



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **SEXTA SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, del 14 al 16 de marzo del 2012*

---

*Punto 3.3 del orden del día provisional*

SPBA6/4 (Esp.)  
14 de febrero del 2012  
ORIGINAL: INGLÉS

### **EVALUACIÓN PRELIMINAR DE FIN DEL BIENIO DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO 2010-2011 Y SEGUNDO INFORME INTERINO SOBRE LOS PROGRESOS ALCANZADOS EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012 DE LA OPS**

#### **Introducción**

1. Según se estipula en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, la Oficina Sanitaria Panamericana debe presentar cada dos años informes a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan. En este informe se abarca el bienio 2010-2011 y es el segundo informe de avance que se presenta a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.
2. El documento se basa en la información obtenida por medio del ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño realizadas en toda la Oficina Sanitaria Panamericana a fines del bienio 2010-2011. Consiste en un análisis de la ejecución programática y presupuestaria por los diferentes niveles de la Organización (entidades de país, subregionales y regionales) y por Objetivo Estratégico. Se proporciona, asimismo, información sobre las actividades de la Oficina para movilizar recursos a fin de cubrir la brecha de financiamiento del Programa y Presupuesto 2010-2011, y acerca de la asignación de recursos por nivel de la Organización y por Objetivo Estratégico.
3. En el informe se incorporarán las recomendaciones formuladas por los Estados Miembros en el primer informe sobre los progresos realizados en el bienio 2008-2009, presentado al 50.º Consejo Directivo celebrado en septiembre del 2010, y las observaciones recibidas de los Miembros del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y del Comité Ejecutivo en el 2012.

### **Actualización sobre la situación**

4. La evaluación de fin del bienio correspondiente al 2010-2011 se llevó a cabo en diciembre del 2011 con la participación de todos los gerentes de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana y sus equipos de trabajo, además de la Gerencia Ejecutiva (EXM). En el transcurso de este ejercicio se examinó el desempeño de cada una de las 69 entidades de la OPS y el progreso alcanzado hacia el logro de los 16 Objetivos Estratégicos, de los 90 resultados previstos a nivel regional (RPR) y de los 256 indicadores de los RPR establecidos en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Mediante este ejercicio se obtuvieron los aportes principales para la preparación del informe de avance que se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2012.

5. Según los resultados preliminares de la evaluación, la Organización sigue logrando avances constantes para la consecución de las metas fijadas en el Plan Estratégico para el 2013. La evaluación de fin del bienio indica que de los 16 Objetivos Estratégicos, 12 estaban “en curso” (en verde) y cuatro estaban “en riesgo” (en amarillo). De los 90 resultados previstos a nivel regional, 78 (87%) estaban “en curso”, 11 estaban “en riesgo” y uno está “en problemas” (en rojo); de las 256 metas de los indicadores de los RPR se alcanzaron 231 (90%). Con respecto al financiamiento, la Organización obtuvo la cantidad de US\$ 599 millones, lo que representa 93% del total aprobado para el Programa y Presupuesto (\$643 millones) del bienio 2010-2011. La tasa general de ejecución del presupuesto fue de 86% (\$513,5 millones del monto de \$599 millones disponible para el bienio). Es importante señalar que, en términos generales, hay una correlación muy positiva entre el programa y las tasas de ejecución del presupuesto ya que se logró el 90% de las metas de los indicadores de los RPR con 86% de ejecución presupuestaria de los fondos disponibles para el bienio.

6. La información sobre la evaluación de fin del bienio está en proceso de examen y validación como parte del cierre de fin del bienio. Una vez finalizado el análisis de los resultados, se preparará el informe completo. Este informe se presentará a la 150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2012 y, posteriormente, a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012.

7. A continuación se presenta el esquema propuesto para el informe y una descripción breve de cada sección para que los Miembros del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración tengan a bien considerarlos y formular observaciones.

- I. **Resumen:** Incluye aspectos destacados de los resultados principales de la evaluación de fin del bienio.
- II. **Introducción:** Presenta antecedentes, finalidad y panorama del contenido y estructura del informe.

- III. **Metodología:** Presenta un panorama del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, utilizado en toda la Oficina Sanitaria Panamericana.
  - IV. **Desempeño programático:** Incluye la evaluación de la ejecución general del programa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el logro de los Objetivos Estratégicos, los resultados previstos a nivel regional (RPR) y las metas de los indicadores de los RPR. En esta sección también se describirán los principales logros, los retos y las enseñanzas extraídas a lo largo del bienio. Se prestará atención especial a documentar las enseñanzas extraídas a fin de promover la repetición de los resultados exitosos en los planes futuros.
  - V. **Presupuesto y movilización de recursos:** Presenta un análisis de los fondos disponibles y ejecutados en el bienio, por nivel de la Organización y por Objetivo Estratégico. Asimismo, se incluye un análisis de la movilización y la asignación de los recursos por prioridad programática de los objetivos estratégicos.
  - VI. **Informes sobre los Objetivos Estratégicos:** Se presenta un informe detallado para cada Objetivo Estratégico (OE), con sus resultados previstos a nivel regional (RPR) y los indicadores respectivos de los RPR. Como lo han recomendado previamente los Estados Miembros, para cada indicador del tipo “número de países”, el informe mencionará los países que habían logrado la meta para finales del 2011.
  - VII. **Conclusiones y recomendaciones:** En esta sección se presentarán las principales conclusiones y recomendaciones de la evaluación de fin del bienio.
8. Las versiones preliminares de las secciones III, IV y V se incluyen como anexos A, B y C, respectivamente, con el objeto de ofrecer a los miembros del Subcomité un panorama de la metodología empleada para la evaluación y de los resultados preliminares del desempeño programático y presupuestario de la Organización en el bienio 2010-2011. En el anexo D figura un ejemplo de un informe de avance en relación con los Objetivos Estratégicos para que los Miembros puedan ver el nivel propuesto de detalle que tendrá el informe completo.

### **Intervención del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración**

9. Se solicita al Subcomité que formule recomendaciones sobre el esquema propuesto para la preparación completa del informe “Evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011/Segundo informe interino sobre los progresos alcanzados en la ejecución del Plan Estratégico 2008-2012”.

## ANEXO A

### METODOLOGÍA

1. En este informe se refleja la evaluación realizada por los 69 gerentes de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana y los equipos de los objetivos estratégicos, de acuerdo con el progreso realizado hacia la consecución de los 16 Objetivos Estratégicos, los 90 RPR y las 256 metas de los indicadores de los RPR a fines del bienio 2010-2011. En la evaluación se emplearon métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que se describen a continuación.
2. Primero, se evalúa la consecución de las metas de los indicadores de los RPR fijadas para el final del 2011 sobre la base de la información suministrada por los gerentes de las entidades. Esta parte de la metodología es cuantitativa (se alcanzó la meta o no se alcanzó) y los gerentes de las entidades son responsables de que se obtengan los resultados que forman parte de su ámbito de responsabilidad y de la información que suministran. En el caso de los indicadores del tipo “número de países”, los informes de los gerentes de las entidades de países se agregan a fin de determinar si se logró el número necesario de países para alcanzar la meta del indicador del RPR. Después se hace un análisis cualitativo de los RPR y, por último, sobre la base de esta información, se hace un análisis cualitativo de los Objetivos Estratégicos. En ambos casos, se tiene en consideración el número de metas de los indicadores de los RPR que se alcanzaron.
3. Se han adoptado los siguientes criterios de clasificación para el seguimiento de la ejecución programática y presupuestaria de los RPR y los Objetivos Estratégicos:
  - Tasa de ejecución del 90 al 100% = en verde, o “en curso”: no se prevén impedimentos ni riesgos que pudieran afectar considerablemente el progreso.
  - Tasa de ejecución del 75 al 89% = en amarillo, o “en riesgo”: el progreso está en peligro y se necesitan medidas para superar retrasos, impedimentos y riesgos.
  - Tasa de ejecución inferior al 75% = en rojo, o “en problemas”: el progreso corre grave peligro debido a obstáculos o riesgos que podrían impedir la consecución de las metas.
4. Las tasas de ejecución programática del 75% o mayores y de 90% para la ejecución presupuestaria se consideran como un desempeño aceptable al final del período de planificación, según se estipula en el Plan Estratégico 2008-2012.
5. A continuación se describe brevemente el método utilizado para cada componente del informe.

