos [a menos que estén protegidos por razones de privacidad] y de laboratorio, datos del registro civil, censo, encuestas, etc.), incluidas iniciativas concretas para lograr apoyo técnico y financiero y una colaboración importante de los interesados directos y socios pertinentes.
- Crear y mantener la capacidad necesaria para hacer investigaciones sobre problemas de interés nacional en las esferas de salud pública, políticas sanitarias y sistemas de salud, y transformar los resultados en políticas y prácticas. Un componente importante de este enfoque es la formulación de una política regional de investigaciones sanitarias.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que todos los interesados directos pertinentes estén comprometidos con el logro de la equidad en salud a la vez que se mantiene un liderazgo dinámico y la gobernanza.
- Que los socios externos cambien su modalidad de operación en cuanto a financiación y ejecución en el sentido de fortalecer las actividades nacionales, y apliquen los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo.
- Que se establezcan o se fortalezcan las alianzas estratégicas a la vez que se mantiene y amplía la participación de los interesados directos a los niveles nacional, subregional y regional.
- Que los Estados Miembros y los socios en favor del desarrollo utilicen cada vez más datos de calidad para la asignación de recursos, establecimiento de prioridades, y formulación de políticas y programas.

Riesgos:

- Que sea insuficiente la inversión internacional y nacional en los sistemas de salud, especialmente en los países de ingreso mediano, donde vive la mayoría de los pobres de la Región.
- Que las políticas públicas que mejoran la equidad sean insostenibles y la coordinación intersectorial sea débil.
- Que se prefiera invertir en soluciones a corto plazo no sostenibles, en lugar de aplicar mayor previsión e invertir en medidas a largo plazo que sean sostenibles.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
11.1.1	Número de países que han actualizado la legislación y los marcos regulatorios	5	8	10	12
11.1.2	Número de países que han formulado políticas, planes a mediano o largo plazo, o definido objetivos nacionales de salud	9	17	29	35

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
11.2.1	Número de países que han ejecutado procesos para fortalecer la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud	3	7	10	15
11.2.2	Número de países que ejecutan la Iniciativa regional de datos básicos de salud	9	16	19	27

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
11.3.1	Número de países que actualizan el análisis de la situación sanitaria al menos cada dos años	5	7	9	10
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	3	6	8
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	15	21	25

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
11.3.4	Número de países que monitorean los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	23	25	34	36

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	2	4	5
11.4.2	Número de países con comisiones nacionales destinadas a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica	12	15	18	20

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
11.5.1	Número de visitas a la página Web de la OPS	20 millones	30 millones	35 millones	40 millones
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	33	33
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	Integración de todas las bases de datos de salud técnicas de la OSP	Integración de la información de socios sobre salud y desarrollo	Plataforma creada y plenamente operativa
11.5.4	Número de Comunidades de Práctica establecidas y en uso en las entidades de la OSP	2	10	15	20

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12

Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

ALCANCE

Los productos médicos comprenden los medicamentos químicos y biológicos, las vacunas, la sangre y sus derivados, las células y los tejidos principalmente de origen humano, los productos biotecnológicos, los medicamentos tradicionales y los dispositivos médicos. Las tecnologías abarcan, entre otras, las utilizadas en pruebas de diagnóstico, imaginología, radioterapia y análisis de laboratorio. Las actividades previstas en el marco de este Objetivo Estratégico se centrarán en lograr un acceso más equitativo (en cuanto a disponibilidad, precios y asequibilidad) a tecnologías y productos médicos esenciales de calidad, con seguridad, eficacia y costo-eficacia garantizadas, y en promover un uso razonable y eficaz en función de sus costos.

INDICADORES Y METAS

- 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.

- 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.

- 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.

- 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 2006. 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.

TEMAS Y DESAFÍO

La tecnología de salud constituye la columna vertebral de los servicios de salud; sin embargo, el nivel de acceso a esta tecnología es muy diferente entre los países ricos y los pobres. Algunas tecnologías son intrínsecamente seguras, pero la gran mayoría no lo es, de modo que es necesario instaurar de manera sistemática medidas de control y garantía de calidad para evitar los efectos no deseados de su uso. Aunque la mayoría de los países en desarrollo no pueden costear la amplia gama de tecnologías sanitarias existentes, si éstas se eligen cuidadosamente,

un país podrá ofrecer a sus ciudadanos un servicio de salud seguro y fiable, aun cuando sus recursos sean limitados.

El costo de los productos médicos y las tecnologías sanitarias es considerable, especialmente en los países en desarrollo. Mientras que en la mayoría de los países desarrollados el gasto en productos farmacéuticos representa menos de la quinta parte del gasto sanitario total, tanto público como privado, en las economías en transición esto representa del 15% al 30% del gasto sanitario y del 25% al 66% en los países en desarrollo. En la mayoría de los países de ingreso bajo, los productos farmacéuticos representan el mayor gasto público en la esfera de la salud después de los costos de personal, y el mayor gasto sanitario de las familias. A pesar del posible efecto positivo sobre la salud que tienen los medicamentos esenciales la falta de acceso a los mismos continúa siendo un problema. A pesar del gasto sustancial en medicamentos, su uso irracional y la mala calidad de los mismos siguen siendo problemas graves de salud pública en todo el mundo. Los acuerdos de libre comercio que se están negociando o ejecutando en las subregiones y su repercusión sobre el acceso de la población a productos nuevos lanzados al mercado, constituyen otra inquietud para los Estados Miembros.

La mayoría de los programas nacionales de vacunación de la Región utilizan vacunas adquiridas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. La calidad de estas vacunas está asegurada por el sistema de precalificación de la OMS, que incluye no sólo la evaluación del fabricante y de las vacunas sino también la evaluación del organismo nacional de regulación, ya que la responsabilidad de la supervisión se delega a ese organismo.

La evaluación que hacen los organismos nacionales de regulación, utilizando los métodos estándar de la OMS, se ha convertido en una herramienta importante para determinar sus cualidades y puntos débiles en el cumplimiento de las funciones normativas básicas. Las principales causas que entorpecen el cumplimiento son: falta de estructuras orgánicas e independientes, falta de recursos humanos capacitados, falta de coordinación de las actividades e infraestructura deficiente.

La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja han calculado que, para que una comunidad disponga de sangre en cantidad suficiente para cubrir sus necesidades, es necesario recoger cada año un número de unidades de sangre equivalente al 5% de la población, es decir, 50 unidades por cada 1.000 habitantes. La tasa de donación acumulada para la Región de las Américas es de 24,5 unidades por 1.000 habitantes, lo que representa 20 millones de unidades recogidas para una población de 815 millones. La inequidad en la disponibilidad de sangre entre los países de la Región también se manifiesta dentro de los países, ya que algunas zonas urbanas grandes tienen acceso a la mayor parte de la sangre recogida. La donación voluntaria de sangre no sólo asegura la suficiencia y, por consiguiente, la disponibilidad de sangre, sino que también contribuye a su seguridad. Es menos probable que los donantes voluntarios de sangre hayan contraído una infección transmitida por transfusiones, especialmente si donan reiteradamente. Las altas tasas de prevalencia de marcadores de estas infecciones entre los donantes y el número de unidades de sangre que no son sometidas a tamizaje dan lugar a la transmisión de infecciones a los pacientes. Hay una correlación marcada entre la seguridad de la sangre y la disponibilidad y la eficiencia del sistema nacional de bancos de sangre.

El acceso al diagnóstico por imágenes en América Latina y el Caribe dista mucho de la situación de los países más desarrollados, donde la frecuencia anual es superior a 1.000 estudios por cada 1.000 habitantes. En 22 países de la Región la frecuencia es de alrededor de 150 por 1.000 habitantes, mientras en cinco países este valor está cerca de 20 por 1.000 habitantes, lo que representa 50 veces menos estudios para diagnósticos que en los países de ingresos altos. También se observa un desequilibrio en el acceso debido a los costos de estos servicios, la poca

cobertura de los seguros y la concentración en grandes zonas urbanas; la calidad es esencial para el logro de los resultados previstos del diagnóstico.

El acceso a los servicios de radioterapia es crítico. Los países desarrollados tienen de cuatro a cinco unidades de radioterapia de alta energía por millón de habitantes, en tanto que la mayoría de los países de la Región tienen menos de una unidad, y pocos profesionales de radioterapia.

Los costos relacionados con los servicios de diagnóstico por imágenes y radioterapia, en lo que se refiere tanto a la inversión de capital como a los costos operativos para su funcionamiento y mantenimiento, exigen que la planificación y la gestión estén bien estructuradas, lo cual no ocurre en la mayoría de los países. Esto puede ser todavía más crítico cuando se trata de equipos más complejos como los aceleradores lineales y los dispositivos de tomografía computadorizada, de resonancia magnética nuclear y de braquiterapia de alta dosis.

La infraestructura física y la tecnología para los servicios de salud no mejoraron notablemente en el período 2006-2007. La infraestructura y el equipo se deterioran y se desactualizan continuamente, mientras que los gobiernos no tienen una idea clara de cuál es la situación en el sector privado. Varios donantes y bancos están trabajando simultáneamente en el mismo tema y a veces se duplican los esfuerzos en esta esfera, mientras que la mayoría de los gobiernos carecen de programas concretos para reglamentar la importación, distribución, utilización y eliminación de los equipos.

La función de salud pública de los laboratorios comprende el establecimiento sostenible de un sistema de garantía de calidad en las redes de laboratorios, una marcada interacción con la vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades, una respuesta integrada en caso de brotes y el seguimiento del proceso de investigación epidemiológica. Es necesario apoyar y reorientar a las redes nacionales de laboratorios para que desempeñen una función más activa en la vigilancia sanitaria y en la atención aportando datos basados en evidencias para las intervenciones de salud.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Aportar apoyo y promoción de la causa a los Estados Miembros para la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas nacionales que facilitan el mejor acceso a tecnologías y productos médicos.
- Adoptar las herramientas para mejorar los sistemas de distribución de medicamentos que sean eficaces en función de los costos, haciendo hincapié en los servicios de salud pública y en los grupos de población destinatarios, por conducto del Fondo Estratégico de la OPS.
- Aplicar normas y estándares basados en evidencias internacionales, obtenidos mediante un proceso riguroso, transparente, abarcador y fidedigno.
- Promover un enfoque de salud pública para las cuestiones relacionadas con la innovación y los derechos de propiedad intelectual, y adaptar las intervenciones que han resultado eficaces.
- Definir, apoyar y ampliar las redes regionales para facilitar la aplicación de nuevas tecnologías.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que el acceso a las tecnologías y los productos médicos siga siendo un tema estratégico importante para los ministerios de salud.
- Que los planes subregionales de integración pongan en práctica marcos normativos armonizados que velen por la circulación de productos y tecnologías de calidad dentro de la Región.
- Que los sistemas de adquisiciones velen por la disponibilidad apropiada de las tecnologías y los productos para la salud.
- Que continúen la coordinación interinstitucional y las iniciativas conjuntas en este ámbito.