### **Evaluación programática**

6. *Análisis por Objetivo Estratégico:* Los facilitadores de los Objetivos Estratégicos evalúan el progreso hacia la consecución de los Objetivos Estratégicos de acuerdo a lo establecido para el final del Plan Estratégico. Analizan el nivel consolidado de consecución de los respectivos RPR y de los factores que contribuyen al progreso hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa), teniendo en cuenta las metas de los indicadores de los RPR que se hayan alcanzado (evaluación cuantitativa). Los facilitadores de los Objetivos Estratégicos clasifican la situación de cada objetivo al final del bienio y determinan si está “en curso”, “en riesgo” o “en problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

7. *Análisis por RPR:* La evaluación de los RPR, realizada por sus facilitadores, consiste en determinar el grado de consecución de las metas de los indicadores de los RPR (evaluación cuantitativa) y los factores que contribuyen al progreso en la consecución de los RPR o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa). Los facilitadores de los RPR clasifican la situación de los RPR al final del bienio y determinan si están “en curso”, “en riesgo” o “en problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

8. *Análisis por metas de los indicadores de los RPR:* El logro de los indicadores de los RPR se mide sobre la base de la consecución de las metas respectivas establecidas para cada bienio (es decir, si se alcanzaron o no se alcanzaron).

### **Evaluación presupuestaria**

9. *Ejecución presupuestaria:* Se evalúa para la Organización en su totalidad, por nivel institucional (entidades de país, subregionales y regionales), por Objetivo Estratégico y por procedencia de los fondos, lo que comprende fondos del presupuesto ordinario y de otras fuentes. La tasa de ejecución presupuestaria se obtiene dividiendo los gastos por el total de los fondos disponibles para el bienio.

10. *Movilización de recursos:* En el Programa y Presupuesto se establece la cantidad estimada de fondos (costo planificado) necesarios para ejecutar el programa de trabajo aprobado por los Cuerpos Directivos para un bienio dado. El Programa y Presupuesto también estipula la cantidad calculada de fondos requeridos para cada Objetivo Estratégico. En el bienio, la Oficina moviliza recursos para cubrir las brechas de financiamiento de cada Objetivo Estratégico. De acuerdo con la gestión basada en los resultados, cada entidad planifica el costo de su plan de trabajo bienal (independientemente de la fuente de los fondos), según la cantidad calculada de recursos requeridos para la consecución de sus resultados previstos y sus productos en ese bienio. En el transcurso del bienio, se movilizan recursos para cubrir la brecha de financiamiento de los objetivos estratégicos y de las entidades; estos recursos a su vez contribuyen a cubrir la brecha de financiamiento a nivel de toda la Organización (en cualquier punto en

el bienio, la diferencia entre el cálculo original y los recursos disponibles actuales de todas las fuentes para ejecutar el programa es la brecha de financiamiento).

**ANEXO B**  
**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO**

(Estas cifras son preliminares a la espera de la conciliación final.)

1. *Progreso hacia el logro de los Objetivos Estratégicos:* A finales del segundo período de ejecución del Plan Estratégico (bienio 2010-2011), 12 de los objetivos estratégicos se encontraban “en curso” (en verde) y cuatro estaban “en riesgo” (en amarillo: los OE 1, OE 3, OE 9, y OE 14). Vale la pena indicar que no había ningún Objetivo Estratégico en problemas (en rojo). Tal como se muestra en el cuadro 1, el desempeño general de los objetivos estratégicos mejoró en comparación con el bienio 2008-2009; el número de objetivos estratégicos en riesgo disminuyó de 5 a 4 a finales del bienio 2010-2011. Cabe señalar que mientras los objetivos OE 2, OE 6 y OE 11 pasaron de estar en riesgo a estar en curso, ocurrió lo contrario con los objetivos OE 1 y OE 14. La evaluación de los RPR y de los indicadores de los RPR también indica un mejoramiento general en el progreso alcanzado hacia la consecución de las metas fijadas bajo cada Objetivo Estratégico. El análisis completo, que comprende los logros, los retos y las enseñanzas extraídas, se incluirá en el informe final que se presentará al Comité Ejecutivo en junio del 2012.

**Cuadro 1. Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos, bienios 2008-2009 y 2010-2011**

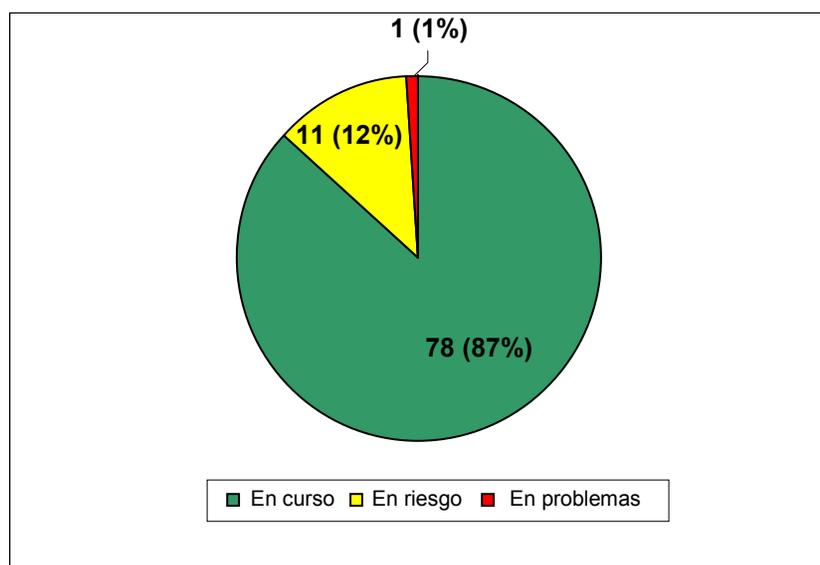
Objetivos estratégicos	2008-2009	2010-2011
OE 1 Enfermedades transmisibles		
OE 2 Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria		
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles		
OE 4 Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor		
OE 5 Emergencias y desastres		
OE 6 Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo		
OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud		
OE 8 Entornos más saludables		
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria		
OE 10 Servicios de salud		
OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud		
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias		

Objetivos estratégicos	2008-2009	2010-2011
OE 13 Recursos humanos para la salud		
OE 14 Protección social y financiamiento		
OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS		
OE 16 Organización flexible y discente		
OPS	69% en curso	75% en curso

En curso     
  En riesgo

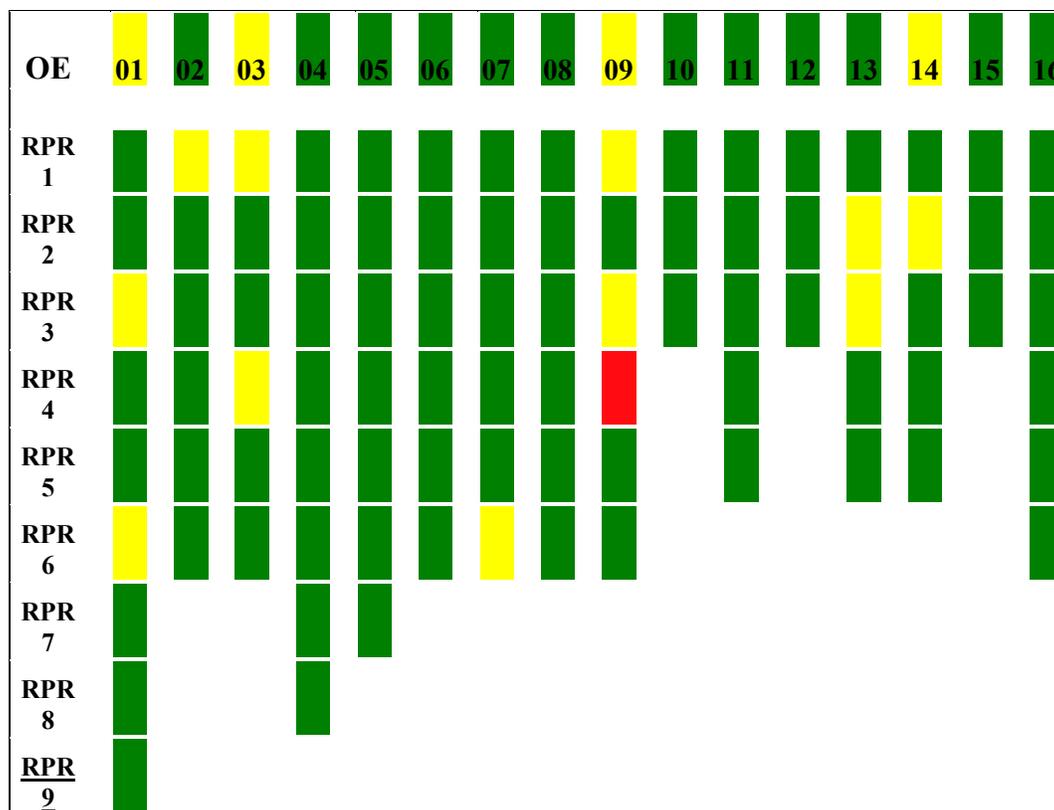
2. *Progreso hacia el logro de los RPR:* Tal como se muestra en la figura 1, de los 90 RPR, 78 (87%) estaban en curso (en verde) y 11 (12%) estaban en riesgo (en amarillo). Se evaluó que uno estaba en problemas (en rojo): el RPR 9.4, “elaboración, fortalecimiento y ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida”. En la figura 2 se muestra la clasificación en colores para cada RPR y en el cuadro 2 se proporcionan los 11 RPR considerados en riesgo. En comparación con el 2008-2009, el número de RPR considerados en riesgo disminuyó en 10. Sin embargo, de los 11 RPR considerados en riesgo, 8 estaban en esta misma situación en el 2008-2009 también; son los que se encuentran marcados con asteriscos en el cuadro 2 a fin de facilitar la consulta. Debe prestarse especial atención a estos RPR y a los indicadores correspondientes en el 2012-2013 a fin de mejorar el avance en los temas respectivos.

**Figura 1. Progreso hacia el logro de los RPR, fin del bienio 2010-2011**



3. En la figura 2 se muestra la clasificación de los Objetivos Estratégicos y sus respectivos RPR. La mayoría de los RPR en riesgo se encuentran en el OE 1 (enfermedades transmisibles), OE 3 (enfermedades crónicas no transmisibles), OE 9 (nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria) y OE 13 (recursos humanos para la salud). Como se mencionó anteriormente, el OE 9 es el único que tiene un RPR en problemas (en rojo).

**Figura 2: Progreso hacia el logro de los Objetivos Estratégicos y los RPR, fin del bienio 2010-2011**



En curso    
  En riesgo    
  En problemas

- |   |  |
|---|--|
| OE 1 Enfermedades transmisibles                                   | OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria |
| OE 2 Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria            | OE 10 Servicios de salud   |
| OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles                       | OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud              |
| OE 4 Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor | OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias                   |
| OE 5 Emergencias y desastres                                      | OE 13 Recursos humanos para la salud                               |
| OE 6 Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo     | OE 14 Protección social y financiamiento                           |
| OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud     | OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS                         |
| OE 8 Entornos más saludables                                      | OE 16 Organización flexible y discente                             |

4. Como se muestra en el cuadro 2, la mayoría de los RPR en riesgo se relacionan con intervenciones macro y políticas de alto nivel para aumentar y mantener los logros, que requieren un compromiso político continuo por parte de los Estados Miembros y por parte de la Oficina, abogar más para elevar su prioridad dentro de los programas nacionales. Algunos de estos RPR también incluyen nuevos compromisos que requieren de un mayor esfuerzo y recursos del sector de la salud y de otros sectores. Se deben tener en cuenta estas consideraciones en la planificación operativa y estratégica futura.

<b>Cuadro 2: Resultados previstos a nivel regional “en riesgo”, 2010-2011</b>		
<b>Objetivo Estratégico</b>	<b>Número del RPR</b>	<b>Descripción del RPR</b>
OE 1: Enfermedades transmisibles	1.3	Prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas**
	1.6	Reglamento Sanitario Internacional y sistemas de alerta y respuesta ante epidemias**
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	2.1	Prevención, tratamiento y atención para la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria**
OE 3: Enfermedades crónicas no transmisibles	3.1	Mayor compromiso político, económico y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles**
	3.4	Mejores datos objetivos sobre la costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles**
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	7.6	Políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y los grupos étnicos/raciales
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	9.1	Asociaciones, alianzas y medidas intersectoriales para aumentar las inversiones en la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria**
	9.3	Vigilancia, seguimiento y evaluación de la seguridad alimentaria, la nutrición y las opciones en materia de políticas**
OE 13: Recursos humanos para la salud	13.2	Establecimiento de un conjunto de indicadores básicos y sistemas de información en materia de recursos humanos para la salud
	13.3	Formulación y aplicación de estrategias e incentivos para contratar y retener al personal de salud sobre la base de la atención primaria de salud

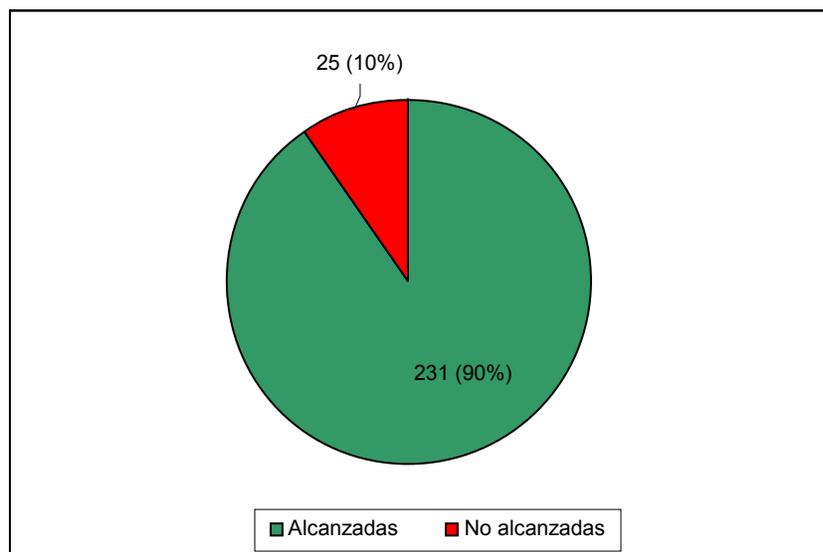
<b>Cuadro 2: Resultados previstos a nivel regional “en riesgo”, 2010-2011</b>		
<b>Objetivo Estratégico</b>	<b>Número del RPR</b>	<b>Descripción del RPR</b>
OE 14: Protección social y financiamiento	14.2	Evaluación de la relación entre los gastos catastróficos en materia de salud y la pobreza, y las políticas en materia de salud a fin de reducir los riesgos financieros asociados con las enfermedades y los accidentes**

\*\* En riesgo desde el bienio 2008-2009.

*Nota:* Se han usado descripciones abreviadas de los RPR para facilitar la consulta.

5. *Situación de los indicadores de los RPR:* La evaluación de las metas de los indicadores de los RPR muestra que, de un total de 256 indicadores, se alcanzaron 231 (90%) y no se alcanzaron 25 (10%) (figura 3). Esto representa un aumento de 5 puntos porcentuales en el número de metas de los indicadores alcanzadas en comparación con el bienio 2008-2009. Es importante señalar que hubo grandes avances en muchos los indicadores cuyas metas no se alcanzaron. Sin embargo, la metodología empleada solo considera cumplidos a aquellos en los que se alcanzó plenamente la meta; no es posible indicar los logros parciales. En el informe final se proporcionará información detallada sobre cada indicador de los RPR, incluida la lista de países que lograron las metas para fines del 2011 en el caso de los indicadores del tipo “número de países”.

**Figura 3: Logro de las metas de los indicadores de los RPR, fin del bienio 2010-2011**



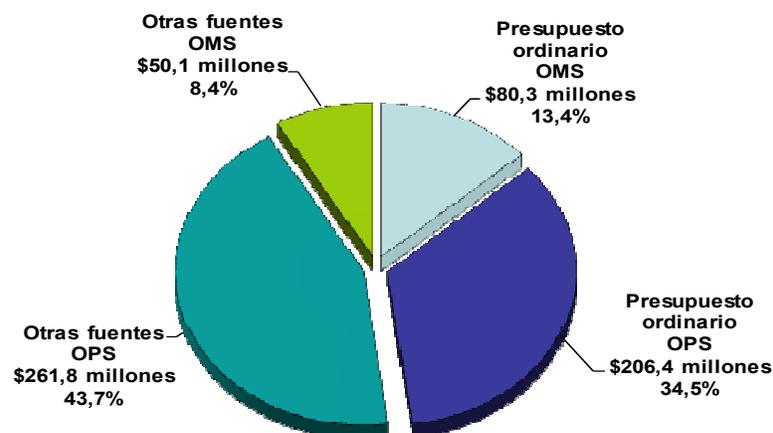
## ANEXO C

### PRESUPUESTO Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

(Estas cifras son preliminares a la espera de la conciliación final.)