Riesgos:

- Que se invierta en tecnología e infraestructura sin un examen previo de necesidades y una evaluación posterior adecuada.
- Que en la negociación y aplicación de los acuerdos de libre comercio se introduzcan disposiciones restrictivas que obstaculicen el acceso a productos médicos y tecnologías en la Región.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
12.1.1	Número de países que han ejecutado políticas que promueven el acceso o la innovación tecnológica de los productos médicos	17/36*	23/36	25/36	27/36
12.1.2	Número de países que han establecido o fortalecido sus sistemas nacionales de compra, producción o distribución de productos médicos	15/36*	18/36	21/36	24/36
12.1.3	Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	8	10	12	17
12.1.4	Número de países que cuentan con instrumentos para evaluar el acceso a las tecnologías sanitarias	5	10	15	20
12.1.5	Número de países usando el Fondo Estratégico de Suministros Esenciales de Salud Pública de la OPS	10	11	15	18

** El denominador excluye a Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico y la frontera México-Estados Unidos*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
12.2.1	Número de países evaluados en sus funciones reguladoras de los productos médicos	0	3	9	13
12.2.2	Número de países que han ejecutado normas, pautas o lineamientos internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias	4	7	10	14

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
12.3.1	Número de países que cuentan con pautas para definir e incorporar tecnologías sanitarias	11/36*	14/36	17/36	20/36
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	24	27	28

** El denominador excluye Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico y la frontera México-Estados Unidos*

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13

Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios

ALCANCE

Los retos que plantean la Agenda de Salud para las Américas, el Llamado a la Acción de Toronto (2005), el marco de referencia para la formulación de planes nacionales y subregionales y la estrategia regional para el Decenio de los Recursos Humanos en Salud (2006-2015) guían el trabajo relacionado con este Objetivo Estratégico. Estos marcos abordan los distintos componentes del desarrollo, gestión y regulación de recursos humanos, así como las distintas etapas del desarrollo de la fuerza de trabajo —entrada, ciclo laboral y salida— haciendo hincapié en la formulación de planes y estrategias nacionales.

INDICADORES Y METAS

- 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 10.000 habitantes. Línea de base: 12 países en el 2006. Meta: 35 países (100%) para el 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

La mayoría de los países de la Región de las Américas enfrentan desajustes en la densidad, distribución y competencias de la fuerza laboral sanitaria. Esto favorece la prevalencia de las inequidades sociales y limita el acceso a los servicios de salud. Los desajustes y los déficit en materia de recursos humanos, el problema de la emigración, la debilidad de la reglamentación y la función rectora de la autoridad sanitaria nacional, las deficiencias en la educación y la capacitación en atención primaria de salud así como otros problemas, conforman el panorama de las dificultades para el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria en la Región.

La rectoría débil de la autoridad sanitaria nacional y su falta de políticas y planes para los recursos humanos prevalece en la mayoría de los países. El desafío estriba en definir políticas y planes a largo plazo para adaptar la mano de obra sanitaria a las necesidades de salud de la población y crear la capacidad institucional necesaria para ejecutar estas políticas y examinarlas periódicamente.

En el 2000, más de 163 millones de personas de las Américas residían en zonas donde la densidad de personal de salud estaba por debajo del nivel aconsejable de 25 por 10.000 habitantes, estipulado por la Organización Mundial de la Salud. Doce países tienen una densidad inferior a 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes. Aunque el 60% de los países tienen un número de trabajadores de salud que parece ser suficiente, la proporción que se encuentra en las zonas urbanas es mucho más alta, con lo cual se crea una escasez crítica en las zonas rurales. Aun cuando muchos países cuenten con el número necesario de profesionales, la composición de los equipos de salud suele estar desequilibrada: 19 países tienen más médicos que enfermeras. El desafío estriba en colocar a las personas indicadas en los lugares adecuados, para lograr una

distribución equitativa del personal sanitario en las diferentes localidades sobre la base de las diferentes necesidades de salud de la población.

Más del 72% de los países de las Américas han sufrido una pérdida neta de personal de salud debido a la emigración, lo que, en el caso del personal de enfermería crea una insuficiencia particularmente grave. Esta emigración ocurre desde los países menos desarrollados a los más desarrollados y ha afectado en especial al Caribe, donde hay una tasa de 35% de puestos vacantes de enfermería. En Estados Unidos y Canadá la escasez real de enfermeras es de más de 200.000 profesionales. El desafío estriba en promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y evitar así el déficit en este rubro.

En muchos países hay malas condiciones de trabajo y entornos laborales insalubres que fomentan la emigración y la escasez del personal sanitario. En una muestra de 13 países de la Región, la tasa de desempleo promedio para el personal sanitario era de 6,2%, siendo la tasa más alta de 16,8%. El desafío consiste en generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las instituciones sanitarias que promuevan entornos de trabajo saludables y fomenten el compromiso con la misión institucional, a fin de garantizar servicios de salud de calidad para toda la población.

Las tasas de deserción en muchos programas de formación de profesionales de salud son de más del 75% para los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud. La orientación de la educación en ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud es débil. Hay una brecha entre los requisitos de los servicios de salud y las competencias de los egresados de las escuelas de ciencias de la salud. El desafío reside en crear mecanismos de colaboración y cooperación entre el sector académico (universidades, escuelas) y el de servicios de salud a fin de adecuar la formación de profesionales de salud a un modelo de atención universal, que preste servicios equitativos y de buena calidad para satisfacer las necesidades de salud de toda la población.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Poner en práctica el Llamado a la Acción de Toronto, en el que 29 países de la Región y un número importante de organismos internacionales acordaron solicitar a todos los países movilizar la voluntad política, los recursos y los actores institucionales para contribuir a formar recursos humanos de salud. Esta es una manera de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de lograr el acceso universal a servicios de salud de calidad para todas las poblaciones de las Américas para el 2015.

- Responder a los países afectados por la crisis de personal sanitario y trabajar para mejorar la fuerza de trabajo sanitaria en la Región. Esto se hará mediante el fortalecimiento y la ampliación de los observatorios de recursos humanos; el mantenimiento de los sistemas de información; la formulación, el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los planes nacionales, subregionales y regionales; y el fortalecimiento de la capacidad nacional para la gestión integral de los recursos humanos, en el contexto del Decenio de los Recursos Humanos en Salud 2006-2015, para velar por que respondan a las necesidades de salud.

- Ampliar la capacidad y mejorar la calidad de las instituciones de enseñanza y de capacitación mediante el fortalecimiento de los sistemas educativos nacionales, especialmente las escuelas y las universidades; y apoyar la capacitación del personal sanitario a fin de que desarrolle aptitudes y competencias apropiadas.

- Lograr una combinación de aptitudes y una distribución geográfica de la mano de obra sanitaria que sean equitativas y equilibradas mediante la formulación de medidas eficaces de

despliegue y de retención, con incentivos concretos y estrategias creativas de gestión. Promover y establecer asociaciones a todos los niveles, facilitar los convenios con otros organismos, crear redes de instituciones de excelencia, fortalecer la capacitación de los gerentes de recursos humanos en todos los países y crear una red regional, fijar indicadores y normas basados en definiciones acordadas internacionalmente y apoyar las iniciativas para la integración horizontal y la cooperación entre los países.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que continúen los esfuerzos regionales, subregionales y nacionales para promover el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria, incluidos en el Llamado a la Acción de Toronto.
- Que las alianzas intersectoriales e interinstitucionales en apoyo al desarrollo del personal sanitario sigan fomentando la participación activa de todos los interesados directos, incluidos la sociedad civil, las asociaciones profesionales y el sector privado.

Riesgos:

- Que el financiamiento del desarrollo del personal sanitario disminuya a niveles tan bajos que afecte los presupuestos y los incentivos para el despliegue del personal a las zonas subatendidas.
- Que los países afectados por la crisis de personal sanitario sigan siendo incapaces de asumir el liderazgo de la situación y de manejar la respuesta a esta crisis por sus propios medios.
- Que las fuerzas del mercado sigan ejerciendo una presión excesiva que fomente el éxodo de profesionales ("fuga de cerebros") a otros países y zonas urbanas, o el cambio hacia otras profesiones.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	16	19	28
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	3	4	6

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	18	23	29
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	29	31	36

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
13.3.1	Número de países que han establecido una política de carrera del personal de salud	4	7	10	14
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	9	13	17

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
13.4.1	Número de países con mecanismos conjuntos de planificación entre las instituciones de formación y los servicios de salud	4	10	15	23
13.4.2	Número de países con políticas para reorientar la educación en ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud	4	7	10	13
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	9	12	15

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
13.4.4	Número de países que participan en el programa de líderes en salud internacional de la OPS	0	18	25	25
13.4.5	Número de países con sistemas de acreditación de los programas de formación de las ciencias de la salud	13	0	16	20

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
13.5.1	Número de países que analizan y vigilan la dinámica de la migración de los trabajadores de la salud	5	10	15	20
13.5.2	Número de países que participan en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud	4	7	10	16

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14

Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico (OE) se centrará en el financiamiento colectivo y sostenible del sistema de salud y protección social, y en la protección de las familias contra los gastos en salud catastróficos. Los principios estipulados en la resolución WHA58.33 y en la resolución CSP26.R19, aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2002, "Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo", orientarán las actividades relacionadas con este Objetivo Estratégico.

INDICADORES Y METAS

- Aumento del porcentaje de 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.
- 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.
- 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 promedio, según la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos para los países industrializados es de 20%).

TEMAS Y DESAFÍOS

La organización y el financiamiento de un sistema de salud son factores determinantes importantes de la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, la segmentación y la fragmentación predominantes en los sistemas de salud ocasionan desigualdades e ineficiencias en el uso de los recursos del sector, a la vez que limitan todavía más el acceso de los más pobres y de las poblaciones más vulnerables. El desafío estriba en ampliar la protección social en materia de salud de manera eficiente.

Los niveles del gasto sanitario, especialmente del gasto público, siguen siendo insuficientes —o se utilizan de manera ineficiente— para lograr una oferta adecuada de servicios de salud, lo que obliga las familias a efectuar pagos de bolsillo que afectan a la economía familiar y aumentan el riesgo de empobrecimiento. La reducción de la carga económica de las personas y las familias es un reto importante.