1. *Panorama del presupuesto:* El Programa y Presupuesto aprobado fue de \$643 millones<sup>1</sup> para los programas básicos, de los cuales \$599 millones (93%) estuvieron disponibles en el bienio. Esto representa un aumento de \$40 millones con respecto a los fondos disponibles en el 2008-2009 (\$559 millones). Como se muestra en la figura 4, de la cantidad total de fondos disponibles en el bienio, 48% (o \$287 millones) provinieron del presupuesto ordinario (\$206,4 millones de la OPS y \$80,3 millones de la OMS correspondientes a la porción de la Oficina Regional de la OMS en las Américas), mientras que 52% o \$312 millones provinieron de otras fuentes (\$261,8 millones de la OPS y \$50,1 millones de la OMS). Es importante señalar que las cifras del presupuesto indicadas en este documento no incluyen fondos de contribuciones voluntarias nacionales (antes denominados “proyectos internos financiados por gobiernos”), el Fondo Rotatorio, el Fondo Estratégico, los fondos de respuesta a brotes y crisis, u otros fondos que no estén financiando directamente el Plan Estratégico.

**Figura 4: Fondos disponibles para el bienio 2010-2011, por fuente**



2. En el cuadro 3 se muestra la distribución de los fondos disponibles por nivel de la Organización. Cabe señalar que esta distribución (como porcentaje del total de los fondos

<sup>1</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este documento se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

disponibles para el bienio) cumplió con la Política del Presupuesto Regional por Programas.<sup>2</sup> Aunque esta Política se aplica solamente a los fondos del presupuesto ordinario, también se aplicó en la asignación de los fondos de otras fuentes.

**Cuadro 3: Panorama del presupuesto por nivel de la Organización, bienio 2010-2011**

Nivel de la Organización	Programa y Presupuesto aprobado para el 2010-2011 (en miles de dólares)	Fondos disponibles en el bienio (en miles de dólares)	Fondos disponibles en el bienio como porcentaje del Programa y Presupuesto 2010-2011	Distribución de los fondos disponibles (como porcentaje del total de los fondos disponibles)
País	234.860	232.566	99%	39%
Subregional	43.699	30.425	70%	5%
Regional	364.392	336.004	92%	56%
Total	642.951	598.994	93%	100%

3. *Ejecución presupuestaria general:* La ejecución presupuestaria total fue de \$513,5 millones (86% de los \$599 millones disponible para el bienio). Como se muestra en el cuadro 4, la tasa de ejecución fue uniforme en los distintos niveles de la Organización.

**Cuadro 4: Ejecución presupuestaria por nivel de la Organización y fuente de fondos, fin del bienio 2010-2011**

Nivel de la Organización	Fondos disponibles en el bienio (en miles de dólares)	Gastos (en miles de dólares)	Tasa de ejecución (%)
País	232.566	193.008	83%
Subregional	30.425	25.447	84%
Regional	336.004	295.014	88%
Total	598.994	513.469	86%

4. *Movilización de recursos:* De los \$643 millones aprobados en el Programa y Presupuesto, se preveía que \$287 millones provendrían del presupuesto ordinario (\$206,4 de la OPS y \$80,7 de la OMS). La diferencia, \$356 millones, era la brecha de financiamiento inicial que se preveía cubrir con fondos de otras fuentes. En el bienio, la Organización logró movilizar \$312 millones, lo que redujo la brecha de financiamiento a \$44 millones o 12%. En el cuadro 5 se muestra la brecha de financiamiento al comienzo

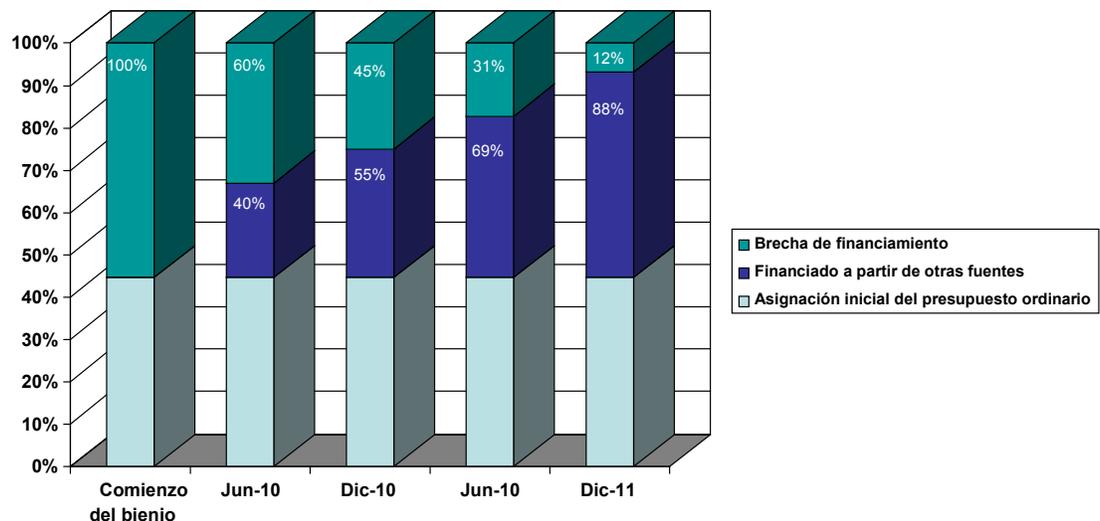
<sup>2</sup> En la Política del Presupuesto Regional por Programas se estipulaba la siguiente distribución de fondos del presupuesto ordinario para el bienio 2010-2011: a nivel de país, 40%; a nivel subregional, 7%; y a nivel regional, 53%.

y a fines del bienio, y en la figura 5 se muestra la reducción progresiva de esta brecha durante el bienio. La Organización logró movilizar cerca de un 10% más (\$31 millones) de fondos de otras fuentes en comparación con el bienio 2008-2009.

**Cuadro 5. Situación de la brecha de financiamiento, fin del bienio 2010-2011**

Tipo de financiamiento	Comienzo del bienio (en miles de dólares)	Fin del bienio (en miles de dólares)
Programa y Presupuesto 2010-2011 aprobado	642.951	642.951
Presupuesto ordinario	287.100	286.697
Recursos movilizados	0	311.894
Brecha de financiamiento	(355.851)	(44.360)