Muchos actores regionales, subregionales y nacionales participan en el trabajo relacionado con este Objetivo Estratégico. Tratar con esta amplia gama de actores es un gran reto. Los principales son el sector privado, las instituciones financieras internacionales, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), la Conferencia Interamericana

de Seguridad Social (CISS), el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), organismos de integración subregional como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA); y socios bilaterales de desarrollo, ministerios de trabajo y de la seguridad social, de finanzas y de tesorería, de planificación, bancos centrales e institutos nacionales de estadística, así como universidades y centros de investigación.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Participar en la promoción de la causa para aumentar la voluntad política a fin de obtener financiamiento predecible, sostenible y colectivo de la protección social en materia de salud a los niveles nacional e internacional.
- Obtener datos fiables y conocimientos, incluida la información sanitaria estratégica especial para fundamentar las decisiones de política sobre los mecanismos de financiamiento colectivo equitativos para reducir los gastos del paciente.
- Fortalecer la capacidad nacional, especialmente de los ministerios de salud y las instituciones de la seguridad social, para promover el diálogo social con la sociedad civil y los interesados directos pertinentes y para mejorar la protección social en materia de salud.
- Fortalecer la capacidad del gobierno nacional para alinear y armonizar los recursos internacionales de la cooperación, de acuerdo con la Declaración de Paris.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que el acceso universal y equitativo a los servicios de salud siga siendo el objetivo más importante para los gobiernos de la Región, con una ejecución gradual de acuerdo con la capacidad de cada país.
- Que los recursos humanos, económicos y tecnológicos para la protección social en el sector salud se sigan asignando, que estén disponibles y que se usen de manera eficiente.

Riesgos:

- Que los recientes aumentos en el financiamiento para la salud en los países se destinen a unos pocos programas verticales de salud en detrimento del financiamiento de la atención universal.
- Que el aumento del financiamiento de fuentes externas fomente la segmentación del sistema y debilite las instituciones del sector, reduciendo la función de rectoría de la autoridad sanitaria al crear mecanismos paralelos y segmentados de financiamiento, seguros de salud y prestación de servicios.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
14.1.1	Número de países con planes de desarrollo institucional para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento	7	10	12	15

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	3	5	7
14.2.2	Número de países que cuentan con estudios sobre gastos catastróficos en materia de salud, la pobreza y las desigualdades	1	1	3	6
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	2	4	8

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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 Informe sobre la salud en el mundo de la OMS	24/35*	31/35	33/35	35/35
14.3.2	Número de países que han institucionalizado la producción periódica de Cuentas de Salud/Cuentas Nacionales de Salud armonizadas con el sistema estadístico de las Naciones Unidas	3	16	21	24

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	0	10	15

** El denominador se refiere a los Estados Miembros de la OPS (países de las Américas solamente)*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
14.4.1	Número de países con planes de seguro y otros mecanismos para ampliar la protección social en materia de salud	8	10	11	12
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	13	15	16

RPR 14.5 **Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para alinear y armonizar la cooperación internacional en salud.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	5	7	8

OBJETIVO ESTRATÉGICO 15

Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico (OE) facilita el trabajo de la Oficina destinado a asegurar el logro de los demás Objetivos Estratégicos. Abarca tres áreas amplias y complementarias: 1) liderazgo y gobernanza de la Organización; 2) apoyo de la Oficina a los Estados Miembros manifestado por su presencia en los países y su interacción con cada uno de ellos, con los sistemas de las Naciones Unidas y el Interamericano, y con otros interesados directos; y 3) el papel de la Organización en movilizar la energía colectiva y la experiencia de los Estados Miembros y otros actores para influir en los asuntos sanitarios de importancia mundial, regional y subregional.

INDICADORES Y METAS

- 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 en el período 2007-2011. Línea de base: 0 países en el 2007. Meta: 19 países para el 2013.

- Número de países que tienen una Estrategia de Cooperación en el País (ECP) acordada con el gobierno, con una evaluación cualitativa del grado en que los recursos de la OPS/OMS son armonizados con 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.

- 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.[17] Línea de base: 0 países en el 2007. Meta: 15 países para el 2013.

[17] *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo: protagonismo, armonización, convergencia, resultados y responsabilidad mutua*, París, 2 de marzo de 2005. La OMS está trabajando con la OCDE, el Banco Mundial y otros interesados directos a fin de adaptar la Declaración de París a la salud. A medida que el proceso vaya avanzando, las siguientes metas irán orientándose más hacia la salud: 50% de la asistencia oficial para el desarrollo se proporcionará por medio de programas coordinados compatibles con las estrategias de desarrollo nacional; 90% de las adquisiciones posibilitadas por dicha asistencia se efectuarán por medio de los sistemas de adquisiciones de los países asociados; disminución de 50% en la asistencia no desembolsada en el ejercicio económico para el cual fue programada; 66% de la asistencia proporcionada en el contexto de enfoques programáticos; 40% de las misiones de país de la OMS realizadas de forma conjunta; 66% del trabajo analítico de la OMS sobre la salud en los países realizado de forma conjunta.

TEMAS Y DESAFÍOS

Es necesario apoyar eficazmente a los Cuerpos Directivos de la OPS y sus decisiones deben acatarse de manera receptiva y transparente. Para lograr que esto ocurra, la Oficina debe establecer líneas claras de autoridad, responsabilidad y rendición de cuentas en la Organización, en particular cuando las decisiones y los recursos se están descentralizando a los lugares donde se ejecutan los programas.

No hay suficiente información sobre el grado de aplicación de las resoluciones de los Cuerpos Directivos de OPS en la Región. El desafío de la Oficina estriba en establecer un sistema de vigilancia para dar seguimiento a la ejecución de las resoluciones a los niveles regional, subregional y de país.

El suministro de información sanitaria fidedigna y oportuna es un problema crucial para la Región. Las capacidades de la Organización deben fortalecerse para hacer frente a la demanda cada vez mayor de información sobre salud y comunicarla interna y externamente de una manera oportuna y consistente a todos los niveles.

A nivel regional, deberían fortalecerse ciertos mecanismos para que los interesados directos puedan hacer frente a los asuntos de salud de una manera transparente, equitativa y eficaz. La Oficina debe procurar que las instancias normativas sanitarias nacionales y los asesores participen plenamente en los foros internacionales que traten temas relacionados con la salud. Los numerosos actores de la esfera de la salud pública, fuera del gobierno y los organismos intergubernamentales, necesitan contar con foros para contribuir de una manera transparente a los debates mundiales y nacionales sobre políticas relativas a la salud, así como para desempeñar una función destinada a lograr una buena gobernanza y rendición de cuentas.

La Oficina afronta el problema constante de cómo concentrar más la atención de su trabajo para satisfacer las necesidades de salud de cada país. Esto exige estrategias de cooperación en los países (ECP) enunciadas con claridad, que reflejen las prioridades del país y sean consistentes con este Plan Estratégico. El desafío estriba en conseguir que todos los niveles de la Oficina (mundial, regional, subregional y nacional) estén incluidos en las ECP. La presencia de la Oficina debe coincidir con las necesidades y el nivel de desarrollo del país pertinente.

Varios asuntos de salud requieren intervenciones de salud subregionales. Además, los procesos subregionales de integración abarcan muchos temas cruciales para la salud pública. La Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS estableció la asignación de recursos al nivel subregional, y se han formulado Planes de Trabajo Bienales para todas las subregiones. El desafío estriba en concebir Estrategias de Cooperación Subregional que emulen a la ECP, representen la planificación estratégica para la Oficina a este nivel, y orienten los Planes de Trabajo Bienales a nivel subregional.

Un motivo de gran preocupación es el de lograr la equidad en el acceso a la información y al conocimiento por todos los públicos teniendo en cuenta la brecha en cuestiones informáticas. Las poblaciones indígenas y rurales se ven afectadas particularmente, por lo que debe prestarse atención especial a las peculiaridades multilingües de estas poblaciones. El desafío estriba en conseguir que las decisiones y las medidas tomadas estén fundamentadas en la información más actualizada y pertinente. Esto exige iniciativas regionales para mejorar el acceso equitativo a la información, que tengan en cuenta el idioma y la cultura de los públicos respectivos, así como el acceso y el uso libre de los instrumentos de información existentes. Un desafío conexo consiste en la necesidad de efectuar un cambio paradigmático en nuestras creencias, actitudes y comportamientos con respecto al intercambio de la información y el conocimiento.

Si bien ha habido un aumento de la disponibilidad de recursos externos para la salud a nivel mundial, se considera que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe tienen un nivel de ingresos medios o medios altos y como tales no reúnen las condiciones requeridas o no son prioritarios entre los proveedores tradicionales de recursos. Además, muchos asociados tradicionales han descentralizado sus operaciones de financiamiento al nivel de país. El desafío estriba en cómo guiar a la Oficina para que desempeñe una función de apoyo a los países que les permita aprovechar la ayuda de los nuevos socios emergentes y no tradicionales, como el Fondo Mundial contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria o la Fundación Gates. La Oficina afronta el reto doble de movilizar recursos para sí misma y para los Estados Miembros.

El número cada vez mayor de actores que apoyan al sector salud crea varios riesgos tales como la duplicación de esfuerzos, costos altos de las transacciones y requisitos de rendición de cuentas variables tanto a nivel de los gobiernos como de los socios, así como un alineamiento escaso con las prioridades del país. La OPS/OMS tiene que seguir desempeñando una función proactiva, además de concebir mecanismos innovadores para administrar o participar en las alianzas mundiales, regionales, subregionales y nacionales con miras a que la estructura sanitaria internacional sea más eficiente y responda mejor a las necesidades de los Estados Miembros.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Lograr este Objetivo Estratégico exigirá que los Estados Miembros y la Oficina trabajen en estrecha colaboración. Más concretamente, las medidas fundamentales deben consistir en encabezar, dirigir y coordinar el trabajo de la OPS, fortalecer la gobernanza de la Organización mediante una mayor participación de los Estados Miembros y el apoyo eficaz de la cooperación técnica de la Oficina, y comunicar eficazmente el trabajo y el conocimiento de la OPS/OMS a los Estados Miembros, otros socios, los interesados directos y el público en general.

- Colaborar con los países para impulsar los planes de acción sanitaria a nivel mundial y regional, y trasladar la realidad y las perspectivas del país a las políticas y prioridades mundiales. Los diferentes niveles de la Oficina se coordinarán sobre la base de una presencia eficaz en el país que refleje las necesidades y prioridades nacionales e integre principios comunes de igualdad de género y equidad de salud. A nivel nacional, la Oficina promoverá enfoques multisectoriales, formará la capacidad institucional para el liderazgo, la gobernanza y la planificación del desarrollo sanitario, y facilitará la cooperación técnica entre países.

- Promover la creación de asociaciones y de alianzas estratégicas para lograr resultados de salud equitativos a todos los niveles; fomentar la adopción de enfoques armonizados para el desarrollo sanitario y la seguridad sanitaria con organizaciones de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, otros organismos internacionales e interesados directos. La OPS seguirá participando activamente en el debate sobre la reforma del sistema de las Naciones Unidas. Promover la función de la OPS como agente para la movilización de los recursos destinados a los Estados Miembros, además de la movilización más convencional para la Oficina. Entre otras consecuencias, esto supone: 1) la necesidad de preparar a las entidades en los países para desempeñar funciones nuevas que incluyen movilización de recursos a nivel de país procedentes de fuentes internacionales y nacionales, y 2) velar por que la participación de la OPS en los mecanismos de coordinación a nivel de país se haga mediante un enfoque integral multidisciplinario y multisectorial.