**Figura 5. Situación de la brecha de financiamiento durante el bienio 2010-2011**

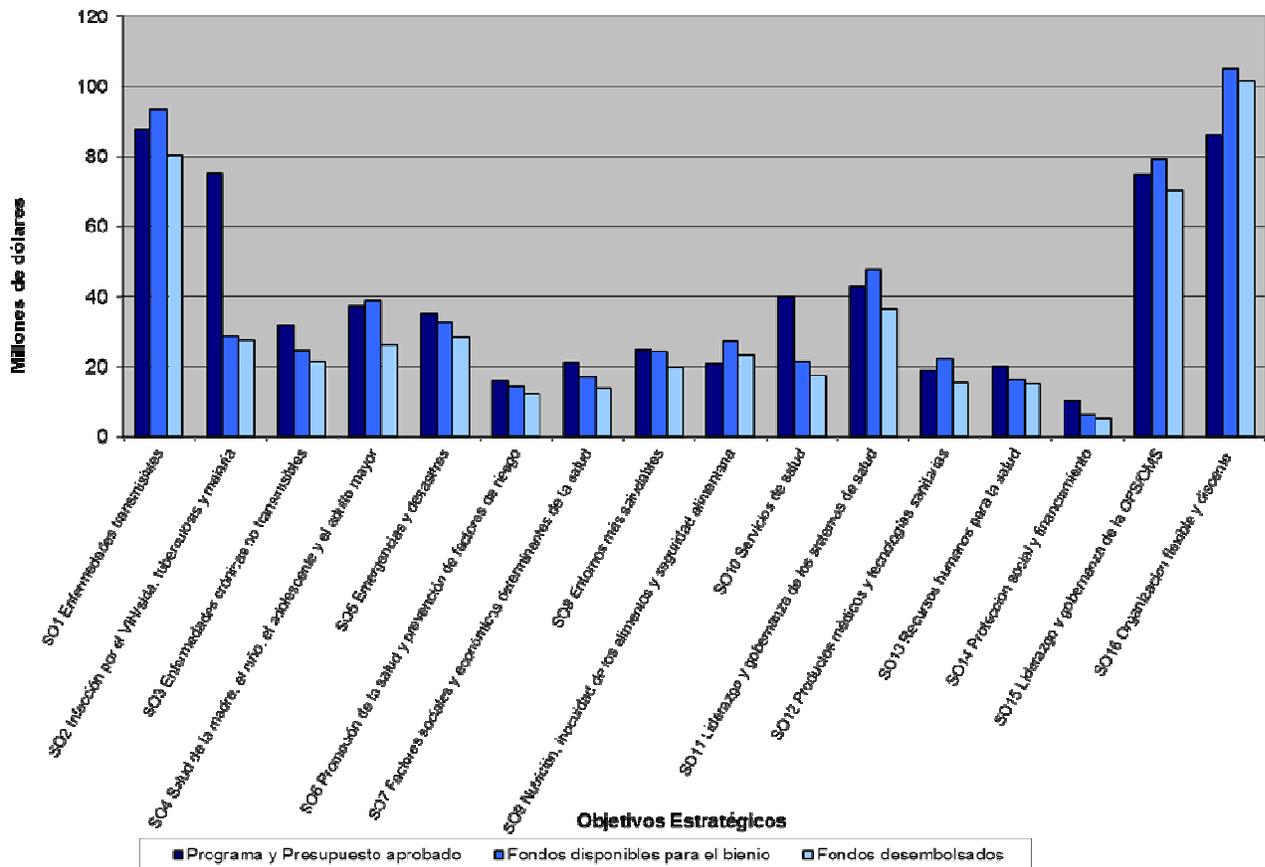


5. *Financiamiento por Objetivo Estratégico:* En la figura 6 y el cuadro 6 se muestra el presupuesto por Objetivo Estratégico, según el Programa y Presupuesto aprobado, los fondos disponibles para el bienio y los gastos. De los 16 Objetivos Estratégicos, 13 obtuvieron más de 75% del nivel previsto de financiamiento. De los 14 Objetivos Estratégicos centrales para la cooperación técnica (OE 1 al OE 14), el OE 9 (nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria) tuvo el financiamiento más alto,

seguido del OE 12 (productos médicos y tecnologías sanitarias), el OE 11 (liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud), el OE 1 (enfermedades transmisibles) y el OE 4 (salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor). Los OE 15 y 16 (funciones habilitadoras) también recibieron niveles altos de financiamiento. En el informe final se incluirá un análisis completo del financiamiento por Objetivo Estratégico.

6. Como se muestra en el cuadro 6, todos los Objetivos Estratégicos tuvieron una tasa de ejecución presupuestaria general de 75% o más, a excepción de los OE 4 y 12, que registraron una tasa de 68% y 69%, respectivamente.

**Figura 6: Panorama del presupuesto por Objetivo Estratégico, 2010-2011**



**Cuadro 6. Presupuesto por Objetivo Estratégico, fin del bienio 2010-2011**

Objetivo Estratégico	Programa y Presupuesto aprobado (en millones de dólares)	Fondos disponibles para el bienio (en millones de dólares)		Gastos (en millones de dólares)	Tasa de ejecución (%)
		Total	%		
OE 1: Enfermedades transmisibles	87,9	93,5	106%	80,3	86%
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	75,1	28,6	38%	27,4	96%
OE 3: Enfermedades crónicas no transmisibles	31,9	24,6	77%	21,2	86%
OE 4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor	37,1	38,8	105%	26,3	68%
OE 5: Emergencias y desastres	35,0	32,7	93%	28,4	87%
OE 6: Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo	16,0	14,4	90%	12,2	85%
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	21,0	16,9	80%	13,8	82%
OE 8: Entornos más saludables	24,9	24,3	98%	19,8	81%
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	20,9	27,3	131%	23,1	84%
OE 10: Servicios de salud	40,0	21,2	53%	17,3	82%
OE 11: Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	42,8	47,7	111%	36,4	76%
OE 12: Productos médicos y tecnologías sanitarias	19,0	22,2	117%	15,3	69%
OE 13: Recursos humanos para la salud	19,9	16,2	81%	15,0	93%
OE 14: Protección social y financiamiento	10,3	6,4	62%	5,3	82%
OE 15: Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS	74,9	79,1	106%	70,3	89%
OE 16: Organización flexible y discente	86,3	105,0	122%	101,5	97%
<b>Total</b>	<b>643</b>	<b>599,1</b>	<b>93%</b>	<b>513,5</b>	<b>86%</b>

7. *Asignación de recursos frente a la asignación de prioridades de los Objetivos Estratégicos:* En el Plan Estratégico se clasificaron los objetivos estratégicos según su prioridad programática (excepto los Objetivos Estratégicos relacionados con las funciones habilitadoras, es decir, los OE 15 y OE16) con el propósito de guiar la movilización y la asignación de recursos durante la ejecución del Plan.

8. En el cuadro 7 se muestran los Objetivos Estratégicos clasificados según su prioridad programática del 1 (prioridad más alta) al 4 (prioridad más baja), de acuerdo con lo aprobado en el Plan Estratégico. También se muestran los fondos disponibles para cada uno de los Objetivos Estratégicos en los bienios 2008-2009 y 2010-2011. La diferencia porcentual entre los dos bienios muestra un cambio positivo en la asignación de los recursos en tres de los cinco OE prioritarios principales. Es importante señalar que los dos OE de prioridad más alta (OE4 y OE1) registraron el mayor aumento porcentual de estos cinco. Al analizarse estas cifras, se debe tener en cuenta que la convergencia de los recursos con las prioridades programáticas es un proceso complejo debido a la flexibilidad limitada en la asignación de la mayoría de los recursos al alcance de la Organización en un bienio. Por ejemplo más de 70% de los fondos del presupuesto ordinario se vinculan a los puestos de plazo fijo, que no se pueden transferir o distribuir fácilmente a diferentes OE debido a la asociación técnica de los puestos con el OE pertinente. Además, la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización siguen estando principalmente destinadas a fines específicos, lo que restringe la capacidad de la Oficina de asignar recursos al OE prioritario. A pesar de que se harán esfuerzos para seguir mejorando la convergencia entre las prioridades programáticas y la asignación de los recursos, este es un proceso gradual que llevará varios años.

**Cuadro 7: Prioridad programática frente a la asignación de recursos en el 2008-2009 y el 2010-2011**

Objetivo Estratégico	Prioridad	Fondos disponibles en el bienio (en millones de dólares)		Diferencia porcentual entre el 2008-2009 y el 2010-2011
		2008-2009	2010-2011	
OE 4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor	1	24,7	38,8	57%
OE 1: Enfermedades transmisibles	2	75,1	93,5	25%
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	3	34,9	28,6	-18%
OE 3: Enfermedades crónicas no transmisibles	4	21,0	24,6	17%

Objetivo Estratégico	Prioridad	Fondos disponibles en el bienio (en millones de dólares)		Diferencia porcentual entre el 2008-2009 y el 2010-2011
		2008-2009	2010-2011	
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	5	17,5	16,9	-3%
OE 13: Recursos humanos para la salud	6	14,8	16,2	9%
OE 10: Servicios de salud	7	34,4	21,2	-38%
OE 8: Entornos más saludables	8	19,1	24,3	27%
OE 6: Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo	9	14,2	14,4	1%
OE 14: Protección social y financiamiento	10	4,9	6,4	31%
OE 11: Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	11	31,1	47,7	53%
OE 12: Productos médicos y tecnologías sanitarias	12	19,2	22,2	16%
OE 5: Emergencias y desastres	13	49,3	32,7	-34%
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	14	15,8	27,3	73%

**ANEXO D**

**MUESTRA DE INFORME DE AVANCE SOBRE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y  
SOBRE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL**

(Sírvase tomar nota: estos son ejemplos de informes sobre los objetivos estratégicos y los RPR, que se dan solamente a título ilustrativo)

**1) Muestra de informe de avance hacia el logro de los objetivos estratégicos**

OE 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles					Clasificación del OE
					En riesgo
Presupuesto aprobado (PP 2010–2011)	Fondos disponibles			Gasto en %	Financiado en %
	Presupuesto ordinario	OE	Total		
\$87.985.000	24.518.064	68.942.156	93.460.220	86%	106%
<b>Progreso realizado hacia el logro del Objetivo Estratégico en el 2013</b>					
<b>Progreso hacia el logro de las metas del indicador del Objetivo Estratégico en cuanto al nivel de repercusión, según se estipula en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS:</b>					
<b>1. Reducción de la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región.</b>					
<b>Línea de base:</b> 47 por 100.000 niños menores de 5 años en el 2002					
<b>Meta:</b> 31 por 100.000 para el 2013					
<p>Aunque no se dispone de datos concretos en este momento, se espera que en la Región haya habido una reducción considerable de la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años de edad por enfermedades prevenibles mediante vacunación. En consecuencia, la meta debería alcanzarse en el 2013. Se prevé este resultado dada la cobertura alta de vacunación de las cohortes destinatarias lograda por los países contra las enfermedades que más suelen asociarse con la muerte en la niñez (como rotavirus, neumococo, meningococo y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b). Los países que todavía no han introducido las vacunas han expresado su compromiso de hacerlo en un futuro próximo. Se calcula que cada año en la Región de las Américas se salva la vida de unos 174.000 niños como resultado de la inmunización, y se prevé que este número seguirá aumentando con la introducción de las vacunas nuevas.</p>					
<b>2. Número de países que mantienen la erradicación de la poliomielitis en la Región.</b>					
<b>Línea de base:</b> 38 países en el 2006					
<b>Meta:</b> 38 países para el 2013					
<p>Actualmente todos los países de las Américas se mantienen libres de la poliomielitis y esperan mantener la erradicación a lo largo del 2013 y más allá. Se formuló un plan de acción para mantener a la Región de las Américas libres de la poliomielitis durante la transición de la etapa de preerradicación a la de poserradicación. El plan incluye una estrategia integral para mejorar todos los aspectos de la protección a la comunidad y la vigilancia epidemiológica. Considerando que la Región de las Américas sigue expuesta al riesgo de importación del virus desde los países donde todavía está circulando, se hizo un análisis regional del riesgo y se concibieron estrategias especiales para mantener la erradicación en el contexto mundial. Por último, se espera que los países mantengan las normas de certificación para la vigilancia de la parálisis flácida aguda, en cumplimiento de los indicadores de vigilancia, e informen periódicamente al nivel regional.</p>					

### **3. 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

A finales del 2011, todos los 38 países y territorios en la Región habían logrado la interrupción de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Con el propósito de mantener la eliminación, todos los países están llevando a la práctica las intervenciones recomendadas por la OPS, entre otras, la realización de campañas periódicas de seguimiento, el fortalecimiento de los planes de respuesta rápida para detectar y responder rápidamente a los brotes, la vigilancia integrada y de alta calidad del sarampión y la rubéola que cumple con los indicadores de vigilancia; así como actividades de vacunación dirigidas a ciertos grupos destinatarios con el propósito de lograr una cobertura de >95% en los municipios. Todos los países y territorios también han establecido comisiones nacionales y están trabajando en la finalización de los informes de país para presentarlos al Comité Internacional de Expertos en el primer semestre del 2012. Durante la Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2012, se presentará un informe de progreso y una propuesta de acción para consolidar esta meta.

Con respecto a la eliminación del tétanos neonatal, Haití es el único país que no ha alcanzado la meta y tiene pocas probabilidades de lograrla para el 2013, a menos que en el 2012 se formule y ponga en práctica un plan. Uno de los componentes principales del plan del país para eliminar el tétanos neonatal es realizar una campaña de vacunación.

### **4. Número de países que han cumplido con 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

Veintiséis países han presentado sus informes anuales a la Asamblea Mundial de la Salud. Aunque los países han logrado niveles muy diferentes de capacidad básica, ninguno ha cumplido a cabalidad todos los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional.

### **5. 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

La tasa de letalidad actual es 0,071 según la nueva clasificación de la OMS.

### **6. 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

Catorce países tienen la certificación de haber interrumpido la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COR, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU).

**7. 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.

Colombia solicitó oficialmente la certificación de la eliminación de la oncocercosis.

**Evaluación del Objetivo Estratégico en el bienio 2010-2011**

De acuerdo a la evaluación del Objetivo Estratégico 1, se ha clasificado como "en riesgo" (amarillo), pero durante el bienio se lograron progresos considerables a nivel de los RPR. De los 9 RPR, 7 se clasificaron como "en curso" (en verde) y 2 "en riesgo" (en amarillo); los dos "en riesgo" son el RPR 1.3, relacionado con las enfermedades zoonóticas desatendidas, y el RPR 1.6, relacionado con la aplicación del RSI. De las 22 metas de los indicadores de los RPR, se lograron 18 y 4 no se lograron.

**Logros principales:**

- 1) Colaboración con las autoridades haitianas para elaborar un plan de acción del país para la próxima campaña de seguimiento del sarampión, la rubéola y la poliomielitis para proteger los logros alcanzados en la eliminación de estas enfermedades, a la vez que se fortalecen los servicios de vacunación ordinaria en el país.
- 2) Respuesta de La Española al brote de cólera.
- 3) Trabajo constante para la prevención y el control de infecciones en países del Caribe: Trinidad y Tabago, Belice y Guyana están consolidando sus planes y sus intervenciones nacionales.
- 4) Capacidad de alerta temprana implantada en las representaciones y en los Estados Miembros.
- 5) Publicación del libro, *Treinta Años del Boletín de Inmunización: la historia del PAI en las Américas*, que subraya las experiencias y las enseñanzas extraídas que han hecho del Programa de Vacunación de las Américas una de las iniciativas dedicadas a salvar vidas más exitosas del mundo.
- 6) Progreso hacia el logro de las metas regionales de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, como la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis.
- 7) En el 2011 se logró el consenso regional acerca del enfoque de vigilancia del Reglamento Sanitario Internacional.
- 8) Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y de colaboración entre el Equipo Regional de Alerta y Respuesta, los expertos técnicos de la OPS y las representaciones, para detectar, evaluar y comprobar las amenazas para la salud pública 24 horas al día los 7 días de la semana.
- 9) Fortalecimiento de la función de la OPS como Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional: se evaluaron 710 eventos, y se emitieron 61 alertas epidemiológicas, 30 informes, 4 mapas interactivos y 39 advertencias y recomendaciones acerca de amenazas internacionales para la salud pública.
- 10) Aumento de la capacidad en materia de laboratorios: se detectaron nuevos mecanismos de resistencia, con el apoyo de la colaboración horizontal de la red de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.

**Retos principales:**

- 1) La repercusión de las intervenciones de vacunación dirigidas a los municipios de baja cobertura no se demuestra con facilidad, ya que todavía no se cuenta con los datos y los países siguen llevando a cabo planes de acción para llegar a estas poblaciones vulnerables.
- 2) Es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por la vacunación y velar por la calidad de los datos en los informes periódicos.
- 3) La insuficiencia de recursos a nivel nacional e internacional pone en peligro el logro de las metas de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y dificulta el logro de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y las actividades de alerta y respuesta para los acontecimientos de salud pública de trascendencia internacional, 24 horas al día los 7 días de la semana.

- 4) Hay un número limitado de recursos humanos especializados que pueden responder a los riesgos para la salud pública.
- 5) Es necesario fortalecer la colaboración multidisciplinaria a través de las áreas de la OPS para evaluar y comprobar los eventos con la finalidad de mejorar el cumplimiento del mandato de la OPS.
- 6) Hay que mantener un alto nivel de promoción de la causa para guiar a los ministerios de salud cuando adopten decisiones fundamentadas acerca de la extensión de la fecha límite para la ejecución del RSI.
- 7) Es necesario determinar sinergias y alianzas para examinar las políticas de recursos humanos a fin de garantizar que se establezcan y mantengan las competencias en la epidemiología aplicada y otras disciplinas relacionadas con la salud pública.

**Enseñanzas extraídas:**

- 1) La colaboración con socios estratégicos es fundamental para brindar apoyo a la revitalización del programa de vacunación en Haití.
- 2) La actividades de promoción para la erradicación del sarampión y la rubéola debe proseguir en los foros mundiales, mientras que los países deben permanecer atentos para abordar rápidamente las importaciones a la Región.
- 3) Para lograr las metas es necesario integrar las actividades de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en otros programas de salud pública.
- 4) La investigación ha sido fundamental para promover una respuesta más fuerte y mejor orientada destinada a controlar y prevenir las enfermedades infecciosas prioritarias.
- 5) La comunicación de la promoción de la causa es una piedra angular para los países.
- 6) El Día Mundial de la Salud 2011 puso de relieve la resistencia a los antimicrobianos y facilitó las actividades de cooperación técnica a nivel de país.

**Análisis de la ejecución del presupuesto y de la movilización de recursos:**

De los \$93,5 millones disponibles para este Objetivo Estratégico, 26% provino del presupuesto ordinario y el 74% restante provino de otras fuentes (o de contribuciones voluntarias). Este Objetivo Estratégico se encontraba entre los cinco objetivos estratégicos que recibieron más financiamiento en el bienio, lo que correspondía al nivel de prioridad asignado en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS.