- Promover a la OPS como fuente e intermediaria fidedigna de investigaciones, políticas y conocimientos basados en evidencia por medio de asociaciones amplias y no tradicionales, de la colaboración y de sistemas integrados de datos. La OPS desempeñará una función de

convocatoria para el diálogo en torno a los asuntos de salud de importancia mundial, regional, subregional y nacional.

- Abordar los problemas de la información y el conocimiento a nivel de las personas, los procesos y la tecnología en las esferas del intercambio de conocimientos, la gestión del contenido, las políticas y la tecnología, con lo cual la Oficina se convertirá en: 1) una fuente fidedigna de información de salud pública: 2) una organización basada en el aprendizaje: 3) una organización de formación de redes y alianzas, y 4) una organización basada en la colaboración.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que se fortalezca la responsabilidad y rendición de cuentas de los gerentes en el contexto del marco de gestión basada en resultados.
- Que los cambios en el entorno externo e interno durante el período del Plan Estratégico de la Oficina no alteren fundamentalmente ni el papel ni las funciones de la OPS/OMS. La OPS/OMS debe ser capaz de responder y adaptarse a los cambios externos, como los que resulten de la reforma del sistema de las Naciones Unidas.

Riesgos:

- Que la reforma del sistema de las Naciones Unidas tenga consecuencias para la ejecución de los programas de la Oficina.
- Que el número cada vez mayor de alianzas ocasione la duplicación de esfuerzos entre iniciativas, costos altos de transacción para el gobierno y los donantes, responsabilización confusa y falta de alineamiento con las prioridades y los sistemas del país.
- Que la tendencia de la cooperación internacional en la Región continúe disminuyendo.
- Que no haya voluntad política para ejecutar las principales iniciativas relacionadas con la salud en la Región.
- Que la Región no sea considerada como una prioridad por las instituciones que aportan recursos para la salud.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
15.1.1	Porcentaje de resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS que se centran en políticas y estrategias	40%	45%	50%	55%
15.1.2	Porcentaje de los proyectos de supervisión terminados que evalúan y mejoran los procesos para la gestión y el control de riesgos y la gobernanza	0%	40%	70%	90%
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 los socios, cooperación técnica entre países [CTP], promoción de la causa para la misión de la OPS/OMS y planes de trabajo bienales, e informes) a tiempo y dentro del presupuesto	43/69*	57/69	61/69	69/69
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%	90%	95%	100%
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/servicios, en sus Planes de Trabajo Bienales	N/A	N/A	40/54**	54/54**

** El denominador se refiere al número total de entidades de la OSP*

*** El denominador incluye las entidades de la OPS de país, subregionales y las técnicas y estratégicas del nivel regional. No incluye las entidades administrativas ni las oficinas de la gerencia ejecutiva*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	30	32	35
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	30	32	35

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
15.2.3	Número de países donde se evalúa conjuntamente con el gobierno y los asociados pertinentes el plan de trabajo bienal	17	20	30	35
15.2.4	Número de subregiones de la OSP que tienen una Estrategia de Cooperación Subregional (ECS)	0/5*	1/5	3/5	4/5
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**	25/29	27/29	29/29
15.2.6	Número de Entidades Subregionales y de País de la OSP que han ejecutado polílicas 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**	25/29	27/29	29/29

** El denominador se refiere al número de subregiones de la OSP*

*** El denominador se refiere al número de entidades de la OSP fuera de la sede central en Washington DC: 27 entidades de país más 2 entidades subregionales (CPC y USMBFO)*

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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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	27/27	27/27
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	10	17	25
15.3.3	Porcentaje de declaraciones de cumbres que reflejan el compromiso de impulsar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	N/A	50%	70%	75%
15.3.4	Porcentaje de solicitudes de país que la OPS ha cumplido para la movilización de recursos procedentes de socios externos	75%	85%	90%	95%

** El denominador se refiere a países donde existe una Representación OPS/OMS*

OBJETIVO ESTRATÉGICO 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

ALCANCE

Este Objetivo Estratégico (OE) abarca los servicios que apoyan el trabajo de la Oficina a todos los niveles, para que el trabajo programático comprendido en los Objetivos Estratégicos 1 al 15 se haga de manera eficiente y eficaz. Abarca la planificación estratégica y operativa y la presupuestación, desempeño, seguimiento y evaluación, coordinación y movilización de recursos, gestión de recursos humanos y financieros, aprendizaje institucional, servicios legales, tecnología de la información, adquisiciones, apoyo operativo y otros servicios administrativos.

INDICADORES Y METAS

- Porcentaje de Resultados Previstos a nivel Regional (RPR) logrados en los Objetivos Estratégicos del 1 al 15, medido a través de los indicadores de los RPR. Línea de base: no aplicable. Meta: 80% de Resultados Previstos a nivel Regional logrados para el 2013.

- Costo-efectividad de las funciones que hacen posible el que hacer de la Organización, medida por el porcentaje asignado a este Objetivo Estratégico en relación al presupuesto total de la Oficina. Línea de base: 17% en el ejercicio 2006-2007. Meta: 15% para el 2013.

TEMAS Y RETOS

Los socios y los contribuyentes esperan un aumento de la transparencia, la responsabilidad y la rendición de cuentas, tanto en materia de resultados cuantificables como en la utilización de los recursos financieros. La Oficina sigue considerando la gestión basada en resultados (GBR) como el principio operativo fundamental para mejorar la eficacia, la eficiencia, el alineamiento con los resultados y la responsabilidad y rendición de cuentas. En la Oficina, hay algunos marcos, procesos y herramientas habilitadores para la GBR. Estos son el Marco de la gestión basada en resultados de la OMS; y el nuevo Marco de Planificación Estratégica y Operativa de la OPS, lo que incluye las mejoras al AMPES. A pesar de este progreso, los procesos de gestión no incorporan cabalmente un enfoque de GBR. Las herramientas clave que faltan para lograr que los gerentes utilicen los datos y análisis del desempeño basados en los resultados son los marcos de gestión y de rendición de cuentas.

Se han efectuado reformas importantes en el proceso de planificación de la OPS para lograr el alineamiento con el Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas y, además, mejorar la rendición de cuentas y la transparencia ante los Estados Miembros. El principal reto que subsiste para el período de planificación es cambiar la cultura y los procesos de gestión de la Organización para ejecutar plenamente un enfoque de GBR, que comprenda el seguimiento y la evaluación del desempeño, así como la rendición de cuentas por los resultados.

Las entidades técnicas y administrativas de la Oficina tienden a funcionar de manera vertical y no coordinada, lo que da lugar a la duplicación, omisión y uso ineficiente de los recursos. El desafío estriba en lograr que los gerentes trabajen de forma interprogramática.

A pesar de que se ha mejorado el seguimiento y la preparación de informes sobre los recursos en toda la Organización, el porcentaje cada vez mayor del presupuesto de la Organización que proviene de contribuciones voluntarias (en contraposición con el presupuesto ordinario) plantea retos, en especial debido a la razón alta entre los costos del personal de planta y los costos del personal que no es de planta.

Hace falta mayor flexibilidad en la gestión de los recursos, además de la utilización interna más eficaz de los recursos para lograr el alineamiento con el Presupuesto por Programas y una reducción de los costos de las transacciones.

Con respecto a la gestión de los recursos humanos existen varios retos. Debe fortalecerse la contratación de mujeres para puestos profesionales y promover la postulación de profesionales provenientes de países que no están suficientemente representados. La implementación de la política de cooperación centrada en los países exige un mayor movimiento de personal de un lugar a otro; no obstante, la OPS no tiene una política o programa formal de rotación y movilidad. La edad promedio del personal profesional es 50 años de edad y aproximadamente 31% de esas personas se jubilarán en los próximos cinco a siete años; la Oficina afronta el reto de mejorar la planificación de sucesión.

La función de adquisiciones de la Oficina está experimentando una modificación importante, ya que pasará de apoyar principalmente las necesidades de las áreas técnicas y administrativas de la Oficina en la Sede y las Representaciones en los países para apoyar fundamentalmente las adquisiciones importantes relacionadas con la salud para los Estados Miembros. Esto exige cambios esenciales en la estructura, el personal y los procesos para esta función.

Los sistemas de información de la Oficina apoyan la gestión basada en resultados pero funcionan de manera independiente y no están integrados. El reto planteado por el nuevo proceso de planificación consiste en lograr un nivel más alto de integración y coherencia entre todos los sistemas de la Oficina, a la vez que se actualiza gradualmente aquellos sistemas anticuados. Al mismo tiempo, deben simplificarse los procesos administrativos, mejorando el control y los indicadores del desempeño. Esto debe contribuir a una mayor eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, descentralización y delegación de autoridad. La OMS está comenzando la implementación del Sistema Mundial de Gestión (GSM), que funcionará como una plataforma instrumental de tecnología de la información para la gestión basada en resultados y la gestión de los conocimientos, que aportará una perspectiva mundial de los programas de salud pública de dicha Organización. Los sistemas de información de la Oficina responderán a los requerimientos del GSM.

Han aumentado las amenazas potenciales, como la influenza pandémica o el terrorismo. La Oficina necesita recursos considerables para abordar estas amenazas y lograr la continuidad de su funcionamiento. El desafío estriba en movilizar estos recursos cuando no se conoce el momento en que estos sucesos ocurrirán.

Se han emprendido varias iniciativas que han formulado recomendaciones para ajustar las estructuras de la Oficina y los procedimientos para que la Organización responda más eficazmente a la evolución de las necesidades de los Estados Miembros. El desafío estriba en lograr que las medidas de desarrollo institucional necesarias para ejecutar estas propuestas y sus repercusiones sean aceptadas, se comprendan, se ejecuten con prontitud y no ocasionen perturbaciones innecesarias de las actividades en curso.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Lograr la aplicación plena de la gestión basada en resultados en toda la Oficina, para todo el ciclo de planificación, ejecución (seguimiento y evaluación del desempeño), evaluación y ajuste programático.
- Apoyar una mayor delegación de autoridad y rendición de cuentas por los resultados en el contexto de la GBR, velando por que la toma de decisiones y la asignación de recursos se haga lo más cerca posible del lugar donde se ejecutan los programas.
- Ofrecer incentivos para el aumento del trabajo interprogramático a todos los niveles de la Organización.
- Ejecutar un programa de planificación estratégica de los recursos humanos, centrado en la planificación de la sucesión, que tenga en cuenta la colocación del personal de acuerdo a las competencias y las necesidades, la rotación, la movilidad y el desarrollo del personal.
- Adoptar una estrategia de desarrollo institucional para conseguir que la Oficina responda mejor a las necesidades y mandatos de los Estados Miembros en el período de planificación y más allá, que abarque un sistema para el seguimiento del progreso.
- Conseguir que la movilización de recursos para la OPS esté totalmente subordinada a los Objetivos Estratégicos de la Organización y sea coherente con ellos.
- Fortalecer la función de coordinación de recursos, para conseguir todos los recursos necesarios para los períodos de elaboración del Programa y Presupuesto.
- Ejecutar a cabalidad la Política del Presupuesto Regional por Programas, según lo han aprobado los Cuerpos Directivos de la OPS.
- Poner en práctica las recomendaciones de los 11 equipos de la Hoja de Ruta para alcanzar los cinco Objetivos Estratégicos para el cambio institucional.
- Fortalecer las capacidades y competencias administrativas y de gestión a todos los niveles en la Oficina.

SUPUESTOS Y RIESGOS

Supuestos:

- Que los cambios en el ambiente externo e interno, que tienen probabilidad de producirse en el período de seis años abarcado por el plan, no modifiquen fundamentalmente el papel y las funciones de la OPS.
- Que los Estados Miembros sigan apoyando el trabajo de la Oficina mediante el financiamiento oportuno y suficiente a todo lo largo del proceso de elaboración del Programa y Presupuesto de la Organización, incluidas las contribuciones voluntarias.

Riesgo:

- Que los esfuerzos constantes de la Oficina para "hacer más con menos" repercutan en la ejecución de los programas, con lo cual podría poner en riesgo la calidad de sus servicios. Esto podría afectar el conocimiento institucional, la calidad de la cooperación técnica, los controles apropiados y la rendición de cuentas.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 16.1 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.

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
16.1.1	El marco de gestión basada en resultados (GBR) se ha ejecutado	En proceso	Marco de GBR aprobado por la Gerencia Ejecutiva	Capacitación en GBR completada para todo el personal de la Oficina	Marco de GBR ejecutado
16.1.2	El Plan Estratégico de la OPS y los documentos de Programa y Presupuesto (elaborados en el contexto de la GBR, 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 proceso	PP* 2010-2011 aprobado por los Cuerpos Directivos	PP 2012-2013 aprobado por los Cuerpos Directivos	PE 2013-2017 aprobado por los Cuerpos Directivos
16.1.3	Porcentaje de progreso hacia las metas de reasignaciones de recursos entre los tres niveles de la OSP de acuerdo a la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS	33%	67%	100%	100%
16.1.4	Porcentaje de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que logran más del 75% del Resultado Previsto Específico de cada Oficina	N/A	50%	75%	90%
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 Gestión Ejecutiva de la OSP, luego de ser sometidos a revisión por pares	50%	80%	90%	100%

* Programa y Presupuesto

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
16.2.1	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) aplicadas en la OPS/OMS	IPSAS no aplicadas	IPSAS aprobadas por los Estados Miembros	IPSAS aplicadas	IPSAS aplicadas
16.2.2	Porcentaje de Objetivos Estratégicos que cubren por lo menos el 75% de su brecha no financiada al final del bienio	N/A	50%	60%	70%
16.2.3	Porcentaje de contribuciones voluntarias no específicas (fondos flexibles cuyas restricciones llegan solo hasta el nivel de OE)	5%	10%	13%	15%
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%	0.80%	0.70%	0.50%
16.2.5	Prácticas financieras solventes, certificadas por una opinión de auditoría "sin reservas"	Opinión de auditoría sin reservas	Opinión de auditoría sin reservas	Opinión de auditoría sin reservas	Opinión de auditoría sin reservas
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%	75%	80%	90%

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) un desempeño y una gestión de los recursos humanos eficaces y equitativos, c) fomentar el desarrollo del personal, y d) velar por el comportamiento ético.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
16.3.1	Porcentaje de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana con planes de recursos humanos aprobados por la Gestión Ejecutiva	15%	75%	98%	100%
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%	50%	70%	75%
16.3.3	Porcentaje de comités de selección que trabajan con el nuevo marco de referencia aprobado por la Gestión Ejecutiva, el cual incluye una evaluación psicométrica para los puestos clave	N/A	100%	100%	100%
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%	<1%	<1%
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	80	120	150

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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%	40%	60%	80%
16.4.2	Grado de cumplimiento de las metas de servicio establecidas para los servicios de Tecnología de la Información	0%	50%	60%	75%
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*	35/35*	35/35*

** El denominador se refiere a las 27 entidades de país, 2 entidades subregionales y 6 Centros Panamericanos.*

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.**

Ind.	Texto del Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
16.5.1	Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre ellos, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentación) medido mediante encuestas bienales	Baja (satis-facción clasificada como menos de 50%)	Media (satisfacción clasificada como 50%-75%)	Alta (satis-facción clasificada como más de 75%)	Alta (Satis-facción clasifica-da como más de 75%)
16.5.2	Porcentaje de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana durante emergencias regionales	0%	50%	75%	100%
16.5.3	Porcentaje de los parámetros internos alcanzados o superados por los servicios de traducción	60%	70%	75%	80%
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/A	Principios orientado-res elabora-dos	Reglas corpora-tivas elabora-das	Sistema de gestión de adquisi-ciones ejecutado
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%	90%	95%	100%

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.**

Ind.	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
16.6.1	Sistema de rendimiento corporativo ejecutado	N/A	Sistema creado	Sistema ejecutado	Sistema ejecutado
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%	100%	100%
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%	75%	80%	100%

Ind.	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013
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 de acuerdo a sus Planes de Trabajo Bienales	75%	90%	95%	100%
16.6.5	Número de políticas y prácticas de recursos humanos que abordan el balance entre el trabajo y la vida personal, salud y seguridad de la fuerza de trabajo de la Organización desarrolladas y ejecutadas	2	6	10	14
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/A	Software adquirido y plan de ejecución aplicado	Aplicado en todas las entidades de la OPS y vinculado a los planes de desarrollo del personal	Evaluacio-nes de 360 grados aplicadas

UNA EJECUCIÓN EFICIENTE Y EFICAZ

86. Durante los cinco últimos años, la Oficina Sanitaria Panamericana ha ejecutado varias iniciativas de cambio institucional que representan una reorientación fundamental de la manera en que desempeña sus funciones. Los cinco objetivos establecidos por la Directora para el cambio institucional (véase a continuación) condujeron al establecimiento de equipos interfuncionales con el mandato de buscar la mejor forma de alcanzar dichos objetivos. Estos equipos, denominados "equipos de la Hoja de ruta para la transformación de la OSP", en gran parte han concluido su trabajo.

87. Además, la Oficina se mantiene firme en el compromiso de continuar llevando a la práctica los resultados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de 2004 y el informe sobre las actividades de los servicios de supervisión interna durante el período de planificación 2008-2012.

Objetivos de Cambio Institucional y los Equipos de la Hoja de Ruta

88. Este Plan Estratégico incorpora RPR e indicadores para medir el logro de los cinco objetivos en relación con el cambio institucional:

a) Centrar más la atención en los países;
b) Establecer un foro regional;
c) Convertirse en una organización discente y basada en conocimientos (lo cual incluye el foro regional);
d) Mejorar los métodos de gestión, en particular mediante la gestión basada en resultados;
e) Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica.

89. Los equipos de la Hoja de ruta han concluido su trabajo y formulado recomendaciones a la Dirección. Los cambios resultantes en las modalidades y los enfoques de la administración del trabajo se están incorporado en la actividad de la Organización durante el año 2007. Los 11 equipos de la Hoja de ruta trabajaron en los siguientes temas: cooperación centrada en los países, planes regionales de salud pública, comunicación externa, comunicación interna, gestión de los conocimientos, aprendizaje y fomento del liderazgo, normas para la responsabilización y la transparencia, foro regional, movilización de recursos, examen institucional de la Unidad de Apoyo a los Países y estrategia de recursos humanos.

90. En consonancia con su índole integral, este plan incorpora y reemplaza las iniciativas anteriores en materia de cambio y fortalecimiento institucional. Los informes sobre la ejecución de este plan constituirán los medios principales para la rendición de cuentas de la Oficina a los Estados Miembros en esta área.

Estrategias de Cooperación en los Países

91. Por décadas, la OSP ha trabajado a nivel de país en forma descentralizada con los planes de trabajo bienales (anteriormente el "Programa y Presupuesto Bienal" o BPB por su sigla en inglés) en cada representación. La Estrategia de Cooperación en los Países (ECP) se introdujo en años recientes. La ECP es el mecanismo de planificación estratégica de la OPS/OMS a nivel de país. Ha probado ser un elemento vital para la política centrada en el país. La ECP refleja una visión de mediano plazo para la cooperación técnica de la OPS/OMS en un país determinado y define el marco de referencia estratégico para el trabajo conjunto. Este marco establece las

prioridades que han sido acordadas entre el país y la OPS/OMS, y subraya lo que la OSP deberá hacer.

92. La ECP representa un equilibrio entre las prioridades nacionales y las orientaciones y las prioridades estratégicas regionales (así como mundiales). La ECP guía directamente los planes de trabajo bienales de las representaciones de la OPS/OMS. El plan de trabajo bienal es un verdadero plan de país, donde confluyen todas las iniciativas de todos los niveles de la Organización (mundial, regional, subregional y nacional).

93. A mediados del 2007 se completaron 11 ECP, 7 estaban en sus estadios finales y 9 estaban programadas para ser completadas en el 2007 o a principios del 2008.

94. Los Estados Miembros reconocen el valor agregado de la presencia a nivel de país de la OSP, como ha sido definida en la ECP y dirigida por el Representante del país. Este Plan estratégico reconoce y aprovecha esas fortalezas. La relación entre el Plan Estratégico de la OPS y la Estrategia de Cooperación en los Países es recíproca.

Estrategias de cooperación subregionales (ECS)

95. La Estrategia de cooperación subregional (ECS) es el mecanismo de planificación estratégica a nivel subregional. La ECS refleja la visión de mediano plazo para la cooperación de la OPS/OMS con una subregión determinada del continente americano y define un marco de referencia estratégica para el trabajo conjunto. Este marco establece las prioridades acordadas entre la subregión y la OPS/OMS y resaltando lo que hará la OSP.

96. La ECS es un instrumento vital de la OPS/OMS para la armonización con los procesos de integración subregional en las Américas, incluyendo planes y estrategias, así como la convergencia con asociados en el ámbito subregional. La ECS se utiliza como base para el diálogo, la promoción a favor de la movilización de recursos y la planificación. En general, es elaborada con una visión de cuatro a seis años, pero su duración puede ser menor. La ECS guía los planes bienales de las entidades subregionales de la OSP.

Gestión basada en resultados

97. La implantación en curso en la Oficina de la gestión basada en resultados (GBR) tiene dos metas principales: 1) que la Oficina se centre sistemáticamente en la obtención de resultados durante la planificación, ejecución y evaluación de sus programas, y 2) que se mejore la rendición de cuentas y la transparencia ante los Estados Miembros.