RPR No.	Evaluación del RPR por el facilitador	Informe de progreso del facilitador del RPR
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.	En curso	La OPS trabajó en colaboración con los Estados Miembros y los asociados estratégicos a fin de fortalecer y mantener la credibilidad de los programas de inmunización al proporcionar servicios equitativos y de calidad a todas las personas. La cooperación técnica durante el 2010-2011 proporcionó apoyo a las mejoras de la cobertura de vacunación a todos los niveles priorizando al mismo tiempo las intervenciones eficaces para llegar a las zonas en riesgo y superar los retos que siguen impidiendo el acceso a los servicios de vacunación. Los esfuerzos continuos han garantizado que el Fondo Rotatorio de la OPS mantenga visibilidad para comprar vacunas inocuas y de calidad al costo más bajo posible. La vasta experiencia de la Región con respecto a la introducción de nuevas vacunas y el fortalecimiento de la vigilancia se ha compartido con otras regiones. Estos logros resultan evidentes en los esfuerzos de los países y el cumplimiento de los indicadores del RPR 1.1 en el 2010-2011. El indicador relacionado con los municipios de baja cobertura sigue planteando retos a pesar de los esfuerzos a nivel de país y la movilización de recursos con los asociados. Aunque se

		<p>espera que los datos disponibles en el 2012 demuestren importantes mejoras, los países seguirán ejecutando intervenciones para aumentar la cobertura de la vacunación en estas zonas en el próximo bienio.</p>
<p>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.</p>	<p>En curso</p>	<p>Se prestó cooperación técnica para complementar los esfuerzos de los países destinados a mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), así como la erradicación de la poliomielitis en la Región. Todos los países han llevado a la práctica intervenciones de vacunación y de vigilancia para mantener estos logros. Se formuló un plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis durante la etapa de transición de la preerradicación a la poserradicación, con la finalidad de mejorar la protección de las comunidades y la vigilancia. La puesta en práctica de este plan también exigirá que los países mantengan las normas de certificación para la vigilancia de la parálisis flácida aguda. En el 2010, en la Región se logró la eliminación de la rubéola y el SRC endémicos y este RPR está en curso para finalizar la documentación y comprobación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en el 2012. Un desafío importante es la amenaza constante de las importaciones, con lo cual aumenta el riesgo de que se restablezca la transmisión endémica del sarampión y la rubéola. Los países deben permanecer atentos para detectar y responder rápidamente a las importaciones.</p>
<p>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.</p>	<p>En riesgo</p>	<p>Se han logrado adelantos importantes hacia el logro de este RPR y de sus indicadores. Con respecto a la lepra, 18 países lograron las metas de eliminación o el mantenimiento de la línea de base, pero Argentina registró una disminución con respecto a la línea de base. En relación con la rabia humana, la meta de eliminación para el bienio se logró en el 2011. Para las enfermedades zoonóticas, los países siguen elaborando, actualizando y probando los planes de preparación. Con respecto a la enfermedad de Chagas, tres de cuatro países previstos lograron la interrupción de la transmisión o la certificación de la eliminación (Colombia fue el país que no lo logró). Argentina y Nicaragua recuperaron su situación en la línea de base y en algunos países dentro de la línea de base se logró la eliminación o la interrupción de la transmisión de los vectores secundarios. Se han difundido las nuevas directrices sobre las enfermedades infecciosas desatendidas y su ejecución comenzó en todos los países previstos, se han logrado avances significativos individualmente con respecto al tracoma, la filariasis, la esquistosomiasis y la oncocercosis. El adelanto más reciente fue la certificación de la eliminación de la oncocercosis en Colombia. La movilización de los recursos financieros y humanos para las enfermedades infecciosas desatendidas sigue siendo un reto para lograr las metas fijadas para el 2015, según lo dispuesto en la resolución CD49.R19 (2009).</p>

<p>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.</p>	<p>En curso</p>	<p>Los países siguen trabajando para mejorar sus sistemas de vigilancia en la Región. En el mandato del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se exige a los países que creen, fortalezcan y mantengan la capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles. Por consiguiente, los múltiples esfuerzos en todo el Objetivo Estratégico 1 están contribuyendo al fortalecimiento de este resultado previsto. Los países están comprometidos con la mejora de sus sistemas de vigilancia a nivel local y nacional, y están progresando en distintos grados con respecto a su integración. La mayoría de los países y territorios de la Región, incluidos los países previstos en la meta, informan sobre la vigilancia de la inmunización y la OPS garantiza la provisión de retroalimentación para velar por la calidad y la información oportuna. Los países de la Región siguen mejorando la prevención y el control de las infecciones y la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos a nivel nacional y nosocomial. Se ha comprobado la mejor capacidad de detección puesto que hay una detección y notificación mayores de brotes en los establecimientos de asistencia sanitaria. A medida que los países mejoran sus sistemas de vigilancia, el reto estriba en perfeccionar los indicadores para determinar la manera adecuada de comprobar y hacer un seguimiento cercano de los países que están quedando relegados en este proceso.</p>
<p>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.</p>	<p>En curso</p>	<p>A pesar de algunas limitaciones en el financiamiento y los recursos humanos, debidas especialmente a la crisis financiera de TDR/OMS, se logró este RPR. Se fortaleció la capacidad y se realizaron investigaciones en los países previstos en la meta así como en otros países de la Región. Se evaluaron las herramientas como la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real como un marcador biológico de la curación de la enfermedad de Chagas usando diferentes métodos. Además, esta técnica se estandarizó con la participación de 20 países de la Región y un país de Europa. Se definieron revisiones sistemáticas y prioridades para la leishmaniasis, la rabia y la leptospirosis. También se estableció la formación de redes entre los investigadores que trabajan en el control innovador de vectores.</p>

<p>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 las epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional.</p>	<p>En riesgo</p>	<p>La fecha límite para establecer la capacidad básica definida por el RSI es junio del 2012. La definición de capacidad básica estipulada en el RSI es muy amplia y abarca todos los riesgos; hasta la fecha, ningún ministerio de salud de la Región lo ha logrado. El estado en riesgo de este RPR es también atribuible a las obligaciones, los plazos y los medios de verificación dispares establecidos por el RSI, lo que hace que solo sea posible después de junio del 2012 determinar si un ministerio de salud cuenta con la capacidad básica. Se prevé que los países solicitarán una prórroga de dos años en el 2012, una decisión que es tanto de carácter político como técnico. Si la decisión de solicitar la prórroga se basa en un plan de acción sólido, debe considerarse algo positivo, compatible con el proceso intrínsecamente dinámico de preparación de la salud pública. Con este fin, la OPS debe proporcionar orientación a los ministerios de salud para ayudarlos a tomar una decisión fundamentada con respecto a la prórroga; movilizar los recursos para ejecutar el plan de acción del ministerio de salud; determinar los procedimientos para la aplicación del RSI y la vigilancia a largo plazo (el consenso regional alcanzado en el 2011 acerca del enfoque de la vigilancia es un logro importante); mantener la promoción de la causa de alto nivel; comunicar los beneficios de salud pública del cumplimiento del RSI; y determinar las sinergias y las alianzas para examinar las políticas de recursos humanos a fin de garantizar que se establezcan y mantengan las competencias en la epidemiología aplicada.</p>
<p>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 pandémicas (como la influenza, el dengue, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste y la viruela).</p>	<p>En curso</p>	<p>Dado que todos los Estados Miembros implantaron procedimientos normalizados de trabajo dentro de sus planes de preparación para una pandemia de gripe para los equipos de respuesta rápida desde el segundo semestre del 2010, la OPS sigue trabajando para mantener los logros y fortalecer la capacidad nacional de los países de realizar una vigilancia intensificada en todo el país de las infecciones respiratorias agudas (infección respiratoria aguda grave). Esto suministra información procesable que los encargados de adoptar las decisiones nacionales y locales pueden usar para activar a los equipos regionales de respuesta. Se ha logrado la detección de agentes patógenos víricos epidemiógenos en los Estados Miembros ubicados en las zonas endémicas para la fiebre amarilla y el flavivirus y se mantendrá. Se sigue trabajando en un protocolo estandarizado para las pruebas de diagnóstico del flavivirus en la Región; en agosto se celebró una reunión de expertos en Pergamino (Argentina) para alcanzar consenso al respecto. Se ha logrado poner en marcha intervenciones y estrategias de control del dengue, que siguen bien encaminadas. Se centran en el establecimiento de las estrategias integradas de manejo para el dengue (EGI-dengue) en los países previstos en la meta, la evaluación y la ejecución en los países de la línea de base, y capacitación sobre las nuevas directrices clínicas para el tratamiento de pacientes con dengue. Como el virus chikunguña y el del dengue se transmiten por el mismo vector y las dos</p>

		<p>enfermedades tienen un perfil clínico similar, se impartió capacitación para las dos enfermedades juntas.</p>
<p>RPR 1.8: Se habrá coordinado y puesto rápidamente a 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.</p>	<p>En curso</p>	<p>En este bienio ha sido posible detectar, comprobar y evaluar 710 eventos de salud pública de importancia internacional dentro de los plazos recomendados por el RSI (no más de 48 horas). Este logro colectivo en todos los niveles institucionales permitió cumplir los requisitos del RSI y debe considerarse como una prioridad en todas las áreas involucradas. Para alertar a los Estados Miembros con respecto a riesgos para la salud pública, se emitieron 61 alertas epidemiológicas, así como 39 notificaciones y recomendaciones, 30 informes y 4 mapas interactivos. El equipo de alerta y respuesta siguió de guardia 24 horas al día los 7 días de la semana para garantizar la detección temprana y la respuesta a los eventos de salud pública de importancia internacional. Para comprobar la funcionalidad necesaria para una respuesta oportuna por parte de los Estados Miembros, se hicieron pruebas de comunicación periódicas con los 35 centros nacionales de enlace para el RSI de la Región. Se rediseñó el sitio de alerta y respuesta para que fuera más sencillo para los Estados Miembros acceder a la información y para facilitar la identificación, la evaluación y la difusión de la información del evento.</p>
<p>RPR 1.9: Operaciones y respuesta eficaces de los Estados Miembros y la comunidad internacional a las situaciones de emergencia declarada por enfermedades epidémicas y pandémicas.</p>	<p>En curso</p>	<p>Para promover una respuesta coordinada de la Región, y para cumplir con el mandato del RSI, la OPS sigue apoyando a los países durante los eventos de salud pública. Se prestó cooperación técnica a varios países, especialmente a Haití y la República Dominicana en la isla La Española durante el brote de cólera. Se emitieron directrices y se realizaron otros preparativos contra posibles brotes de enfermedades como la peste y la leptospirosis, al igual que la posible aparición de <i>E. coli</i>. Los procedimientos normalizados de trabajo para el despliegue en caso de emergencias de salud pública se han difundido a los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) en la Región. Se acordaron las enseñanzas extraídas y las recomendaciones para avanzar con la regionalización de la GOARN en junio del 2011 en ocasión de una reunión en Brasilia (Brasil). Se necesita financiamiento para contingencias, especialmente para facilitar una respuesta inicial oportuna durante las emergencias.</p>

## 2) Muestra de informe de avance sobre los RPR

<b>RPR 1.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar al máximo el acceso equitativo de todas las personas a vacunas de calidad garantizada, incluyendo productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados; fortalecimiento de los servicios de inmunización; e integración de otras intervenciones esenciales de salud de la familia y del niño con la inmunización.</b>						<b>Clasificación del RPR</b>
						<b>En curso</b>
<b>Evaluación del RPR (3 de 4 las cuatro metas de los indicadores del RPR alcanzadas y excedidas)</b>						
<p>La OPS trabajó en colaboración con los Estados Miembros y los asociados estratégicos a fin de fortalecer y mantener la credibilidad de los programas de inmunización al proporcionar servicios equitativos y de calidad a todas las personas. La cooperación técnica durante el 2010-2011 proporcionó apoyo a las mejoras de la cobertura de vacunación a todos los niveles priorizando al mismo tiempo las intervenciones eficaces para llegar a las zonas en riesgo y superar los retos que siguen impidiendo el acceso a los servicios de vacunación. Los esfuerzos continuos han garantizado que el Fondo Rotatorio de la OPS mantenga visibilidad para comprar vacunas inocuas y de calidad al costo más bajo posible. La vasta experiencia de la Región con respecto a la introducción de nuevas vacunas y el fortalecimiento de la vigilancia se ha compartido con otras regiones. Estos logros resultan evidentes en los esfuerzos de los países y el cumplimiento de los indicadores del RPR 1.1 en el 2010-2011. El indicador relacionado con los municipios de baja cobertura sigue planteando retos a pesar de los esfuerzos a nivel de país y la movilización de recursos con los asociados. Aunque se espera que los datos disponibles en el 2012 demuestren importantes mejoras, los países seguirán ejecutando intervenciones para aumentar la cobertura de la vacunación en estas zonas en el próximo bienio.</p>						
Ind. No.	Tipo de indicador	Texto del indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones o recomendaciones <sup>3</sup>
1.1.1	Número de países	Número de países que logran una cobertura de vacunación de más de 95% a nivel nacional (DPT3 como marcador)	20	22	Sí (excedida)	<p><b>Línea de base del 2009:</b> ABM, ANI, ARG, BAH, BLZ, BRA, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY, MEX, NIC, PAN, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p> <p><b>Meta para el 2011:</b> HON, PER</p> <p>Honduras, un país propuesto como meta del 2011, alcanzó con éxito una cobertura de 96% con la vacuna DPT3. Perú, también un país propuesto como meta del 2011,</p>

<sup>3</sup> La lista de los países que se incluyen en esta columna corresponden a la información disponible a la fecha de cierre de esta evaluación.

						<p>determinó las brechas de cobertura a nivel de los municipios y seguirá redoblando los esfuerzos para mejorar la cobertura en estos municipios destinatarios. En el 2011, aunque 3 países disminuyeron con respecto a la línea de base (ELS, MEX y USA), otros 10 países y territorios (BOL, CHI, FDA, GUT, HON, JAM, PAR, SUR, TCA, VEN) han logrado una cobertura de &gt;95%, lo que arroja un total de 27 países y territorios que han logrado esta meta del indicador. En consecuencia, la meta prevista de 22 países para fines del 2011 fue excedida en 5 países. Los países que no alcanzaron las metas de cobertura han planificado intervenciones para llegar a las poblaciones sin vacunar. Se recomienda que los países sigan elaborando y ejecutando los planes de acción del Programa Ampliado de Inmunización para garantizar una cobertura alta en el 2012-2013.</p>
1.1.2	Porcentaje	<p>Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DPT3 como un marcador con una línea de base de 15.076 municipios en el 2005)</p>	44%	34%	No	<p>Aunque se observó una mejora de 2%, 42% de los municipios en países de América Latina y el Caribe informaron una cobertura de &lt;95%. Se espera que los datos correspondientes al 2011 (que estarán disponibles en abril del 2012) muestren una disminución en el número de municipios con baja cobertura, dado que: <i>a</i>) se prestó cooperación técnica a los países con el número más alto de municipios en riesgo (BRA, COL, HAI, PER, VEN); <i>b</i>) los países siguen elaborando y ejecutando los planes de acción para garantizar una cobertura homogénea; y <i>c</i>) los asociados siguen prestando apoyo priorizando la cobertura alta en estas zonas.</p>

1.1.3	Número de países	Número de países que han incluido la vigilancia centinela del neumococo o del rotavirus en su sistema nacional de vigilancia epidemiológica	5	10	Sí (excedida)	<p><b>Línea de base del 2009:</b> BRA, ECU, ELS, NIC, PAN</p> <p><b>Meta para el 2011:</b> BLZ, BOL, COR, GUY, HON, MEX, PAR, URU</p> <p>Un total de 18 países confirmó que se había establecido la vigilancia centinela del neumococo o del rotavirus en sus sistemas nacionales durante el bienio. Este total incluyó los 5 países de la línea de base, los 8 países previstos en la meta para el 2011 y otros 5 países: COL, DOR, GUT, PER y VEN).</p>
1.1.4	Número de países	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	33/38	Sí (excedida)	<p><b>Línea de base del 2009:</b> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p><b>Meta para el 2011:</b> CHI, NEA</p> <p>A fines del 2011 un total de 34 países y territorios estaba comprando las vacunas para sus programas nacionales de vacunación por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. El agregado más reciente fue Chile, que compró casi todas sus vacunas a través de este Fondo en el 2010 y ha previsto continuar haciéndolo en el 2012. Además, las Antillas Holandesas confirmaron que obtienen vacunas mediante el Fondo Rotatorio.</p>

### **Países y territorios**

ABM	Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat (Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe)
ANI	Antigua y Barbuda
ARG	Argentina
BAH	Bahamas
BAR	Barbados
BLZ	Belice
BOL	Bolivia
BRA	Brasil
CAN	Canadá
COL	Colombia
COR	Costa Rica
CUB	Cuba
CHI	Chile
DOM	Dominica
DOR	República Dominicana
ECU	Ecuador
ELS	El Salvador
FDA	Departamentos franceses en las Américas
FEP	Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos (El Paso, Texas)
GRA	Granada
GUT	Guatemala
GUY	Guyana
HAI	Haití
HON	Honduras
JAM	Jamaica
MEX	México
NCA	Caribe septentrional (Bermuda y las Islas Caimán)
NEA	Antillas Holandesas
NIC	Nicaragua
PAN	Panamá
PAR	Paraguay
PER	Perú
PUR	Puerto Rico
SAL	Santa Lucía
SAV	San Vicente y las Granadinas
SCN	Saint Kitts y Nevis
SUR	Suriname
TCA	Islas Turcas y Caicos

**Países y territorios**

TRT	Trinidad y Tabago
URU	Uruguay
USA	Estados Unidos de América
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)