98. Durante casi dos decenios, la Oficina ha formulado planes y presupuestos orientados a obtener resultados; el mismo Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) se basa en el enfoque del marco lógico utilizado en la GBR. La cultura del trabajo orientado a la consecución de resultados no es nueva en la Oficina; lo que es nuevo para el período de planificación 2008-2012 a este respecto es lo siguiente (algunos de estos elementos se mencionan con más detalles en otras partes de este documento):

a) Los Resultados Previstos de la Organización son consistentes desde el nivel más alto hasta el más bajo de planificación. La cadena de resultados puede verse en el diagrama 5, que figura a continuación. Por primera vez se pueden agregar indicadores de los resultados en los diferentes niveles, lo cual permite mejorar el seguimiento del desempeño y los informes al respecto (véase más adelante la sección sobre Seguimiento y Evaluación del Desempeño, y Evaluación independiente).

b) Los Resultados Previstos Específicos de cada Oficina (RPEO) contribuyen al logro de los Resultados Previstos a nivel Regional (RPR) mediante la agregación de indicadores. Por lo tanto, cada RPR representa el esfuerzo institucional y colectivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, del cual es responsable. Esto es un concepto nuevo (véase el diagrama 6 más abajo).

c) Los indicadores específicos de la gestión basada en resultados figuran en el Objetivo Estratégico 16.

d) El marco de rendición de cuentas se elaborará y se ejecutará de conformidad con el nuevo marco de rendición de cuentas de la OMS.

e) Además del marco de rendición de cuentas, se expedirá una nueva delegación de autoridad, armonizando el grado de autoridad con la responsabilidad por los resultados.

f) Se terminará de establecer el marco de gestión para proporcionar orientación a los gerentes de todos los niveles a fin de que puedan realizar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente posible.

g) La Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos (SARA) permitirá asignar los recursos (incluido el personal) en condiciones óptimas para alcanzar los objetivos y los Resultados Previstos de la Organización.

h) La creación de la función de evaluación independiente conducirá a una cuantificación más objetiva de los logros programáticos tras la ejecución de los programas y contribuirá al desarrollo de la Oficina como organización discente.

99. Con la aplicación de estas medidas, la Oficina seguirá estando a la vanguardia de la aplicación e integración de la gestión basada en resultados en el sistema de las Naciones Unidas. Los siguientes diagramas ilustran la relación entre los resultados en diversos niveles de la Organización y los RPR como el foco principal para la Oficina.

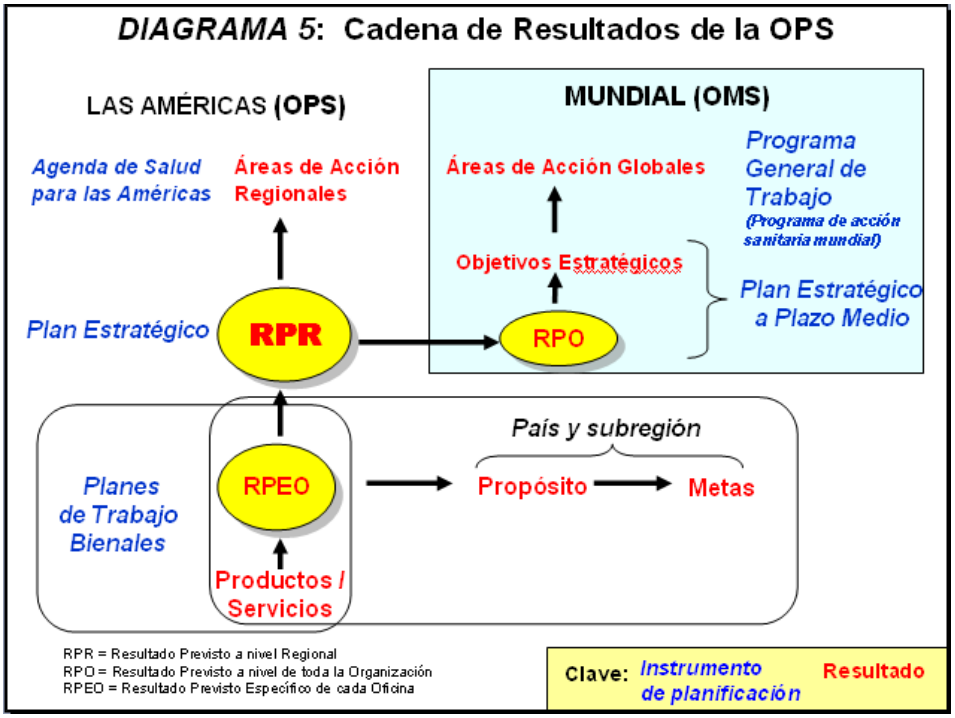
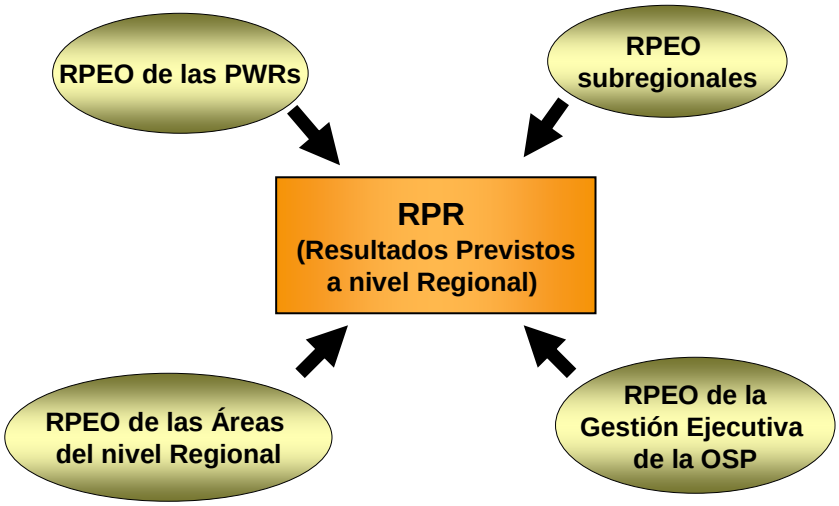


DIAGRAMA 6: **Todos los Resultados se Agregan a los RPR**

Los RPR representan el esfuerzo institucional y colectivo de la OPS



RPEO : Resultados Previstos Específicos de cada Oficina, que figuran en en los Planes de Trabajo Bienales
PWR : Representación de la OPS/OMS en los países

PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE LA OPS

100. Durante la elaboración de este plan, la Oficina llevó a cabo dos ejercicios para priorizar los Objetivos Estratégicos. Los resultados del primer ejercicio (circunscritos a los gerentes de la sede central de la OSP) fueron la base para las asignaciones presupuestarias en el proyecto del Plan Estratégico presentado al Comité Ejecutivo. Los resultados del segundo ejercicio, en el cual se invitó a todos los gerentes de la Oficina a participar, se usaron para establecer las prioridades del presupuesto en la versión final del Plan Estratégico. Aunque se empleó un método similar en ambos ejercicios, los criterios y los resultados específicos que se describen a continuación corresponden al segundo de ellos.

Método

101. La finalidad del ejercicio era que los gerentes de la Oficina clasificaran jerárquicamente los Objetivos Estratégicos sobre la base de criterios acordados, usando el método Delphi modificado.

102. Primero se elaboró un borrador del conjunto de criterios (basados en los utilizados en el primer ejercicio, más los aportes recibidos posteriormente) con ponderación, para reflejar, la importancia relativa de cada uno. Estos fueron examinados por todos los gerentes de la Oficina, incluidos los representantes de país, los directores de centros, los gerentes de área de la Sede y la Dirección. Hubo un alto grado de participación y se hicieron cambios en los criterios y en su ponderación teniendo en cuenta la retroalimentación recibida.

103. Después, se clasificó cada Objetivo Estratégico con una escala de 1 a 5 (siendo 5 la prioridad más alta) para cada uno de los criterios acordados. Todos los gerentes tuvieron la oportunidad de clasificar los Objetivos Estratégicos por correo electrónico. Se compilaron y se analizaron sus respuestas, obteniéndose una clasificación jerárquica de los Objetivos Estratégicos.

Criterios

104. Los siguientes criterios, que se usaron en la asignación de prioridades, reflejan los aportes recibidos de toda la Oficina. El peso indicado entre paréntesis refleja la importancia relativa de cada criterio.

a) Apoya la Agenda de Salud para las Américas y otros mandatos regionales (x4)

b) Aborda la carga de enfermedad en la Región (x2)

c) Apoya a grupos vulnerables de la población o a países clave, promoviendo la equidad (x3)

d) Contribuye a la seguridad sanitaria mundial (x2)

e) Apoya el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud (x2)

f) La cooperación técnica de la OPS es un medio costo-eficaz para mejorar los resultados sanitarios (x2)

g) Apoya el acceso universal a bienes y servicios relacionados con la salud (x2)

h) Los países tienen poco acceso a recursos fuera del ámbito de la OPS y dificultades para reemplazar la cooperación técnica de la OPS (x1)

i) Tiene potencial para una colaboración transversal fructífera: interprogramática, entre países, intersectorial, interregional o interinstitucional (x1)

j) Es difícil obtener acceso a las contribuciones voluntarias (x1) (criterio adicional, usado sólo para la asignación de cantidades del presupuesto ordinario con respecto al presupuesto total)

Resultados

105. Los resultados de la segunda etapa se analizaron junto con los de la primera (más limitada), considerando las observaciones formuladas por los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos. A continuación se presenta la clasificación jerárquica resultante de los Objetivos Estratégicos, en la que el primero de la lista tiene la máxima prioridad para la Oficina.

Jerarquía	OE#	Objetivos Estratégicos
1	**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
2	**OE1**	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles
3	**OE2**	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria
4	**OE3**	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos
5	**OE7**	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
6	**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
7	**OE10**	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud
8	**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
9	**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
10	**OE14**	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible
11	**OE11**	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud
12	**OE12**	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias
13	**OE5**	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico
14	**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

106. Esta clasificación se ha usado como base para establecer las prioridades presupuestarias para el bienio 2008-2009 y se usará en bienios posteriores, pudiendo ajustarse si las circunstancias internas o externas lo requieren.

FINANCIAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO

107. La OPS participa, junto a la OMS, en un ejercicio de presupuestación orientado a la consecución de resultados a fin de determinar los recursos necesarios para cumplir su labor. El costo de lograr Resultados Previstos a nivel Regional durante un período dado se expresa mediante un presupuesto integrado que comprende todas las fuentes de financiamiento.

108. La OPS recibe financiamiento procedente de tres fuentes principales:

a) **el presupuesto ordinario de la OPS,** que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más los ingresos varios;

b) **la proporción de AMRO,** que es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas;

c) **fondos de otra procedencia**, que comprende principalmente las contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por conducto de la OMS, los fondos generados por el apoyo a los programas y el financiamiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital; entre otras categorías.

109. Si bien las fuentes de financiamiento señaladas en los puntos a) y b) se consideran no específicas, las contribuciones voluntarias (incluidas en c), pueden ser específicas o no específicas. El financiamiento eficaz del Plan Estratégico 2008-2012 y de los programas y presupuestos asociados al mismo exigirán una gestión cuidadosa de las diferentes fuentes y tipos de ingresos para asegurar el financiamiento completo de las actividades planificadas. El financiamiento no específico constituye una base de recursos flexible que facilita el financiamiento de la labor básica de la Organización. El financiamiento específico —que representa la mayor parte de las contribuciones voluntarias actualmente negociadas— es menos flexible y, por lo tanto, puede no estar disponible para el financiamiento de áreas programáticas subfinanciadas.

110. El logro del alineamiento entre las actividades planificadas por la Organización y los recursos movilizados con financiamiento específico sigue siendo un desafío. No se aceptará contribuciones voluntarias específicas que no contribuyan a reducir la brecha de financiamiento programática planificada. En la medida en que pueda persuadirse a los socios donantes de que proporcionen mayores contribuciones voluntarias no-específicas —también denominadas "contribuciones voluntarias básicas" por la OMS— la Organización logrará financiar plenamente su Plan Estratégico y todos los períodos de Programa y Presupuesto, con lo cual aumentará sus probabilidades de lograr los Resultados Previstos. Con este fin, la Oficina apoya plenamente a la OMS en su cometido de aumentar la proporción de las "contribuciones voluntarias básicas" y, de la misma forma, proseguirá sus propios esfuerzos en esta área.

111. En el cuadro 1 se resume el presupuesto estimado para el Plan Estratégico de la OPS.

Cuadro 1

		Plan Estratégico		
	PB 2006-2007	**PB 2008-2009**	**PB 2010-2011**	**PB 2012-2013**
OPS	333.094.000	347.566.000	682.000.000	743.000.000
OMS	198.018.000	278.501.000		
	531.112.000	626.067.000	682.000.000	743.000.000

112. El Plan Estratégico tiene un presupuesto de poco más de $2.000 millones para el período de tres bienios que concluye en 2013. Esta proyección empieza con un presupuesto de $626 millones (que incluye los fondos de todo tipo de financiamiento) para 2008-2009 y prevé aumentos bienales de aproximadamente 9%, en consonancia con los costos previstos del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS y el entorno económico de costos inflacionarios en la Región.

113. El notable aumento del costo de las transacciones internacionales para los presupuestos que se denominan en el dólar de los Estados Unidos está sintiéndose en todo el mundo, y la OPS no constituye una excepción. Un análisis cuidadoso de los costos y las tendencias actuales indica un aumento previsto de costos de 13% a 15% para el bienio 2008-2009. Para el presupuesto ordinario de la OPS, esto representa aproximadamente $37 millones en aumentos de costos, de los cuales unos $24 millones se relacionan con los costos por concepto de personal con puestos a plazo fijo.

114. Un escenario alternativo más optimista, que considera un cambio en la tendencia de la devaluación del dólar de los Estados Unidos a corto plazo, resulta en un aumento de costos de cerca de 10% para el próximo bienio. En una situación de crecimiento real cero, esto supondría aproximadamente $23 millones para el presupuesto ordinario, de los cuales unos $17 millones se relacionan con los costos de los puestos a plazo fijo. Sin embargo, la Oficina ha suprimido 12 puestos a plazo fijo más en lo que va del presente bienio (además de los 41 puestos eliminados durante 2004-2005), con lo que se contiene el aumento previsto de los costos de puestos a plazo fijo a cerca de $14 millones para 2008-2009, vale decir, un aumento de 8,3% comparado con el componente del presupuesto para puestos a plazo fijo en 2006-2007.

115. En el cuadro 2 se compara el presupuesto para 2008-2009 con el presupuesto aprobado para 2006-2007.

Cuadro 2. Financiamiento del Programa y Presupuesto para 2008-2009

Fuente	2006-2007	2008-2009	Cambio porcentual
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros	173.300.000	180.066.000	3,9%
+ Ingresos varios	14.500.000	17.500.000	20,7%
= Total de la participación de la OPS (presupuesto ordinario)	187.800.000	197.566.000	5,2%
+ Participación de la OMS (presupuesto ordinario)	77.768.000	81.501.000	4,8%
= Total del presupuesto ordinario	265.568.000	279.067.000	5,1%
+ Fondos de otra procedencia calculados*	265.544.000	347.000.000	30,7%
= Total de los recursos necesarios	531.112.000	626.067.000	17,9%

* Representa principalmente el cálculo del total de contribuciones voluntarias que se prevé recibir de los donantes de la OPS así como de la OMS.

116. El proyecto de presupuesto de $626 millones para 2008-2009 representa un aumento de 17,9% comparado con el presupuesto de $531 millones aprobado para 2006-2007. La mayor parte del aumento proviene de otras fuentes, calculadas en $347 millones, lo que representa un incremento de 30,7%; de ese monto, se calcula que $197 millones procederán de la OMS. Estos cálculos se elaboraron conjuntamente con la sede de la OMS y todas las otras regiones por equipos de funcionarios reunidos a nivel mundial y agrupados por Objetivos Estratégicos.

117. La porción del presupuesto ordinario de $279 millones representa un aumento de $13,5 millones, es decir, 5,1% con respecto al bienio 2006-2007, cantidad atribuible en su totalidad al aumento previsto de los costos de personal con puestos a plazo fijo, a pesar de la reducción neta de puestos para 2008-2009. El aumento de $13,5 millones en el presupuesto ordinario en gran parte financiará el aumento de $14 millones en los costos del personal de plazo fijo, en tanto que el costo restante de $,5 millones será absorbido mediante una reducción nominal del presupuesto propuesto para el personal que no es de planta.

118. También debe señalarse que el proyecto de presupuesto, además de no considerar los costos inflacionarios relacionados con los fondos destinados a actividades programáticas, tampoco prevé varios costos administrativos importantes que cabría prever en los próximos años; por ejemplo, la aplicación obligatoria de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) en el sistema de las Naciones Unidas, la posible participación de la OPS en el Sistema Mundial de Gestión (GSM) que está realizando la OMS y los gastos relacionados con el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

119. La Oficina está consciente que, en vista de la realidad presupuestaria con que se enfrentan muchos Estados Miembros, los aumentos del presupuesto deben mantenerse en un mínimo. De la misma manera, también es importante que los Estados Miembros tengan presente que los fondos adicionales para gastos necesarios, como las Normas Internacionales de

Contabilidad Pública, el Sistema Mundial de Gestión y el Plan Maestro de Inversiones de Capital, deberán priorizarse en el presupuesto asignado a las actividades programáticas regionales, que ya está reduciéndose en términos nominales y sufriendo la presión adicional de la inflación.

120. El poder adquisitivo del presupuesto operativo de la Organización para las actividades del programa ha sido afectado en los últimos bienios, dado que los presupuestos aprobados por los Estados Miembros sólo han considerado los aumentos de los costos netos de personal (a pesar de las continuas reducciones de puestos a plazo fijo). Esta reducción ha sido particularmente aguda para el nivel regional (como los centros regionales y las entidades de la Sede en Washington) donde la razón de los costos de personal con contrato de plazo fijo a los costos de actividad es normalmente mayor que en los países debido a la naturaleza del trabajo. Conforme los costos de los puestos de plazo fijo siguen aumentando, se hace cada vez más difícil que la Oficina logre una mayor eficiencia simplificando las operaciones y realineando las áreas del programa.

121. La situación explicada se complica por el hecho de que la Política del Presupuesto Regional por Programas asignará una proporción progresivamente más grande del presupuesto a los países durante los próximos dos bienios, tal como ocurrió en 2006-2007, primer bienio de implementación de la política. La reducción adicional del presupuesto ordinario para las actividades regionales dificulta que la Oficina lleve a cabo la labor estatutaria y normativa, y limita la capacidad de las entidades regionales para responder a las necesidades de apoyo de los países.

122. Dada la situación del presupuesto ordinario, la movilización eficaz de recursos adquiere una importancia cada vez mayor para la Organización, ya que las contribuciones voluntarias de los donantes son generalmente específicas y poco predecibles. La Oficina seguirá haciendo todos los esfuerzos posibles para administrar estas contribuciones con respecto de los resultados generales previstos incluidos en el Plan Estratégico y en los documentos del Programa y Presupuesto. Por lo tanto, los fondos del presupuesto ordinario resultan esenciales para asegurar el cumplimiento de muchas de las funciones estatutarias y normativas.

123. Por último, considerando la posición expresada por varios Estados Miembros en cuanto a su capacidad para aceptar aumentos en las cuotas, la Oficina está dispuesta a utilizar un escenario "optimista" en la proyección de incremento de costos para el proyecto de Programa y Presupuesto para 2008-2009; se debe entender, sin embargo, de que la realidad económica puede ser diferente y puede requerir ajustes importantes en las metas programáticas contenidas en los Resultados Previstos a nivel Regional.

124. Una distribución presupuestaria por Objetivo Estratégico, junto con otros detalles presupuestarios, están incluidos en el proyecto de Programa y Presupuesto 2008-2009.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, Y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

125. Anteriormente, la presentación de informes sobre el progreso realizado en la ejecución de los planes estratégicos se veía obstaculizada por la falta de integración entre los diferentes niveles de planificación de la Organización. Por ejemplo, el conjunto de objetivos, resultados previstos e indicadores usados en los Planes de Trabajo Bienales a nivel de país para 2006-2007 era diferente del que constaba en el Programa y Presupuesto para 2006-2007, que a su vez difería del Plan Estratégico para 2003-2007, así como de los Resultados Previstos a nivel de toda la Organización y de los indicadores del Presupuesto por Programas mundial de la OMS para 2006-2007.

126. Como ya se señaló en otras partes de este plan, este tema se ha abordado de forma pormenorizada en relación con el período de planificación que comienza en el 2008, en el cual hay una integración vertical de los resultados previstos e indicadores entre todos los niveles de planificación, desde el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, de alcance mundial, hasta este Plan Estratégico de la OPS y los documentos de Programa y Presupuesto respectivo, además de los Planes de Trabajo Bienales en el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES).

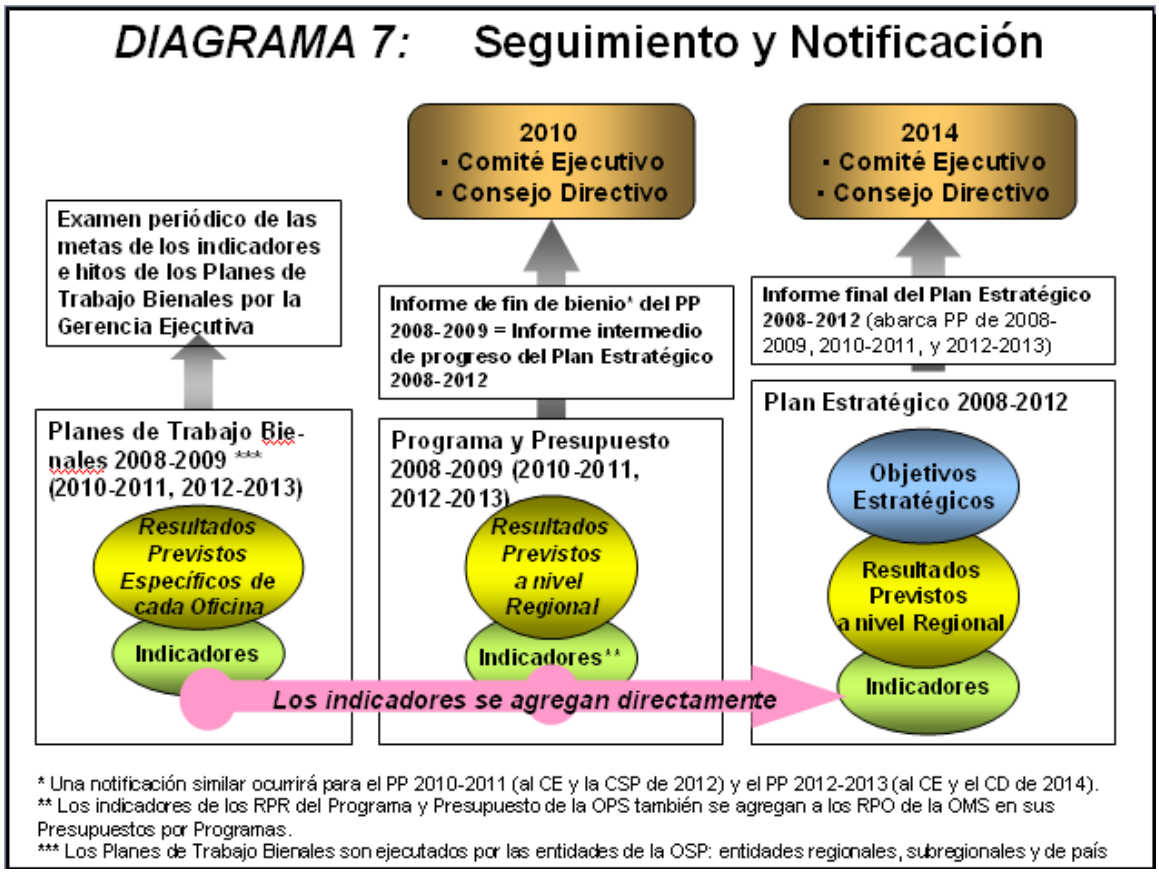
127. El AMPES forma el núcleo de la vigilancia y los informes sobre los resultados internos en la Oficina. Los Objetivos Estratégicos y los Resultados Previstos a nivel Regional (RPR) en este plan se trasladan directamente al AMPES. Los RPR forman luego un menú de opciones programáticas de las cuales los países, los centros y las entidades regionales de la Sede pueden elegir al elaborar sus Planes de Trabajo Bienales. No se realizará ninguna tarea que esté fuera del alcance de los RPR en este plan. Al elegir los RPR en los cuales trabajarán y al adaptarlos al nivel de país, las entidades también eligen los indicadores de RPR a los cuales contribuirán. En el caso de las entidades de país (Representaciones OPS/OMS), pueden convertirse en uno del "número de países" a los cuales están dirigidos la mayoría de los indicadores de los RPR.

128. Cada entidad orgánica establece sus propios indicadores para los Resultados Previstos Específicos de cada Oficina (RPEO), que corresponden a los indicadores de los RPR. El progreso realizado en los indicadores para los RPEO se calcula sobre la base de hitos semestrales establecidos durante la planificación operativa. Aunque estos hitos pueden adaptarse a las necesidades del trabajo de una entidad, sirven de medio uniforme para evaluar el progreso realizado en la consecución de los indicadores de los RPEO y, mediante la agregación, los indicadores de los RPR.

129. Se ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo a la mejora del sistema AMPES para incorporar los cambios necesarios a fin de que se pueda controlar la calidad mediante la vigilancia de los indicadores SMART (específicos, cuantificables, factibles, pertinentes y sujetos a una cronología determinada). El seguimiento y la presentación regular de los resultados de una manera sistemática permitirán a los gerentes evaluar y ajustar sus estrategias de ejecución y los Planes de Trabajo según sea necesario, lo cual es un elemento decisivo para la plena aplicación de la gestión basada en resultados en la Organización.

130. La principal innovación para el período de planificación estratégica 2008-2012 es que el logro de los resultados previstos (evaluada con el sistema SMART de indicadores) puede agregarse directamente y en la mayoría de los casos automáticamente en el sistema AMPES, desde el nivel de país hasta los niveles regional y mundial, cada dos años. Como los Resultados Previstos a nivel Regional en los documentos de Programa y Presupuesto serán exactamente los

mismos que los que figuran en este Plan Estratégico, los informes sobre el Programa y Presupuesto de fin de bienio servirán de informes sobre el progreso realizado en relación con el Plan Estratégico; el seguimiento y la evaluación programática del desempeño se centrarán en los Planes de Trabajo Bienales y, mediante agregación, los períodos del Programa y Presupuesto para los bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013. La suma de los tres bienios comprendidos en este plan constituirá la base del informe final sobre este Plan Estratégico, que será presentado a los Cuerpos Directivos en el año 2014. A continuación se presenta gráficamente la relación entre los instrumentos de planificación en lo que se refiere al seguimiento y la presentación de informes, destacándose los documentos decisivos que se presentan a los Cuerpos Directivos.



131. Los Estados Miembros recibirán informes sobre el progreso realizado con la ejecución de este Plan Estratégico en forma de evaluaciones de fin de bienio del Programa y Presupuesto, que se presentarán cada dos años. Los informes para los bienios 2010-2011 y 2012-2013 se complementarán con una evaluación del desempeño acumulativa en comparación con las metas sexenales establecidas en este Plan Estratégico.

132. La Oficina también informará a la OMS sobre los logros de los Estados Miembros con respecto a los Objetivos Estratégicos. La OMS preparará después un informe sobre la consecución de los Objetivos Estratégicos a nivel mundial.

133. Con respecto a las funciones básicas tratadas antes en este Plan, los niveles de gasto para cada función básica también se vigilarán por medio del AMPES. Al elaborar los Planes de Trabajo Bienales, los gerentes clasificarán sus productos/servicios y gastos respectivos por

función básica. Durante la ejecución, esto permitirá el seguimiento y la notificación de los gastos por función básica, de acuerdo con las guías mundiales de la OMS. La Oficina también presentará esta información a los Cuerpos Directivos, de forma tal que se pueda determinar qué funciones están recibiendo la mayor cantidad de recursos en la Oficina.

134. La experiencia adquirida con la ejecución de este plan (que constará en las evaluaciones del desempeño del Programa y Presupuesto) puede aconsejar la conveniencia de hacer ajustes en los RPR. Los cambios del entorno externo también podrían plantear la necesidad de modificar los objetivos estratégicos de la OPS. Cuando tales cambios se requieran a nivel de los RPR o en un nivel superior, se someterán a la revisión y aprobación de los Cuerpos Directivos.

135. La Oficina establecerá en el 2007 unos marcos de trabajo para el monitoreo y la evaluación del desempeño, y la evaluación independiente, que serán utilizados durante los tres bienios que abarca este plan.

136. La función de evaluación independiente estará separada orgánicamente de las funciones de planificación y seguimiento y evaluación del desempeño para fomentar la imparcialidad en la realización de las evaluaciones. La función de evaluación independiente (y el personal respectivo) se implantó en el 2007; por consiguiente, las modalidades de trabajo con respecto a la periodicidad y el alcance todavía están en fase de preparación.

137. La puesta en práctica de este plan requerirá un alto grado de disciplina programática y capacitación del personal en toda la Oficina. Este proceso ha empezado y continuará durante el período de ejecución.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AED	Academia para el Desarrollo Educativo (por sus siglas en inglés)
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
ALBA	Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
ALC	América Latina y el Caribe
AMM	Administración Masiva de Medicamentos
AMPES	Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (por sus siglas en inglés)
AMRO	Oficina Regional para las Américas de la OMS (por sus siglas en inglés)
APS	atención primaria de salud
AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CAAT	Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica
CAPRADE	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres
CARICOM	Comunidad del Caribe (por sus siglas en inglés)
CCA	evaluación común para los países (por sus siglas en inglés)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (pos sus siglas en inglés)
CDERA	Agencia Caribeña de Respuestas de Emergencia ante el Desastre (por sus siglas en inglés)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPREDENAC	Centro de Coordinación para la Prevención y Reducción de Desastres Naturales en Centroamérica
CIDE	Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación
CIESS	Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
COMBI	comunicación para el impacto conductual (por sus siglas en inglés)
COP	contaminante orgánico persistente
CSP	Conferencia Sanitaria Panamericana
CTP	cooperación técnica entre países
DCPO-12	dientes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años
DOTS	tratamiento acortado directamente observado (por sus siglas en inglés)
ECP	Estrategias de Cooperación en el País
ECS	Estrategias de Cooperación Subregional
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GBR	Gestión basada en resultados
GSM	Sistema Mundial de Gestión (por sus siglas en inglés)
GTZ	Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (por sus siglas en inglés)
IMAI	atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y los adultos (por sus siglas en inglés)
IMAN	manejo integrado del adolescente y sus necesidades (por sus siglas en inglés)

ABREVIATURAS Y SIGLAS *(cont.)*

INB	ingreso nacional bruto
IPSAS	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (por sus siglas en inglés)
ISTC	Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa (por sus siglas en inglés)
ITS	infección de transmisión sexual
ITT	infección transmitida por transfusiones
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MOSS	Normas Mínimas de Seguridad Operacional de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
N/A	No aplicable
NORAD	Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (por sus siglas en inglés)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Estratégico
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa con Junto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
ONR	organismo nacional de regulación
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSDI	Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PE	Plan Estratégico
PE 08-12	Plan Estratégico 2008-2012
PEPM	Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS
PGT	Programa General de Trabajo de la OMS
PIB	producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PP	Programa y Presupuesto
PPME	países pobres muy endeudados
PTB	Plan de Trabajo Bienal
PWR	Representación o Representante de la OPS/OMS (por sus siglas en inglés)
RPEO	Resultado Previsto Específico de cada Oficina
RPO	Resultado Previsto a nivel de toda la Organización
RPR	Resultado Previsto a nivel Regional
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARA	Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMVT	Sistema Mundial de Vigilancia sobre Tabaco

ABREVIATURAS Y SIGLAS *(cont.)*

SMART	Se refiere a indicadores con las siguientes características: específicos, cuantificables, factibles, pertinentes y sujetos a una cronología determinada (por sus siglas en inglés)
SPPA	Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de la OPS
SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
STEPS	Método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas (por sus siglas en inglés)
TB	Tuberculosis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

- - -